

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอากรहुั่วในผู้ป่วยจิตเภท



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหิวแหว่ในผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวจุฑารัตน์ พิลา

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

นางบัวหลวง สำแดงฤทธิ์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2553

นางสาวจุฑารัตน์ พิลา
ผู้ศึกษา

นางบัวหลวง ลำแดงฤทธิ์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ดร. ฐนหะวัต,
ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ อาจารย์ ดร.บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ดร. ชูณหวัด ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัว เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอด จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่กรุณาให้โอกาสในการมาช่วยราชการเพื่อศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่กรุณาสับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกหญิง 2 โรงพยาบาลศรีธัญญาที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณนักศึกษารุ่นพี่และเพื่อน นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดโรงพยาบาลรามาริบัติ สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดโรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ และห้องสมุดสถาบัน และหน่วยงานต่างๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดาซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตที่คอยให้กำลังใจในการศึกษา ขอขอบคุณบุคคลในครอบครัว ญาติมิตร และเพื่อนสนิท ที่ให้ความรักความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

จุฑารัตน์ พิลลา

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SYMPTOM MANAGEMENT OF AUDITORY HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA

จุฑารัตน์ พิลลา 4937564 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทรินทร์ นินทจันทร์ Ph.D. (Nursing), บัณฑิตวิทยาลัย, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีงานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 19 เรื่อง สรุปได้สาระสำคัญดังนี้ รูปแบบการจัดการอาการหูแว่วจัดได้เป็น 4 รูปแบบ คือ 1) การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) 2) การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) 3) การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) 4) การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional Training) ผลการศึกษารูปแบบทั้ง 4 พบว่าช่วยให้ความถี่/ ความดัง/ ความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการหูแว่วลดลง ความสามารถในการควบคุมตนเองจากอาการหูแว่วเพิ่มขึ้น โดยที่การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสั้นกว่ารูปแบบอื่น การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีการประเมินผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งพบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้มีความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการอาการ/ อาการหูแว่ว / โรคจิตเภท

280 หน้า

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON SYMPTOM MANAGEMENT OF AUDITORY HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA

JUTARAT PILA 4937564 RAMH / M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN,
Ph.D. (NURSING), BUALUANG SUMDENGGRIT, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at synthesizing research on symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia patients. The research evidence was retrieved from electronic databases and manual search; there were 19 research studies which were selected for this study. The findings could be summarized as follows: The symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia patients can be grouped under four models: 1) symptom management using the Symptom Management Theory, 2) symptom management using the theory of Cognitive Behavioral Therapy [CBT], 3) symptom management using the theory of Behavioral Management / Behavioral Modification, and 4) symptom management using the theory of Cognitive Rehabilitation / Attentional Training. The findings of the study showed that such symptom management strategies are able to release the patient from the frequency, volume and suffering caused by auditory hallucinations, and they increased the patient's self-control of auditory hallucinations. In addition, symptom management using the symptom management theory had the shortest period of treatment, while symptom management using cognitive behavioral therapy involved assessment of psychosocial outcomes. It has been found that after therapy, the patients have less stress and anxiety and better quality of life. In conclusion, the findings of the present study can be utilized to promote symptom management in schizophrenia patients to enable them to more effectively manage their auditory hallucinations.

KEY WORDS: SYMPTOM MANAGEMENT / AUDITORY HALLUCINATION /
SCHIZOPHRENIA

280 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์และผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคจิตเภท	8
อาการประสาทหลอน	15
การจัดการอาการหูแว่ว	20
บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการอาการ	31
การนำการจัดการมาใช้ในการพยาบาลจิตเวช	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	34
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ	35
บทที่ 4 ผลการศึกษา	45
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	107
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	127
ข้อเสนอแนะ	134

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	136
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	154
รายการอ้างอิง	174
ภาคผนวก	181
ประวัติผู้ศึกษา	280

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
2	ระดับคุณภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการหุแหว่ในผู้ป่วยจิตเภท	41
3	รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหุแหว่ ในผู้ป่วยจิตเภท	48
4	รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอาการหุแหว่ในผู้ป่วยจิตเภท	66
5	รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการ หุแหว่ในผู้ป่วยจิตเภท	89
6	รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training)	104
7	ผลการถ่วงกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหุแหว่	182

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) เป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญและรุนแรงมาก จากจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของประชากรไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) นอกจากนี้รายงานกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีคือในปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาประมาณ 296,000 ราย และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 306,000 รายในปีงบประมาณ 2546 และยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนผู้ป่วยในประมาณ 19,700 ราย และเพิ่มเป็น 20,100 รายในปีงบประมาณ 2546 (กรมสุขภาพจิต, 2546) จากสถิติรายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2552) ซึ่งเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิที่ให้บริการทางสุขภาพจิต พบว่าในปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วยโรคจิตมารับบริการทั้งสิ้นประมาณ 71,500 คน โดยพบว่าโรคจิตเภทมารับบริการมากที่สุด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 28.91 ของผู้ป่วยทั้งหมด และรับไว้เป็นผู้ป่วยในประมาณ 1,600 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 48.6 (สถิติรายงานประจำปีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2552)

จากสถานการณ์การมีผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงานหากกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ประเทศชาติต้องสูญเสียบุคลากรและงบประมาณในการรักษา (วรรณภา พลอยเกลื่อน, 2540) ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภทยังไม่มีผู้ใดให้คำตอบได้แน่ชัด แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคจิตเภทมีเหตุปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการของโรคจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและและปัจจัยทางจิตสังคม อย่างไรก็ตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์จำนวนไม่น้อยบ่งชี้ว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพมากกว่าความผิดปกติทางจิตสังคมหรือการเลี้ยงดูในวัยเด็ก (มานิต ศรีสุกานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis)

ซึ่งเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity เนื่องจากพบว่ายาต้านโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

อาการของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) คือ

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน 2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech และ 3) Negative dimension เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี ได้แก่ อาการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง และขาดความกระตือรือร้น เชื้อชาติ บางคนจัด Psychotic dimension และ Disorganization dimension ไว้ในกลุ่มเดียวกัน เรียกว่า กลุ่มอาการทางด้านบวก (Positive symptom) ในระยะอาการกำเริบนั้น อาการสำคัญส่วนใหญ่คืออาการทางด้านบวก และอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหวาดระแวง มีความคิดหลงผิดร่วมกับประสาทหลอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว นั้น เป็นอาการประสาทหลอนเป็นที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (จรรยา ชาญญาติ และ ชินานาญ จิตตารมย์, 2547) โดยเสียงที่ได้ยินนั้นจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการหูแว่วที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทนั้น ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนชนิดหูแว่วจะทำให้มีประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ เกิดความทุกข์ทรมาน และพบว่ามีความรู้สึกในทางลบเมื่อได้ยินเสียงถึงร้อยละ 69.3 (จรรยา ชาญญาติ และ ชินานาญ จิตตารมย์, 2547) อีกทั้งยังพบว่า อาการหูแว่วเป็นอาการเตือน (warning sign) ที่พบบ่อยที่สุดก่อนเกิดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบได้มากถึงร้อยละ 53 (Meijel, Gaag, Sylvain and Grypdonck, 2004) ซึ่งอาการดังกล่าวหากไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลกระทบรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สินเสียหาย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายได้

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนนั้น แพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) โดยยาในกลุ่ม Neuroleptics จะช่วยลดอาการหูแว่ว และลดการกลับเป็นซ้ำ (จรรยา ชาญญาติ, 2544) แม้ว่ายาต้านโรคจิตจะได้รับการยอมรับว่ารักษาอาการหูแว่วได้ แต่การใช้ยาบางครั้งประสบความล้มเหลวที่จะควบคุมอาการ โดยพบว่าร้อยละ 20-30 ของอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจึงยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และยังส่งผลให้บกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (นฤมล สุริยะ, 2550) ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจึงควรส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถจัดการอาการหูแว่วได้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความทุกข์ทรมาน และจัดการอาการได้ประสบ

ผลสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยมารับบริการสุขภาพลดลงและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2548)

การจัดการอาการ มีความหมายคล้ายกับ การควบคุมอาการตนเอง หรือ การดูแลตนเอง (self - monitor, self - care, self - regulation, self - management) (Kleinman A., 1980; Kleinman A, Eisenberg L, Good B., 1978) หมายถึง วิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น โดยแต่ละคนมีประสบการณ์ การรับรู้ที่แตกต่างกัน มีผลให้มีการประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การแสวงหาการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ในปัจจุบันรูปแบบการจัดการอาการมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) 2) รูปแบบการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) 3) รูปแบบการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่บุคลิกภาพ/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) 4) รูปแบบการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำการจัดการอาการไปใช้ในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, White, et al., 2002) ดังนั้นทฤษฎีการจัดการอาการจึงเป็นการบำบัดอย่างหนึ่งที่พยาบาลจะนำมาใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Model) กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งมโนทัศน์หลักทั้ง 3 มโนทัศน์มีความสัมพันธ์กัน และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ และมีองค์ประกอบหลักที่เป็นปัจจัยทางการพยาบาลซึ่งมีอิทธิพลต่อ 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ บุคคล (Person) ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and Illness) สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยเชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคน เชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dodd et al., 2001; Larson, et al., 1994) เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง (Dodd et al., 2001; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ในต่างประเทศได้มีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งการจัดการกับอาการทางกายและทางจิต ในประเทศไทยได้มีผู้นำแนวคิดการจัดการอาการมาใช้กับอาการทางกายซึ่งช่วย

ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุทธิณี สุดใจ, 2549; สุจิรา พุ่งเพ็ญ, 2550) ส่วนการพยาบาลทางจิตเวช The Center for symptom Management Faculty of the University of California at San Francisco (UCSF) ได้สร้างโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและหาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วได้ด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านทั้งในประเทศและต่างประเทศที่นำรูปแบบการจัดการอาการมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า หลังได้รับการบำบัดโดยใช้จัดการอาการหูแว่ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงแว่วได้และรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงที่ได้ยินน้อยลง (ณัฐสารณ์ เป้าเรือง, 2550; Bucchieri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004; Trygstad, Bucchieri, Dowling, Zind, White, et al., 2002) ซึ่งแต่ละรูปแบบได้ผลดีแตกต่างกันไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่ายังไม่มีกรรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงจึงมีความสนใจที่จะรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลให้ได้องค์ความรู้ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม ลดการเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพการบริการตามนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบการบำบัดและประสิทธิผลของการบำบัดของแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์และที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดย DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual - IV) หรือ ICD - 10 (The International

Classification of Diseases - 10) เป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางกระบวนการคิด อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก และมีอาการหูแว่ว เป็นอาการสำคัญอาการหนึ่ง โดยลักษณะเสียงแว่วเป็นมีเนื้อหาเป็นเรื่องราว อาจเป็นเสียงที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือไม่ก็ตาม และผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองว่าเป็นเสียงแว่ว

การจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง วิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการอาการ หรือ ควบคุมตนเอง หรือดูแลตนเองจากเสียงแว่ว เพื่อจัดหรือลดความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว

รูปแบบการบำบัดเพื่อการจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง รูปแบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการ บำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว เช่น การจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) การบำบัดความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) การฝึกเลือกความสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) เป็นต้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และรายงานการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ทบทวน แนวทางการจัดการอาการหูแว่วแก่ผู้ป่วยจิตเภท ตามหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

โรคจิตเภท

- ความหมาย
- สาเหตุการเกิดโรค
- อาการทางคลินิก การวินิจฉัย และการดำเนินโรค
- ผลกระทบของโรคจิตเภท
- การรักษาโรคจิตเภท

อาการประสาทหลอน

- ความหมายของอาการประสาทหลอน
- สาเหตุที่ทำให้ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน
- สาเหตุที่ทำให้ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนในโรคจิตเภท
 - ประเภทของอาการประสาทหลอน
 - อาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
 - ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
 - ผลกระทบของอาการหูแว่ว
 - การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว

การจัดการอาการหูแว่ว

- แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT])
- แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification)
- แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training)

- แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ (A model for symptom management)
 - มโนทัศน์หลักของการจัดการอาการ
 - ข้อตกลงเบื้องต้น
 - มโนทัศน์หลักทางการพยาบาล
 - มโนทัศน์หลักและความสัมพันธ์ภายในของรูปแบบแนวคิด

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการอาการ

การนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช



โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับคำว่า เกท จิต แปลว่า จิตใจ เกท แปลว่า แยกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยก ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกและถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ 1908 และได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุวนิชย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ซึ่งเป็นโรคที่พบได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

ความหมาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

DSM IV ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีลักษณะอาการจำเพาะ อาการต่อไปนี้เพียงอาการเดียวในช่วงเวลา 1 เดือน คือ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด หรือขาดความกระตือรือร้น มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เจ็บป่วยกิจกรรมด้านต่างๆของผู้ป่วยพร่องลงจากระดับเดิม ก่อนเจ็บป่วยอย่างเห็นได้ชัด อย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น การงานสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง มีระยะเวลาอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน

ICD - 10 กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือ อารมณ์ทื่อ (Blunted) สดสัมผัสัญญะและเข้าใจปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

จึงอาจสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ความผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม มีผลให้บุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยบกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และทางสังคม โดยต้องมีอาการเจ็บป่วยติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และมีระยะอาการกำเริบอย่างน้อย 1 เดือน

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน สาเหตุที่สำคัญได้แก่ (มานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคินิชย์, 2542)

1. **กรรมพันธุ์** การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า ญาติ (บิดามารดา พี่น้อง บุตร) เป็นโรคนี้ได้ร้อยละ 7-16 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคนี้ อีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 70-90 ส่วนคู่ที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นโรคนี้ด้วยร้อยละ 14

2. **ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง** ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้มากขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้

3. **จิตใจ** ผลของการพัฒนาจิตใจในวัยเด็กพบว่าผู้ป่วยบางรายมีลักษณะ กดเก็บความรู้สึก บางรายก้าวร้าว หรือเก็บตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย มักมีความผิดปกติการดำเนินชีวิตในครอบครัวมีสภาพวุ่นวาย และปราศจากความสุข

4. **ความกดดันในชีวิต** ความกดดันในชีวิตเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือทำให้อาการของโรคกำเริบ

5. **มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ** พบว่าผู้ที่มีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภท อาจมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไว้วางใจคน ช่างระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่าย เวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา

6. **สังคมและวัฒนธรรม** มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง ที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคมและศีลธรรม เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรคที่นับเฉพาะบางวัฒนธรรม ปัจจุบันนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา แบบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายด้วย

อาการทางคลินิก การวินิจฉัย และการดำเนินโรค

อาการทางคลินิก

มาโนช หล่อตระกูล (2548) แบ่งอาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) **กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)** มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง การพูดติดตล่อสื่อสาร และพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

2) **กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms)** เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด เนื้อหาพูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉย ๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความ สนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคมความผิดปกติ

ดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้แล้วพบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงานและดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

การวินิจฉัย

หลักการวินิจฉัยโรคจิตเภทมีดังต่อไปนี้ คือ

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) พูดจาสับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ(Disorganized speech)
- 4) พฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย หรือมีท่าทางแปลกๆ
- 5) อาการด้านลบได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ค่อยพูด เฉื่อยชา

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึก หรือหูแว่วเสียงคุยกันเรื่องผู้ป่วย หรือเสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย

2. กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับหน้าที่การทำงาน การคบหาพูดคุยกับผู้อื่นเสื่อมลงมาก หรือไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตนเองอย่างมาก

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบอย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือระยะหลงเหลือ (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

การดำเนินโรค

มานิช หล่อตระกูล (2548) แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลตัวเองเรื่อย ๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้า ร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังมียาอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลงอาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

จากอาการและการดำเนินของโรคจิตเภท จะพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาได้ทุกระดับ ซึ่งถ้ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงอยู่เป็นจำนวนมากจะมีผลต่อการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทนั้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ พอสรุปได้ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพารมากขึ้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) รวมทั้งมักมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) พบการบกพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำ ไม่ยอมทำอะไร มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรก สวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า และไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ค่อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจ

รับประทานอาหารหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ บกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น ดิดสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม อาจเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

2) ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำบ่อยๆ ครอบครัวต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือ การพักผ่อน และผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ที่เป็โรคจิตเภท ที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่มารับการรักษาครั้งแรก บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ที่เป็โรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการกำเริบและผู้ดูแลมักเกิดภาวะเครียดจนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540)

3) ผลกระทบต่อสังคม

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มีผลให้สังคมและชุมชนมีความหวาดกลัวเนื่องจากพบว่า มีผู้ที่เป็โรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด หรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางรายถึงกับทำลายข้าวของ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

4) ผลกระทบต่อประเทศ

การที่มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากมีผลให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งในแต่ละปีรัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็โรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาจะเห็นว่า ผลกระทบของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการรักษาที่ถูกต้องร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องจึงมีส่วนสำคัญ

การรักษาโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2543) แบ่งการรักษาแต่ละแบบตามระยะอาการ โดยมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน การรักษาทั้ง 3 แบบ ประกอบด้วย

1. การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ

เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งเน้นจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลใกล้ชิดควบคุมเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยาหรือเพื่อวินิจฉัยโรค ช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อสร้างสัมพันธที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคคลด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา

ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทคือยาต้านโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยาต้านโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้ง ตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนในประมาณ 2-3 สัปดาห์ระหว่างรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล ปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้โดยการเปลี่ยนยาหรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า

โดยทั่วไปการรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเคลื่อนไหว แบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสื่อสารประสาทเช่นเดียวกับการรักษา ด้วยยารักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน ในระหว่าง 1-2 ชั่วโมง การรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม

เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็น

อันตรายต่อตนเองและผู้อื่นไม่สามารถควบคุมเองได้ อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระบายนี้นี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกมัดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

2. การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา

ในระบายนี้นี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิต (Psychotherapy)

มี 2 ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้การสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral Therapy)

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าวแยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกกล้าแสดงออก การจัดการความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว (Family Therapy)

จุดมุ่งหมายส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยทำให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเน้นการให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท และวิธีปฏิบัติดูแลและช่วยได้เป็นอย่างดี

3. การรักษาพยาบาลในระยะอาการคงที่

หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย

ปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่มีฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เน้นครั้งแรก หลังจากอาการดีขึ้น แล้วให้ยาต่อไปอีก 1 ปี หากอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบ แต่ไม่ว่าการรักษาด้วยยาจะมีความก้าวหน้าเพียงใด อาการหลงเหลือของผู้ป่วยยังคงมีอยู่โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู หรืออาการหูแว่วนั้นยังคงหลงเหลืออยู่ โดยพบสูงถึงร้อยละ 30 ทั้งๆที่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยาแต่ยาไม่มีผลต่ออาการหูแว่วเลย (Baker P., 1995 อ้างใน จรรยา ชาญญาคี, 2544) การพยาบาลโดยการสอนการจัดการอาการด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้การจัดการอาการ (Symptom management) ได้ผลดีในการจัดการอาการอาการประสาทหลอนทางหู หรือหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท และเป็นการรักษาที่ไม่สามารถทดแทนได้ด้วยการรักษาด้วยยา หรือการรักษาอื่นๆ ดังนั้นเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสมและสมบูรณ์ การรักษาทางการแพทย์ ร่วมกับการพยาบาลที่เหมาะสม จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

อาการประสาทหลอน

ความหมายของอาการประสาทหลอน (Hallucination)

อาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) เป็นอาการที่เกิดจากการรับรู้ที่ผิด ซึ่งเกิดจากประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น รู้สึกว่าอาหารที่รับประทานหรือน้ำที่ดื่มมีรสชาติที่ผิดปกติ รู้สึกมีแมลงไต่ต่อมตามตัว ได้กลิ่นซากศพซึ่งผู้อื่นที่อยู่ใกล้ไม่ได้กลิ่น (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด คำพูดที่พบบ่อยคือ เสียงคนที่พูดว่า สบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆเดียวหรือคนหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ พูดโต้ตอบ หรือรู้สึกกลัว (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

สาเหตุที่ทำให้ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน

อาการประสาทหลอนอาจเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ (Assad & Shapiro, 1986 ; ผ่องศรี เหล่าทะนนท์, 2550 ; นฤมล สุริยะ, 2550)

1 อาการประสาทหลอนที่สัมพันธ์กับโรคพิษสุราเรื้อรัง (*Hallucination associated with alcoholism*) โดยพบว่าภาวะการหยุดดื่มสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน โดยอาการอาจเริ่มหลังจากหยุดดื่มสุรา 1-2 วัน หรืออาจเกิดหลังหยุดดื่มประมาณ 1 สัปดาห์ได้ อาการประสาทหลอนที่พบได้แก่ อาการประสาทหลอนทางหูประสาทหลอนทางการสัมผัส โดยอาการหูแว่วอาจมีลักษณะทางคลินิกคล้ายกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่ามีอุบัติการณ์น้อยกว่า และระยะเวลาอาจสั้นกว่าเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเรื้อรังเป็นเดือนได้

2 อาการประสาทหลอนที่เกิดจากสารเสพติด (*Hallucinations induce by drug*) อาการประสาทหลอนที่เกิดจากสารเสพติดมักพบเป็นภาพหลอน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเห็นเป็นรูปในจินตนาการ เช่น รูปวงกลม รูปดาวเป็นต้น แต่ก็พบรายงานว่ามียาเสียงแว่ว แต่ไม่ใช่เสียงคน มักเป็นเสียงดนตรีเป็นต้น

3 อาการประสาทหลอนที่เป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของยา (*Hallucinations as a side effect of medication*) ยาที่พบว่าอาจทำให้เกิดอาการประสาทหลอนได้ ได้แก่ กลุ่มยาต้านเศร้า เช่น Amitriptyline, Imipramine, Trazodone, Dozapine, Amoxapine เป็นต้น อาการประสาทหลอนจะไม่มีรูปแบบที่แน่นอน หรืออาการประสาทหลอนที่อาจเกิดการรักษาคด้วย Cimetidine, Clonidine เป็นต้น

4 อาการประสาทหลอนที่เกิดจากโรคเกี่ยวกับระบบประสาท (*Hallucination in neurological disorder*) อาการประสาทหลอนอาจในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วน Occipital และ Temporoparietal สำหรับอาการประสาทหลอนทางการรับรสพบว่ามีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพสมองส่วน Temporal ในผู้ป่วยไมเกรนพบว่าอาจมีอาการภาพและกลิ่นหลอน ผู้ป่วยโรคลมชักพบมีอาการประสาทหลอนที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน

5 อาการประสาทหลอนที่มีสาเหตุมาจากระบบในร่างกายผิดปกติ (*Hallucination in other organic mental disorder*) อาจพบอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายต่างๆ เช่นภาวะเพ้อคลั่ง หรือที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ หรือจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อต่างๆ หรือภาวะไม่สมดุลน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

6 อาการประสาทหลอนที่เกิดจากโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะหูและตา (*Hallucination associated with ear and eye disease*) เช่น ในผู้ป่วยที่มีประวัติสูญเสียการได้ยิน อาจทำให้เกิด

อาการหูอื้อ บางครั้งอาจได้ยินเสียงคนตรี หรือในรายที่มีประวัติสูญเสียการมองเห็น อาจทำให้เกิดภาพหลอนได้

7 อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยโรคจิต (*Hallucination in psychiatric disorder*) เช่นอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยซึมเศร้า หรือผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน โดยสาเหตุของอาการประสาทหลอนอาจมีสาเหตุซับซ้อนที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงที่มาจากความคิดของผู้ป่วยเองหรือเป็นเสียงมาจากภายนอก

สาเหตุที่ทำให้ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนในโรคจิตเภท

สาเหตุของอาการประสาทหลอนในโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาการประสาทหลอนอาจมีสาเหตุจากระดับของสารโดปามีน (Dopamine) ที่มีมากเกินไปในระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นระบบที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ และการแสดงออกของอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) เนื่องจากอาการประสาทหลอนเป็นอาการทางด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) จากการทบทวนเอกสารของ Davis และคณะ (1991 อ้างถึงใน สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) พบว่า อาการชนิดบวก (Positive symptom) เท่านั้นที่สัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของ dopamine (dopaminergic hyperactivity) ใน mesolimbic pathways ส่วนอาการชนิดลบ (Negative symptom) สัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของ dopamine (dopaminergic hypoactivity) ที่ prefrontal

ประเภทของอาการประสาทหลอน

อาการประสาทหลอนแยกตามการรับรู้ของประสาทสัมผัสแบ่งได้แบ่ง 5 ชนิด (American Psychiatric Association, 2000) ดังนี้

1 ประสาทหลอนทางหู (*Auditory hallucination*) เป็นอาการประสาทหลอนเป็นที่พบบมากที่สุดถึงพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (จรรยา รัชญญาคี และ ชินานาญ จิตดารมย์, 2546 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) โดยเสียงที่ได้ยินนั้นจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการหูแว่วที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทนั้น ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) ส่วนอาการหูแว่วชนิดอื่นที่อาจพบได้บ้างเป็นเพียงเสียงเรียกชื่อ เสียงสัตว์ เสียงเปิดปิดประตู หรืออาการประสาทหลอนขณะเคลิ้มหลับไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) แต่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญ หรือกลัวได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

2 *ประสาทหลอนทางการมองเห็น (Visual hallucination)* เป็นอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยรองลงมาจากประสาทหลอนทางหู เป็นการเห็นภาพโดยที่ไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอก ไม่มีภาพนั้นอยู่จริง ภาพหลอนนั้นอาจเป็นได้ตั้งแต่ภาพหลอนที่ไม่ซับซ้อน เช่น แสงวูบวาบ ไปจนถึงภาพหลอนที่ซับซ้อนเป็นเรื่องราว มักพบร่วมกับอาการประสาทหลอนทางหู

3 *ประสาทหลอนทางการรับกลิ่น (Olfactory hallucination)* เป็นอาการประสาทหลอนโดยที่ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าจริง อาจเป็นกลิ่นพึงปรารถนาหรือไม่พึงปรารถนาก็ตาม เช่น กลิ่นซากศพ กลิ่นหอมดอกไม้ มักพบในผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากอาการทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ตมชัก สมองเสื่อม เป็นต้น

4 *ประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination)* เป็นอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยจะรับรสว่ามีรสชาติแปลกๆ ที่ลิ้น เช่น รสขม รสหวาน เป็นต้น หรือรับรสแล้วอาจไม่มีรสชาติ มักพบในผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากอาการทางกาย หรือโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท หรือโรคซึมเศร้า เป็นต้น

5 *ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination)* ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัว พบได้น้อยในผู้ป่วยจิตเภท มักพบในผู้ป่วยในระยะขาดสุรา (Alcohol withdrawal)

นอกจากนี้ยังอาจพบว่ามีอาการประสาทหลอนที่เกิดกับอวัยวะภายใน (Genesthetic Hallucinations) เป็นอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเกิดการสั่นสะเทือนหรือการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน เช่น รู้สึกว่าสุจิตไหลย้อนขึ้นไปไขสันหลังเข้าสู่สมอง แล้วกลายเป็นแผ่นบางๆ คลุมสมองไว้ (Assad & Shapiro, 1986)

อาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

อาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ เกิดความทุกข์ทรมาน และอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล (จรรยา รัชญาดี, 2544; จรรยา รัชญาดี และ ชินานาญ จิตตารมย์, 2546; นฤมล สุริยะ, 2550) เสียงที่ได้ยินอาจจะเป็นได้ทั้งเสียงทั่วไปที่ไม่เป็นเรื่องราว หรือเป็นเรื่องราวชัดเจน และอาจมีความเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ อาการหูแว่วที่สำคัญและมีน้ำหนักในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ เสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ลักษณะเสียงแว่วดังกล่าวถือเป็น Schneider's first-rank symptoms ด้วยเช่นกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายจะแตกต่างกันไป Bucherri et al. (1997) ได้อธิบายลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยแบ่งเป็น 10 ด้านดังนี้

- 1) ความบ่อยครั้งของอาการหูแว่ว
- 2) ความดังของอาการหูแว่ว
- 3) ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว
- 4) ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว
- 5) ลักษณะของเสียงจากอาการหูแว่ว
- 6) การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิ
- 7) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน
- 8) การตอบโต้อาการหูแว่ว
- 9) ความสามารถในการจัดการอาการ
- 10) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือพูดคุยกับผู้อื่น

ผลกระทบของอาการหูแว่ว

อาการหูแว่วทั้งจากโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน และพบว่ามีความรู้สึกในทางลบเมื่อได้ยินเสียงถึงร้อยละ 69.3 (จรรยา ธัญญาดิ และ ชินานาญ จิตตารมย์, 2546) อีกทั้งยังพบว่า อาการหูแว่วเป็นอาการเตือน (warning sign) ที่พบบ่อยที่สุดก่อนเกิดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบได้มากถึงร้อยละ 53 (Meijel, Gaag, Sylvain and Grypdonck, 2004) ซึ่งอาการดังกล่าวหากไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลกระทบรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินเสียหาย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายได้ ประเทศชาติก็ไม่เกิดการพัฒนา

การบำบัดรักษาอาการหูแว่ว

การบำบัดรักษาอาการหูแว่วมีหลายรูปแบบ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ ได้แก่ การรักษาทางด้านร่างกาย (Physical Therapeutics) และการรักษาทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Psychosocial and spiritual)

1. การรักษาทางร่างกาย เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยยา ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) กลุ่ม Neuroleptics ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีสูงสุด (Heinssen et al., 2000 cited in Buccheri et al., 2004) เช่น thioridazine (Mellaril), haloperidol (Haldol), chlorpromazine (Thorazine), clozapine (Clozaril), หรือ risperidone (Risperdal) เป็นต้น ในรายที่เริ่มมีอาการหูแว่ว หรือไม่อยู่ในความเป็นจริง การให้การรักษาด้วยยาในระยะแรกเริ่มจะได้ผลดี และรวดเร็ว แม้ว่ายาต้านโรคจิตจะได้รับการยอมรับว่ารักษาอาการหูแว่วได้ แต่การใช้ยาบางครั้งประสบความล้มเหลวที่จะควบคุมอาการ (Westacott, 1995 อ้างถึงใน จรรยา รัญญาดี, 2544) โดยพบว่าร้อยละ 20-30 ของอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจึงยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน (นฤมล สุริยะ, 2550) การรักษาทางจิตสังคม โดยการสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการปัญหาให้หมดไปจึงมีความสำคัญ

2. การรักษาทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ

การรักษาทางจิตสังคมพบว่าอาการหูแว่วสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง (Turner et al., 1977 cited in Buccheri et al., 1997) อาจเป็นการสอน เสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย เช่น การสอนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยพบว่าสามารถลดอาการหูแว่วได้ การรักษาทางจิตสังคมเป็นวิธีการรักษาที่สามารถรักษาควบคู่กับการรับประทานยาต้านโรคจิตได้ เป็นวิธีการรักษาที่ไม่มีค่าใช้จ่าย และพบว่าได้ผลดี ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ง่าย จึงวิธีที่น่าสนใจ ควรมีการเสริมสร้างทักษะเหล่านี้แก่ผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดอาการหูแว่วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนการรักษาทางจิตวิญญาณเป็นการบำบัดเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย บางครั้งอาการหูแว่วมักมีความเชื่อที่ฝังแน่นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งทำให้เกิดเสียงแว่วเกี่ยวกับสิ่งนั้นได้ ดังนั้นการสนับสนุนเกี่ยวกับความเชื่อที่ถูกต้อง เพื่อให้บุคคลเข้มแข็งกว่าเสียงที่ได้ยินจะช่วยลดอาการหูแว่ว และลดอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหูแว่วได้

การจัดการอาการหูแว่ว

การมีอาการเกิดขึ้น (Symptom) เป็นเหตุผลให้คนเข้ามารับบริการทางสุขภาพ เพราะถ้าผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้จะทำให้เขาได้รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น (Larson et al., 1994) และทำให้มารับบริการทางสุขภาพลดลง มีการศึกษาพบว่าอาการประสาทหลอนทางหูนั้นมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง เช่น โรคจิตเภท ซึมเศร้า

ลมชัก การติดเชื้อหรือการบาดเจ็บทางสมองเป็นต้น (Westacott M., 1995 อ้างใน จรรยา รัชัญญาดี, 2544) บางครั้งอาจมาจากการเกิดประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ นำหวาดกลัว ทุกข์ทรมาน กระทั่งกระทบกระเทือนจิตใจที่รุนแรง เช่น การสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต โดยมีการดำเนินอาการเป็นเวลานานจนพัฒนามาเป็นเสี่ยงแล้ว นักวิจัย นักปฏิบัติ และผู้ได้ยินเสียงมีความเชื่อว่า ถ้าบุคคลมีความเข้มแข็งกว่าเสียงที่ได้ยิน จะสามารถเผชิญกับเสียงที่ได้ยินอย่างเหมาะสม (Baker P., 1995 อ้างใน จรรยา รัชัญญาดี, 2544) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลในการสอนการจัดการอาการดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการด้วยตนเองประสบผลสำเร็จ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ (วรรณภา ศรีธีรัตน์, 2548) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหูแว่วนั้น มีการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาใช้เป็นพื้นฐานในการบำบัด ที่นิยมใช้มี 4 กลุ่มคือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) 2) แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) 3) แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธรูปปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) 4) แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ (A Conceptual model of symptom management) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การบำบัดโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT])

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยสิ่งที่ต่างกันอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง เนื่องจากในทางจิตเวชเชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (กรมสุขภาพจิต, 2552) ดังนั้นการแก้ไขโดยการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เข้าใจโรคและเข้าใจตนเองมากขึ้น และเชื่อว่าถ้าหากแก้ไขระดับความเชื่อได้ก็จะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยาวนาน ซึ่ง Westbrook (2007 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2552) ได้กล่าวว่าประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถนำไปใช้ในการบำบัดโรคต่างๆได้หลายโรค ซึ่งกระบวนการบำบัดมีทั้งการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การแก้ปัญหามีเป้าหมาย การบำบัดได้ด้วยตนเองเมื่อได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือตนเอง และมีวิธีการจัดการกับปัญหา หรืออยู่กับปัญหานั้นได้ จึงมีการนำ CBT มาใช้ในการจัดการอาการต่างๆ ทั้งทางกายและทางจิตเวช รวมถึงการจัดการอาการหู

แล้วด้วย ซึ่งขั้นตอนของการบำบัดแบบ CBT (Beck et al., 1979 อ้างใน จันทิมา องค์ไผ่ชนิด, 2545) มีดังต่อไปนี้

- 1) การหาความคิดอัตโนมัติ (Eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (Pattern of negative of distorted automatic thoughts)
- 2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้อง หรือเป็นไปได้หรือไม่ (Testing accuracy and viability)
- 3) การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Developing realistic alternatives)
- 4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (Identifying and challenging maladaptive schemata)

ในกรณีที่น่ามาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว ผู้บำบัดจะใช้กระบวนการตามขั้นตอนการบำบัดความคิดพฤติกรรม โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดแบบอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านความนึกคิด และพฤติกรรม เพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิม และอาจมีการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนนั้นเชื่อมโยงกับความคิดที่บิดเบือนเช่นไร และให้ผู้ป่วยจึงมองสถานการณ์ได้อย่างเป็นกลางขึ้น เข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้องขึ้นอีก ให้การช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า (กรมสุขภาพจิต, 2552)

2) การบำบัดโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification)

การบำบัดพฤติกรรมเป็นการบำบัดโดยการนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบของมนุษย์โดยลักษณะการปรับพฤติกรรมจะมุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เพราะบุคคลที่ถูกตีตราอาจทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับถูกตีตราไว้ พฤติกรรมที่ปกติหรือปกติย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีต ย่อมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมจะเน้นที่สภาพและเวลาปัจจุบันเท่านั้น เน้นวิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการทางลบ และการปรับพฤติกรรมนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของบุคคล ดังนั้นในการดำเนินการปรับพฤติกรรมจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ และพบว่าสามารถใช้ได้ผล พิสูจน์ได้ในทางวิทยาศาสตร์ ในการนำมาใช้จะอยู่บนพื้นฐานของการสร้างพฤติกรรมใหม่ ปรับพฤติกรรมเดิม และลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อยู่

บนพื้นฐานทฤษฎีการวางเงื่อนไข และการเรียนรู้ทางสังคม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) การนำการบำบัดพฤติกรรมมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น จะมีการวิเคราะห์พฤติกรรม กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย สำรวจตัวเสริมแรง และบันทึกพฤติกรรมโดยผู้รับการบำบัด ส่วนผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนวิธีการต่างๆที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่วและเทคนิคการควบคุมตนเองให้แก่ผู้รับการบำบัด เช่น การพูดกับตนเอง การไม่สนใจเสียง การฟังเพลงโดยไม่ใช้หูฟัง เป็นต้น ผลของการบำบัดพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วลดลง และยังช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วอีกด้วย (Buccheri et al., 2004; Trygstad, et al., 2002)

3) การบำบัดโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training)

พุทธิปัญญา (Cognitive) เป็นการทำงานร่วมกันของสมองหลายๆส่วน ซึ่งเป็นพื้นฐานให้กับกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน โดยหน้าที่ของพุทธิปัญญา (Cognitive Function) มีหลายด้าน เช่น สมาธิ ความใส่ใจ (Attention) การรับรู้ข้อมูล ข้อแนะนำ (Orientation) ความจำ (Memory) เป็นต้น การทำหน้าที่ของพุทธิปัญญาในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจอาศัยความร่วมมือของ Cognitive Function หลายด้าน เช่น การสอนผู้ป่วยรับประทานยาเอง อาจต้องอาศัยการทำหน้าที่ทั้งด้านการให้ข้อมูล (Orientation) การใส่ใจ (Attention) และความจำ (Memory) ด้วยผู้ป่วยจึงจะสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ การฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา มีการนำไปใช้ในหลายกรณี ในการเจ็บป่วยด้านร่างกายนั้นมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางสมองเพื่อฟื้นฟูด้านการรับรู้ และในทางจิตเวช กรณีนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว จะอาศัย Cognitive Function ด้านการฝึกสมาธิ (Attention) โดยการบำบัดแบบให้ผู้ป่วยเลือกความสนใจจากเสียงที่ได้ยิน การฝึกสมาธิทำได้โดยการให้ผู้ป่วยเลือกฟังจากเสียงที่มีการใส่เสียงที่มีการรบกวนลงไป มุ่งเน้นในการฝึกสมาธิในการเลือกสนใจ เป็นการฟื้นฟูด้านการรับรู้ มีผลทำให้ผู้รับการบำบัดไม่สนใจในเสียงแว่ว ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003)

4) การบำบัดโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ (A Conceptual model of symptom management)

อาการ (Symptom) หมายถึง ข้อมูลของโรคที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยเอง เช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความเครียด เป็นต้น เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้เองได้

ในทางคลินิกนั้นทั้งอาการและการแสดงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบผู้ให้บริการทางสุขภาพ สำหรับรูปแบบการจัดการอาการนี้จะให้ความสำคัญกับอาการ (Symptom) เพราะเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเอง เป็นสิ่งที่เขาบอกได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับเขา ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เขาเกิดความเครียดและทุกข์ทรมาน อย่างไรก็ตามอาการแสดง (Sign) ก็ยังมีความสำคัญในการใช้ร่วมกันรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาและประเมินผลประสิทธิภาพในการจัดการ ผู้ป่วยมักถูกสอนให้ให้ความสำคัญกับอาการแสดง (Sign) ตั้งแต่อาการเล็กน้อยที่มีความหมายกับเขาจนถึงความเชื่อมโยงของโรค เช่นเดียวกันผู้ป่วยจึงควรถูกสอนให้เข้าใจในความหมายของอาการ (Symptom) มากขึ้นด้วย (Larson et al., 1994)

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Larson และคณะ ซึ่งเป็นพยาบาลในศูนย์การจัดการกับอาการ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองซานฟรานซิสโก (The Center for Symptom Management Faculty of the University of California at San Francisco) โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการ เป็นสิ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ทางกาย จิต สังคม การรับรู้ความรู้สึก และกระบวนการคิดที่ทำให้ความสนใจกับอาการ เนื่องจากว่าประสบการณ์เหล่านี้ เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยควรจะได้รับ การช่วยเหลือให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของเขา โดยส่วนใหญ่นำมาใช้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจบางอาการ เช่น อาการหิวแหว่ เป็นต้น (Larson et al., 1994)

มโนทัศน์หลักของการจัดการอาการ

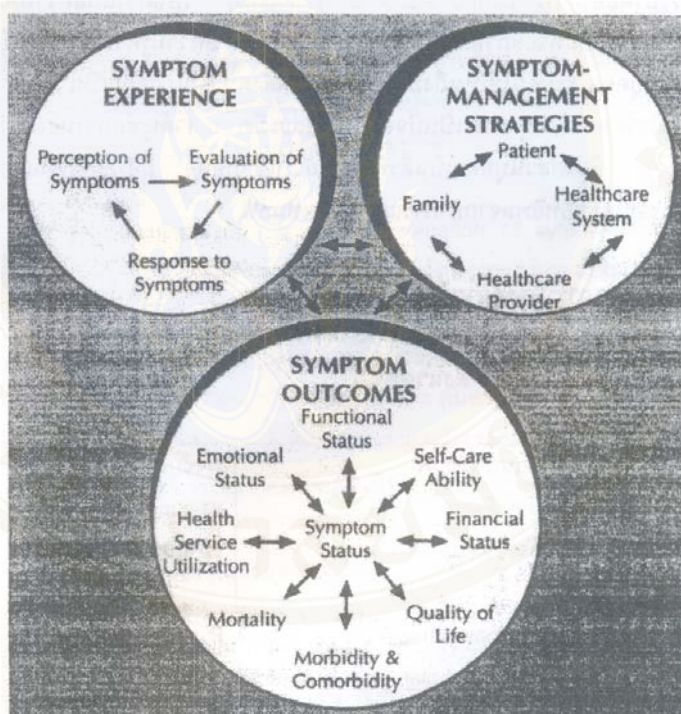
แนวคิดหลักของ Larson และคณะ กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcome) (ตามรูปที่ 1) ซึ่งได้แก่

1. *ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)* เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรประกอบไปด้วย 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกร่างกาย หรือพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ความสามารถที่จะรักษา และผลของอาการที่กระทบต่อการดำเนินชีวิต 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptom) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งความคิด หรือพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากระดับปัญหาทางสุขภาพ

2. *วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies)* คือกระบวนการของบุคคลในการจัดการหรือควบคุมอาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดผลของความยุ่งยาก หรือชะลอ ควบคุม

เบี่ยงเบนผลจากการเกิดอาการ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรมีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการ เริ่มจากบุคคลมีการประเมินอาการซึ่งเป็นการระบุปัญหา และวางแผนเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ให้การดูแลในทีมสุขภาพ

3. ผลที่ได้จากการจัดการอาการ (*Symptom outcome*) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการ เพื่อประเมินว่ากลวิธีในการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ ซึ่งการรับรู้ผลลัพธ์การจัดการกับอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการ มีตัวชี้ผลลัพธ์คุณภาพการจัดการอาการทั้งสิ้น 10 ด้าน คือ 1) สภาพของอาการ 2) การดูแลตนเอง 3) ค่าใช้จ่าย 4) อัตราการเกิดโรค 5) อัตราการเกิดโรคร่วมกับปัจจัยในการเกิดโรค 6) อัตราการตาย 7) คุณภาพชีวิต 8) การใช้ประโยชน์จากสถานบริการทางสุขภาพ 9) สภาพทางอารมณ์ และ 10) ภาวะการรบกวนหน้าที่

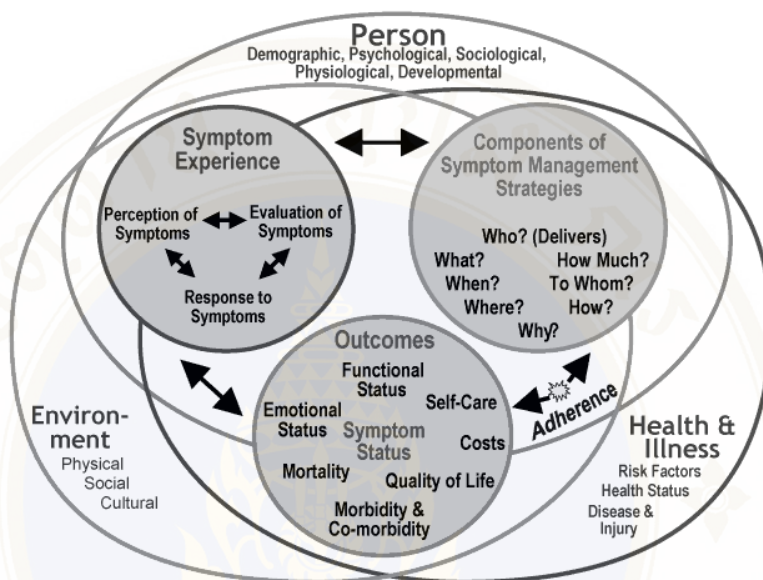


รูปที่ 1 Conceptual Model of Symptom Management (Original)

Note. From "A model for symptom management" P. J. Larson et al., 1994, *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), p. 273.

ต่อมาแนวคิดของ Larson ได้รับการวิจารณ์ว่าไม่ให้ความสำคัญกับมโนทัศน์ทางการพยาบาล จึงได้มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถอธิบายมโนทัศน์ทางการพยาบาลได้ในปี ค.ศ. 2001 โดย Dodd และคณะ (2001) ได้อธิบายว่าแนวความคิดพื้นฐานของ Symptom Management Model

เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคน Dodd และคณะ เชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ตามรูปที่ 2



รูปที่ 2 Revised Symptom Management Conceptual Model

Note. From “Advancing the Science of symptom management”

By M. Dodd, S. Janson, N. Facione, J. Faucett, E. Froelicher, J. Humphrey et al., 2001,

Journal of Advanced Nursing, 33(5), p. 670.

Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ปรับและทบทวนกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management model) จากกรอบแนวคิดเดิมของ Larson และคณะที่ได้พัฒนาไว้ โดยที่ Dodd และคณะได้เพิ่มองค์ประกอบหลักที่เป็นปัจจัยทางการพยาบาลซึ่งมีอิทธิพลต่อ 3 มโนทัศน์หลักของ Larson และคณะ ได้แก่ บุคคล (Person) ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and Illness) สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้กรอบแนวคิดดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้น

รูปแบบการจัดการอาการมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (Dodd M. et al, 2001)

1. มาตรฐานการศึกษาเรื่องการจัดการอาการอยู่บนพื้นฐานเรื่องการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหรือการรายงานอาการตนเองของผู้ป่วย (Self-report)

2. บุคคลที่ใช้รูปแบบการจัดการอาการไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์การเกิดอาการก็ได้ อาจประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงได้
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ (เช่น ทารก, ผู้ป่วยที่มีปัญหาการพูดหลังภาวะ stroke) อาจมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งอาจมีการสื่อความหมายจากผู้ดูแลได้เพื่อให้กิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง และอาการต่างๆได้รับการจัดการ
4. กลยุทธ์ในการจัดการอาการสามารถใช้กับระดับบุคคล กลุ่มครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้
5. การจัดการอาการเป็นกระบวนการพลวัตที่ไม่หยุดนิ่ง สามารถปรับเปลี่ยนได้จากผลลัพธ์ของบุคคล และอิทธิพลของมิติทางการพยาบาล

มโนทัศน์หลักทางการพยาบาล

มโนทัศน์หลักต่างๆที่มีผลต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีการจัดการ และผลที่ได้จากการจัดการอาการ ได้แก่ (Dodd M. et al, 2001; นฤมล สุริยะ, 2550)

1. บุคคล (Person)

ตัวแปรด้านบุคคล ประกอบด้วย เชื้อชาติอายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานะทางการเงิน ตัวแปรทางด้านจิตใจ รวมถึงบุคลิกลักษณะความสามารถทางความคิดและแรงจูงใจ ตัวแปรทางด้านสังคม เช่น หน่วยของครอบครัว วัฒนธรรม และศาสนา ตัวแปรทางด้านสรีระวิทยา ได้แก่ แบบแผนกิจกรรมและการพักผ่อน และความสามารถทางร่างกาย ความแตกต่างของบุคคล เช่น เชื้อชาติ ปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยทางกายภาพ มีผลต่อการมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การเกิดอาการ ปัจจัยเหล่านี้อาจจะเพิ่มมากขึ้น หรือทำให้ลดลงได้ขึ้นกับอาการของบุคคล

2. ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness)

ตัวแปรด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยความแตกต่างของภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ ได้แก่ พันธุกรรม หรือพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะสุขภาพ เช่น ลักษณะทางสรีระวิทยา โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ความพิการ โรค และการบาดเจ็บ เป็นสิ่งที่บอกความแปรปรวนแบบจับพัต้น หรือเรื้อรัง ซึ่งเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพของโรค รวมถึง อาการของโรคและการบาดเจ็บ

3. สิ่งแวดล้อม (Environment)

ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม เป็นผลรวมของสภาวะหรือสภาพ บรรยากาศ และภูมิหลัง ซึ่งจะรวมทั้งตัวแปรด้านร่างกาย สังคม เชื้อชาติ และวัฒนธรรม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทาง

กายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน ที่ทำงาน รวมถึงกิจกรรมต่างๆ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ ระบบสนับสนุนทางสังคมของบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติต่าง ๆ ทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ทางสังคม และทางวัฒนธรรมมีผลต่อการเกิดอาการ

มโนทัศน์หลักและความสัมพันธ์ภายในของรูปแบบแนวคิด (Dodd M. et al, 2001)

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เป็นปฏิสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย โดยการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก หรือพฤติกรรม ส่วนการประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) นำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการ เช่น ความรุนแรง สาเหตุ ความสามารถที่จะรักษา และผลของอาการ การตอบสนองต่ออาการ (Response of Symptom) จะรวมไปถึงความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมซึ่งเป็นผลจากระดับปัญหาทางสุขภาพ

การเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าอาการของโรคจะได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาการก็ยังคงหลงเหลืออยู่ นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้เปิดเผยถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เรียนรู้เกี่ยวกับโรคของเขา และมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยการเพิ่มหรือลดการรักษาด้วยยา ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการควรมองหลาย ๆ ด้าน (Multidimensional) และมีความชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการรักษาของบุคคลด้วย และยิ่งไปกว่านั้นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการด้วยประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วย 3 ประการ

1. การรับรู้อาการ (Perception of symptoms)

เป็นภาวะรู้สึกตัว มีการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับอย่างมีสติ รู้คิด เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่ามีเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกและพฤติกรรมไปจากปกติ ตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลต่ออาการ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ตัวแปรด้านบุคคล ตัวแปรด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม

2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms)

เป็นการแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ รวมถึงความสามารถในการประเมินความรุนแรง ตำแหน่ง ความถี่ของอาการ และความเชื่อมโยงของรูปแบบการเจ็บป่วย

3. การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms)

เป็นปฏิกริยาที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ส่วนประกอบทางสรีระ จิตใจ และพฤติกรรม การตอบสนองทางสรีระ เป็นการแสดงอาการทางร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ การมีประจำเดือน หรือช่วงของการนอนหลับ การตอบสนองทางจิตใจ เป็นผลสะท้อนของการเปลี่ยนแปลงทางความคิดหรืออารมณ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การลดลงของสมาธิ หรือการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของการมีคุณค่าในตนเอง การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นการแสดงออกต่ออาการ ซึ่งรวมถึงการพูด หรือการสื่อสารทางสังคม เช่น การร้องไห้ การตะโกน และความคับข้องใจ หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคล รวมถึงการแยกตัวออกจากสังคม การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการนอน หรือการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ

จึงอาจสรุปได้ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) มีความสัมพันธ์กันทั้งของการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับตน นำไปสู่การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น (Response of symptoms) แต่เมื่อมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแล้วยังคงมีอาการอยู่ ผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่การรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นอีกครั้งหนึ่งเป็นวงจรต่อไป

2. กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (Symptom management strategies)

เป็นกระบวนการของบุคคลในการจัดการหรือควบคุมอาการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดผลของความยุ่งยาก หรือชะลอ ควบคุม เบี่ยงเบนผลลบจากการเกิดอาการ (Dodd et al., 2001) ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้วิธีการจัดการอาการ คือ บุคคลมีความต้องการที่จะจัดการกับความยุ่งยาก หรือการรบกวนที่เกิดจากอาการต่างๆ และการจัดการกับอาการควรจะมีอิทธิพลหรือสามารถควบคุมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ไม่ใช่ที่ผลของอาการ โดยอาศัยการแพทย์ บุคลากรทางวิชาชีพ และวิธีการดูแลตนเอง การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจากการรับรู้ของผู้ป่วย นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการจัดการอาการ และประเมินผลลัพธ์การจัดการ และกระบวนการจัดการ ดังนั้นการที่พยาบาลจะสามารถจัดการกับอาการอย่างประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยความร่วมมืออันดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ระบบการดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ กลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น พยาบาลต้องสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วย

เข้าใจว่าเสียงที่เกิดขึ้นเป็นอาการประสาทหลอน เป็นอาการเจ็บป่วย ไม่ใช่เรื่องจริง และให้ความมั่นใจว่าพยาบาล ทีมการรักษา และครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับอาการ (Symptom outcome)

เป็นผลที่ได้จากการใช้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและกลยุทธ์ในการจัดการ มีตัวชี้ผลลัพธ์ทั้งสิ้น 10 ด้าน คือ 1) สภาพของอาการ 2) การดูแลตนเอง 3) ค่าใช้จ่าย 4) อัตราการเกิดโรค 5) อัตราการเกิดโรคร่วมกับปัจจัยในการเกิดโรค 6) อัตราการตาย 7) คุณภาพชีวิต 8) การใช้ประโยชน์จากสถานบริการทางสุขภาพ 9) สภาพทางอารมณ์ และ 10) ภาพการณ์ทำหน้าที่ โดยมีสถานะของอาการเป็นจุดศูนย์กลาง และตัวชี้วัดด้านอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สถานะของอาการ อาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ หรือสภาพทางอารมณ์ของคนๆ หนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้ประโยชน์จากสถานบริการทางสุขภาพ สภาพทางการเงิน หรือคุณภาพชีวิต และอาจมีผลในการเพิ่มอัตราการเกิดอาการหรืออัตราการตาย

สภาพทางการเงิน ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของอาการ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางการเงิน หรือไม่มีความสามารถในการจ่ายการรักษาด้วยยา และหรือการประกันทางสุขภาพไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นแทน

อัตราการเกิดอาการและสิ่งที่มีส่วนร่วมในการเกิดของอาการ เช่น การทำงานในสถานที่หรือสถานการณ์ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอันตรายได้

ระบบการดูแลสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่ขัดขวางการใช้วิธีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ในบางครั้งวิธีการจัดการกับอาการ อาจจะต้องเป้าหมายหรือกำหนดความต้องการไว้มากเกินไปสำหรับที่ผู้ป่วยจะกระทำได้

สภาพทางอารมณ์ อาจเป็นผลจากการต้องการผลลัพธ์ของอาการ เช่น วิญญาณที่มีน้ำหนักของร่างกายเกินค่าน้ำหนักมาตรฐานมาก อาจมีอาการซึมเศร้าถ้าไม่ได้รับประทานอาหารร่วมกับเพื่อน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของอาการ คือ การคงไว้หรือลดลงของน้ำหนัก แต่วิธีการจัดการอาจเปลี่ยนจากการการงดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงทุกชนิด มาสอนเกี่ยวกับการควบคุมสัดส่วน และเปลี่ยนชนิดของอาหารที่รับประทาน

การคงไว้ซึ่งสภาพทางการทำงานที่ของผู้ป่วย ควรตั้งไว้ในระดับที่ผู้ป่วย สามารถทำหน้าที่ได้โดยอิสระ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียมากจะต้องคงไว้ซึ่งระดับที่สูงสุดของการทำหน้าที่เท่าที่จะเป็นไปได้

คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับอาการ กล่าวคือ ถ้าอาการเป็นปัญหารองของผู้ป่วย หรือมีอาการในระยะเวลาสั้น อาจไม่ก่อให้เกิดผลใด ๆ ต่อคุณภาพชีวิต แต่เมื่อใดที่อาการทำให้เกิด ปัญหาอย่างมากหรือเกิดเป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการกับอาการ

เป้าหมายหลักของการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพนั้น ไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการ บำบัดอาการของโรคเท่านั้น แต่ยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลบุคคลหนึ่ง เน้นการ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลรักษา สารสำคัญหนึ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึงคือ การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ครอบครัวการดูแลและ ช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วย หายไป (Restoration) ด้วยการรักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อ กระตุ้นหรือรักษาระดับการฟื้นฟู (Recover or Hearing) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) (จินตนา ยูนิ พันธุ์, 2542) เพื่อช่วยให้บุคคลมีสภาพชีวิตที่ปกติสุข ในแง่บทบาทของพยาบาล ลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1999 อ้างใน นิตยา ภิญญาคำ, 2549) ได้มีข้อเสนอแนะการผสมผสานวิธีการที่จะใช้ สำหรับการจัดการกับอาการแสดง (An integrated approach to symptom management, IASM) โดยมี ข้อตกลงพื้นฐานว่าอาการแสดงที่รบกวนผู้ป่วยต้องได้รับการจัดการ อย่างที่กล่าวไปแล้วว่า เป้าหมายของการจัดการคือการหลีกเลี่ยงหรือเบี่ยงเบนผลลบที่อาจเกิดขึ้น (Dodd et al., 2001) บรรเทาหรือลดความรุนแรงของอาการแสดง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ ดูแล และ บรรเทาอาการของโรคที่จะใช้ช่วยเหลือผู้ป่วย จึงอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) ซึ่งมีจุดเน้นของการพยาบาลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การ เพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ป่วย จะเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการเพิ่มมาก ขึ้น ดังนั้นเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ เฉพาะเจาะจง ทักษะและการสนับสนุนในการเพิ่มความสามารถของผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับ อาการอย่างมีประสิทธิภาพ (นิตยา ภิญญาคำ, 2549)

ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง (essential knowledge) ต้องเป็นความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อให้ เข้าใจอาการนั้น และเกิดการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นที่จะจัดการกับอาการ และเข้าใจว่าผลลัพธ์ที่ต้อง บรรลุคืออะไร ตั้งเป้าหมายว่าต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ หรือต้องการผลลัพธ์เท่าใด (นิตยา ภิญญาคำ, 2549)

ทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการ เป็นทักษะที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อบรรลุเป้าหมายการจัดการที่ดีที่สุดกับอาการนั้น ๆ และผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะสามารถใช้กลยุทธ์ที่กำหนด การส่งเสริมทักษะมี 3 มิติ ได้แก่ (1) การปฏิบัติทักษะอย่างถูกต้อง (2) การปฏิบัติทักษะอย่างสม่ำเสมอ และ (3) มีความสามารถในการประเมินว่ากิจกรรมที่กำหนดนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่

การสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นในโปรแกรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ การสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นแบบมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยพยาบาลประสานกันในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการต้องมีการวางแผน และมีความชัดเจน เช่น โอกาสที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในเวลาที่ต้องการ อาจเป็นการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือให้โอกาสผู้ป่วยปรึกษาหรือตั้งคำถาม ในการสนับสนุนอย่างมีปฏิสัมพันธ์จะช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้ เช่น ผู้ป่วยบางรายต้องการการสนับสนุนด้านกำลังใจ บางรายต้องการการสอน ดังนั้นพยาบาลจะต้องสนับสนุนสิ่งที่มีความหมายแก่ผู้ป่วย เพื่อเข้าไปร่วมในการจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย (นิตยา ภิญโญคำ, 2549)

ก่อนที่พยาบาลจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นหาให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการแสดงของผู้ป่วย โดยการใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด ดังนั้นพยาบาลจะต้องฟังด้วยความสนใจ ตั้งใจ และสังเกตการณ์ลักษณะต่างๆของผู้ป่วยในขณะเล่า ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการเล่าข้อมูลอย่างอิสระ การซักถามต้องซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยบอกข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับอาการนั้นๆอย่างละเอียด ชัดเจน (นิตยา ภิญโญคำ, 2549) จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว นั้น พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ให้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและหาวิธีจัดการอาการหูแว่วด้วยตนเองโดยใช้การบำบัดรูปแบบต่างๆดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเหล่านี้ได้สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติตามสมรรถนะและบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทุกสมรรถนะและบทบาท ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง (Direct care) การเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (collaboration) การเป็นที่ปรึกษา (consultation) การนำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ คัมค่า (change-agent) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical-decision making) การเลือกใช้เครื่องมือ วัตกรรมทางการแพทย์ (innovation) การบริหารจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) หรือ การนำงานวิจัยมาใช้ในการพยาบาล (research conduction and research utilization) เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวจะช่วยให้การพยาบาลเกิดประโยชน์และมีคุณภาพสูงสุด

การนำแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การจัดการกับอาการทางจิต เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและทีมงาน กับผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่การร่วมกันเรียนรู้จัดการอาการ การติดตามตรวจสอบ การประเมิน การตอบสนองต่ออาการ วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ประสิทธิภาพของวิธีการนั้น ๆ และประเมินผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่าง ๆ ในการจัดการกับอาการ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถจัดการกับอาการได้ ดูแลตนเองได้ ทำหน้าที่ตามที่สังคมกำหนดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (นิตยา ภิญญาคำ, 2549)

ในประเทศไทยมีการนำโปรแกรมการจัดการอาการมาใช้ในการจัดการอาการผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก (ณัฐภรณ์ เบ้าเรือง, 2550; ดวงแก้ว รอดอ่อง, 2547; ธิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร, 2548; นฤมล สุริยะ, 2550; ณัฐกานต์ ใจบุญ, 2549) ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการจัดการอาการผู้ป่วยจิตเภท อันจะทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำรูปแบบการจัดการอาการไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) มาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเองและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยสืบค้นในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2551 ดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (nur.psu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.care.chula) และกรมสุขภาพจิต (dmh.)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Ovid, Science direct, CoChrane library และ Blackwell Synergy

3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ Auditory Hallucination, Auditory Hallucination and Behavioral Therapy, Auditory Hallucination and Symptom Management, Auditory Hallucination and Management, Auditory Hallucination and Coping, Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention, Auditory Hallucination and Distraction, การจัดการอาการ และ หูแว่ว

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกรงานวิจัย ดังนี้

- 1) ชนิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท
- 3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณางานวิจัยทุกระดับ
- 4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full Text ได้

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษางานวิจัยที่สืบค้นได้และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษางานวิจัยที่ค้นได้	จำนวนการศึกษางานวิจัยที่เลือก
CINAHL	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	0	0
	- Auditory Hallucination and Management	0	0

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนที่เลือก
CINAHL	- Auditory Hallucination and coping	0	0
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	8	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0
ProQuest	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	1	1
	- Auditory Hallucination and Management	7	0
	- Auditory Hallucination and coping	6	1
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0
PubMed	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	0	0
	- Auditory Hallucination and Management	2	0
	- Auditory Hallucination and coping	1	0
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนที่เลือก
PubMed (ต่อ)	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0
Science Direct	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	2	1
	- Auditory Hallucination and Management	0	0
	- Auditory Hallucination and coping	12	1
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0
CoChrane library	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	1	0
	- Auditory Hallucination and Management	0	0
	- Auditory Hallucination and coping	1	0
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนที่เลือก
Ovid	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	0	0
	- Auditory Hallucination and Management	0	0
	- Auditory Hallucination and coping	0	0
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	17	2
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0
Mulinet	- Auditory Hallucination and Symptom management	2	1
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	0	0
	- Auditory Hallucination and Management	0	0
	- Auditory Hallucination and coping	0	0
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนที่เลือก
Blackwell synergy	- Auditory Hallucination and Symptom management	0	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	1	0
	- Auditory Hallucination and Management	3	0
	- Auditory Hallucination and coping	3	0
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0
HighWirePress	- Auditory Hallucination and Symptom management	2	0
	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	2	2
	- Auditory Hallucination and Management	101	3
	- Auditory Hallucination and coping	33	2
	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
	- Auditory Hallucination and Distraction	0	0

ตารางที่ 1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญ	จำนวนที่ค้นได้	จำนวนที่เลือก
แหล่งอื่นๆ ได้แก่	- Auditory Hallucination and Symptom management	4	0
ห้องสมุดคณะ พยาบาลศาสตร	- Auditory Hallucination and Behavioral therapy	0	0
มหาวิทยาลัยขอ นแก่น ,	- Auditory Hallucination and Management	0	0
ห้องสมุดคณะ พยาบาลศาสตร	- Auditory Hallucination and coping	0	0
มหาวิทยาลัยเขี งใหม่,	- การจัดการอาการ และ หูแว่ว	4	4
ห้องสมุด	- Auditory Hallucination and schizophrenia and intervention	0	0
มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	- Auditory Hallucination and Distraction	3	1
รวม		216	19

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำชื่อเรื่องงานวิจัยบางส่วนที่มีแต่บทคัดย่อ (abstract) มาค้นหาฉบับเต็ม (Full text) จากงานวิจัย วารสารต่างๆทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อแล้วคัดเรื่องที่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลออก มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมี Full Text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้ 19 เรื่อง (ตาราง 2)

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 19 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

งานวิจัยที่สืบค้นได้ 19 เรื่องสามารถประเมินคุณภาพได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
1. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers.	Pinkam, A. E., Gloege, A. T., Fanagan, S., & Penn, D. L., (2004)	Level A
2. What are the effects of group cognitive behavior therapy for voices ? A randomized control trial.	Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., et al. (2005)	Level A
3. Cognitive behavior therapy with the coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia : A naturalistic follow – up study of the durability of effects	McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M. (2007)	Level A

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
4. Group Cognitive – Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations : a pilot study	England, M. (2007)	Level A
5. Group treatment of auditory hallucinations.	Wykes, T., Parr, A.M., Landau, S. (1999)	Level B
6. A self-control skills group for persistent auditory hallucinations	Perlman, L. M., & Hubbard, B. A. (2000)	Level B
7. Efficacy of Cognitive Nursing Intervention for voice hearing.	Wierma, D., Jenner, J.A., Van de Willige, G., Spakman, M., & Nienhuis, F.J. (2001)	Level B
8. Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia : Outcome from a 10 – week course.	Trystad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R. & White, K., (2002)	Level B
9. Long – term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations	Buccheri, R., Trystad, L., Dowling, G., Hopkins, R. & White, K., (2004)	Level B
10. Early psychological intervention for auditory hallucinations: An exploratory study of young people’s groups.	Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monk, P., Shergill, S. & Wykes, T. (2005)	

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
11. ผลของโปรแกรมการจัดการต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท	ธิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร. (2548)	Level B
12. การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาราชนรินทร์	พรรณภา แสงส่อง. (2549)	Level B
13. แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์	นฤมล สุริยะ. (2550)	Level B
14. แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนรินทร์	ผ่องศรี เหล่าทะนันท. (2550)	Level B
15. การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์	ณัฐภรณ์ เป้าเรือง. (2550)	Level B
16. Effects of a symptom management program on auditory hallucination in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia : A pilot study.	Kanungpairn, T., Sitthimongkol, Y., Wattanapailin, A. & Klainin, P. (2007)	Level B
17. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี	จรงจิต ชุมถาวร, อร นรินทร์ สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปลดา เหม โลหะ., (2551)	Level B

ตารางที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจากการสืบค้น (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ระดับงานวิจัย
18. A pilot study of Exposure Control of Chronic Auditory Hallucinations in Schizophrenia.	Persaud, R. & Marks, I. (1995)	Level C
19. Coping with voices: Selective attention training for persistent auditory hallucinations in treatment refractory schizophrenia	Hatashita-Wong, M. & Silverstein, S. M. (2003)	Level C

2. การดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ทั้ง 19 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะสกัดออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- 2.1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (setting)
- 2.5 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 2.6 วิธีการวิจัยหรือการแทรกแซง (method/ Intervention)
- 2.7 ผลการวิจัย (finding/ result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (implication / implementation)

ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว แสดงในตารางที่ 7 ในภาคผนวก

ข้อมูลที่กลั่นกรองที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์การจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทตามประเด็นรูปแบบและประสิทธิผลของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ
2. รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัดแต่ละรูปแบบ ซึ่งได้แก่
 - 2.1 ทฤษฎี กระบวนการ เทคนิค ระยะเวลาและความถี่ที่ใช้ในการบำบัด
 - 2.2 ผู้ให้การบำบัด
 - 2.3 ลักษณะของสมาชิกที่เข้ารับการบำบัด
 - 2.4 สถานที่ในการให้การบำบัด
 - 2.5 แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.6 ผลลัพธ์ของการบำบัด

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการศึกษาพบว่าวรรณกรรมทั้ง 19 เรื่องที่นำมาประเมินคุณภาพ เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan & Penn, 2004; McLeod, Morris & Birchwood, 2007; Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, et al., 2005) อยู่ในระดับ B จำนวน 13 เรื่อง (จรุงจิต ชุมถาวร, อرنลิน สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปดดา เหมโลหะ, 2551; ญัฎฐาภรณ์ เป้าเรื่อง, 2550; นฤมล สุริยะ, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนนท์, 2550; พรรณภา แสงส่อง, 2549; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004; Kanungpairn, T., 2005; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin & Klainin, 2007; Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monk, P., Shergill, S., Wykes, T., 2005; Perlman & Hubbard, 2000; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, White, et al., 2002) กรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995) ทั้งหมดเป็นวรรณกรรมที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 7 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 12 เรื่อง

2. รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบที่ใช้ในการบำบัดแต่ละรูปแบบ

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 19 เรื่อง พบว่ารูปแบบที่นำมาใช้ศึกษาสามารถจัดกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดออกเป็น 4 รูปแบบ คือ 1) การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (The Symptom Management Model) มีผู้นำไปใช้ทั้งหมด 7 เรื่อง (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551 ; ธิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร, 2548 ; ญัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนนท์, 2550 ; Kanungpairn et al., 2006) 2)การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) มีผู้นำไปใช้จำนวน 7 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Newton, Lanau, Smith, Shergill & Wykes, 2005; Wiersma, Jenner, van de willige, Spakman & Nienhuis, 2001; Wykes, Parr & Landau, 1999; McLeod, Morris & Birchwood, 2007; England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan & Penn, 2004) 3)การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) มีผู้นำไปใช้จำนวน 4 เรื่อง (Buccheri, R., Trystad, L., Dowling, G., Hopkins, R., White, K., et al., 2004; Perlman, L.B. & Hubbard, 2000 ; Persaud, R., Marks, I., 1995; Trystad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., et al., 2002) 4)การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003) ซึ่งรายละเอียดแต่ละรูปแบบ มีดังต่อไปนี้

1. การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (The Symptom Management Model)

1.1 ผู้ให้การบำบัด

จากการศึกษาทั้ง 7 เรื่อง พบว่าผู้ให้การบำบัดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยทุกเรื่องที่ศึกษาเป็นผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการศึกษาระดับปริญญาโท (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551 ; Kanungpairn, 2005 ; ญัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนนท์, 2550 ; Kanungpairn et al., 2006) และผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาโทที่ได้รับการฝึกประสบการณ์โดยนำเอารูปแบบการจัดการอาการหูแว่วมาใช้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว จำนวน 2 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนนท์, 2550)

1.2 ผู้รับการบำบัด

พบว่าผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาการหูแว่วยังคงมีอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภททั้งตามเกณฑ์ ICD-10 และ DSM-IV มีทั้งผู้ป่วยนอก (Kanungpairn, 2005 ; Kanungpairn et al, 2006) และผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ ปี พ.ศ.2549-2551 (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551 ; ัญญาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550) มีทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ ระหว่าง 18-60 ปี อาการทางจิตสงบ ไม่อยู่ในภาวะถอนยา และไม่อยู่ในภาวะรักษาด้วยไฟฟ้า สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัย มีการศึกษาโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 2 เรื่อง โดยที่การแบ่งกลุ่มจะมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย วิธีการสุ่มโดยการจับสลาก 1 เรื่อง (จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551) และการจับคู่เพศให้ตรงกัน และอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 1 เรื่อง (Kanungpairn, 2005) มีการศึกษาที่มีเฉพาะกลุ่มทดลองโดยไม่ มีกลุ่มควบคุม 5 เรื่อง (ัญญาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550; พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550; Kanungpairn et al, 2006)

1.3 สถานที่ให้การบำบัด

จากการศึกษาทั้ง 7 เรื่อง พบว่าสถานที่ให้การบำบัดทั้งหมดอยู่ใน โรงพยาบาล โดยเป็นห้องที่มีลักษณะความเป็นส่วนตัว สงบ เหมาะแก่การทำกลุ่ม โดยอยู่ใน แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 2 เรื่อง (Kanungpairn, 2005; Kanungpairn et al, 2006) และอีก 5 เรื่อง เป็นห้องทำกลุ่มในแผนกผู้ป่วยใน (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551 ; ัญญาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550)

1.4 ลักษณะกิจกรรม

ลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว แสดงรายละเอียดกิจกรรม กระบวนการ ระยะเวลา และความถี่ที่ใช้ในการบำบัด เครื่องมือ และผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังแสดงใน ตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
1. พรรณณา ส่งต่อ/ 2549 - การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทสถาบันกัลยาณิชากรินทร์	การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม มีการศึกษาเฉพาะกลุ่มทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมกิจกรรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 9 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง แต่ละกิจกรรมเว้นระยะห่างประมาณ 3-5 วัน ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและการจัดการอาการทางจิต 2) การประเมินประสิทธิภาพการมีหูแว่ว 3) การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่ว 4) การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว 5) การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยหรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหูแว่ว 6) การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการอาการหูแว่ว 7) การใช้วิธีการสัมผัสเพลงในการจัดการอาการหูแว่ว 8) การใช้วิธีหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดในการจัดการอาการหูแว่ว 9) การประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว	การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือ 1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทของ ริตาร์ด คณิงเพียร์ (2548) ที่ดัดแปลงมาจาก Auditory Hallucination Questionnaire ของ Buccheri et al., (2002)

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
2.นฤมล สุริยะ/2550 - แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนรินทร์	การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม มีการศึกษาเฉพาะกลุ่มทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมกิจกรรมการสอนและฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) จำนวน 6 กิจกรรมกิจกรรมละ 45 – 60 นาที ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกประสบการณ์โดยรูปแบบการจัดการอาการหูแว่วมาศึกษาและฝึกปฏิบัติการจัดการพยาบาลจิตเวชในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย 2) การแนะนำวิธีการจัดการอาการหูแว่ว และการฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยเทคนิคการเตือนตนเอง (Self Monitoring) 3) การฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) 4) วิธีการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (Deviation) 5) การสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต และทักษะการปฏิบัติสหศาสตร์ติดแอลกอฮอล์ 6) เทคนิคการหยุดความคิดด้วยการพูดคำว่า “หยุด” และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ	การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ - กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว - ลักษณะของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือ 1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบตรวจสุขภาพจิต (Mental status Examination) 3.แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) นำมาจากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) พัฒนาเครื่องมือโดย Buccheri & Trygstad (1998) 4. แบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
		Questionnaire [CAHQ]) นำมาจากแบบสอบถามลักษณะของการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Trygstad (2002) 5. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Belief About Voices Questionnaire [BAVQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Chadwick & Birchwood (1995) 6. แบบบันทึกการเตือนตนเอง เป็นแบบบันทึกที่นำมาจาก Self Monitoring Homework พัฒนาเครื่องมือโดย Buccheri et al. (1999) 7. แบบบันทึกการวิธีการจัดการอาการหูแว่ว นำมาจาก Strategies for Managing Distressing Voices ซึ่งพัฒนาโดย Buccheri et al. (1999)

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
3. จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ/ 2551	กลุ่มควบคุม - ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยให้เช่นในใบพิทักษ์สิทธิ์ และขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์อาการผู้ป่วย แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการผู้ป่วย เป็นครั้งที่ 1 (pre – test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบแล้ว ให้การพยาบาลตามปกติ และนัดหมายพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 นับจากวันตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 - ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย และขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์อาการผู้ป่วย แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการผู้ป่วย เป็นครั้งที่ 2 เมื่อสมาชิกในกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว กลุ่มทดลอง - ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้เช่นในใบพิทักษ์สิทธิ์ ขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์อาการผู้ป่วย แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการผู้ป่วย เป็นครั้งที่ 1 และเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการผู้ป่วย โดยให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง กิจกรรมละ 1 – 2 ชั่วโมง โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มปิด	การประเมินผลลัพธ์ - ความสามารถในการจัดการอาการผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท - อาการผู้ป่วย เครื่องมือ 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการผู้ป่วย ของ จรรยา รัชัญญาดี และชินานาญ จิตตารมย์ (2546) 3. แบบสัมภาษณ์อาการผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก นฤมล สุริยะ (2550) 4.แบบบันทึกการวิจัยการจัดการอาการผู้ป่วยของ นฤมล สุริยะ (2550) 5. แบบบันทึกการเตือนตนเองของ นฤมล สุริยะ (2550) 6. โปรแกรมการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งวิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมการ

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา และการประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย ครั้งที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง แนะนำวิธีการจัดการอาการผู้ป่วย และฝึกเทคนิคการเตือนตนเอง ครั้งที่ 3 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกหายใจ ครั้งที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การจัดการอาการผู้ป่วยด้วยวิธีการพูดคุยกับคนอื่น วิธีการฟังเพลง การดูทีวี การอ่านออกเสียงดัง ครั้งที่ 5 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต และเทคนิคการปฏิเสธสารเสพติด ครั้งที่ 6 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง เทคนิคหยุดความคิด การพูดคำว่าหยุด หรือปฏิเสธตามที่เคยสั่ง และทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมวิจัยตาม โปรแกรม (post – test) แจ้งความก้าวหน้าในการเข้าร่วมวิจัยตามโปรแกรมการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งบอกญาติการฝึก - ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามอาการผู้ป่วย แบบสอบถามลักษณะของการดูแล แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการผู้ป่วย เป็นครั้งที่ 2 ทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการอาการผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วนหรือไม่	จัดการอาการผู้ป่วยของ นฤมล สุริยะ (2550) ที่พัฒนาตามแนวคิดของลาร์สัน และคณะ (Larson et al., 1994)

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
4. ธีธารัตน์ คะฉิงเพียร / 2548 - ผลของโปรแกรมจัดการต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท.	กลุ่มควบคุม - ได้รับการดูแลแบบปกติจากโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มทดลอง - ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้รับการจัดการกิจกรรมทั้งหมด 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 50 – 60 นาที โดยแต่ละครั้งมีรายละเอียดรูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตและการจัดการกับอาการทางจิต 2) ประเมินประสบการณ์ในการมีอาการผู้ป่วยด้วยโดยให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์การมีอาการผู้ป่วย และผลกระทบรวมทั้งการตอบสนองต่ออาการที่ผ่านมา 3) การสอนวิธีการจัดการกับอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง (Self-monitoring) 4) การสอนวิธีการจัดการกับอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีการการพูดคุยกับผู้อื่น	การประเมินผลลัพธ์ ลักษณะและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือ 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.แบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ดัดแปลงจาก The Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ของ Trygstad และคณะ (2002) 3. โปรแกรมการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมการจัดการอาการผู้ป่วยของ ดอดด์และคณะ (Dodd and associates, 2001)

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	5) การสอนวิธีการกับการอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีการการพูดคำว่า “หยุด” หรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน 6) การสอนวิธีการกับการอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีการดูโทรทัศน์ การสอนวิธีการกับการอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีการอ่านหนังสือ 7) การสอนวิธีการกับการอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีการฮัมเพลง 8) การสอนวิธีการกับการอาการผู้ป่วยด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้าน โดยใช้วิธีฝึกผ่อนคลายลมหายใจ 9) ประเมินผลโปรแกรม และสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม	

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
5. ธีรธรรมากรณ์ เบ้าเรือง/ 2550 - การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม มีการศึกษาเฉพาะกลุ่มทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม จำนวนสมาชิกกลุ่ม 6-8 คน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่หอผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวนผู้ป่วย 15 คนมีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและการให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษา โรคจิตเภท โดยการสอนรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น โดยใช้เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) 2) การสอนวิธีการสังเกตอาการตนเองเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (Self monitoring) 3) การฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกผ่อนคลาย (Relaxation technique) 4) วิธีการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ 5) การฝึกทักษะปฏิเสธในการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสารเสพติด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการสื่อสารเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ 6) เทคนิคการพูดคำว่า “หยุด” และโต้เถียงนั้นไปและสรุปผลการฝึกปฏิบัติ	การประเมินผลลัพธ์ - กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว - ลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วและความรู้สึกรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากการหูแว่ว เครื่องมือ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG – S]) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG – S]) ที่พัฒนาโดย Buccheri et al. (2004) 3. แบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) ที่พัฒนาโดย

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
6.ผ่องศรี เหล่าทะนันท/ 2550 - แนวทางการจัดการอาการหู แว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์	การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม มีการศึกษาเฉพาะกลุ่มทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมกิจกรรมการสอนและฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่ว สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มละ 5-8 คน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) จำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 – 60 นาที ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 11 คน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ(A model for symptom management) 5 กลยุทธ์ โดยผู้ศึกษาได้เพิ่มกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วที่ได้จากการฝึกประสบการณ์มาเพิ่มอีก 3 กลยุทธ์เป็น 8 กลยุทธ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่หลากหลายวิธีขึ้น มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 2) กลุ่มการสอนวิธีการติดตามสังเกตอาการหูแว่วของตนเอง (Self Monitoring) 3) ฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique)	การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ - กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว - ลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วและความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว เครื่องมือ 1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) โดยประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว ที่พัฒนาโดย Buccheri et al. (2004) 3. แบบสอบถามลักษณะอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) พัฒนาเครื่องมือ

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	4) ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการผู้ป่วย 2 วิธี ได้แก่ 4.1) การสั่งและไล่ให้เสียหุุด ไล่เสียงนั้นไปปฏิบัติไม่ทำตามเสียงที่สั่ง 4.2) การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน 5) ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการผู้ป่วย 2 วิธี ได้แก่ 5.1) การพูดคุยกับคนอื่น 5.2) การอ่านออกเสียงดัง 6) ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการผู้ป่วย 3 วิธี ได้แก่ 6.1) การดูโทรทัศน์ 6.2) การฟังเพลงโดยไม่ใช้หูฟัง 6.3) การทำตนเองไม่ให้ง่วงโดยการทำกิจกรรมที่ชอบ	โดย Buccheri et al. (2004)

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
7.Kanungpaim et al./ 2006 - Effects of a symptom management program on auditory hallucination in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia : A pilot study	กลุ่มควบคุม - ได้รับการดูแลแบบปกติจากโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย กลุ่มทดลอง - ผู้บำบัดเป็นพยาบาล ให้ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที โดยแต่ละครั้งมีรายละเอียดรูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1. การแนะนำตัวและการประเมิน - ทดสอบก่อนใช้โปรแกรม และสร้างสายสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วม - เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตและการรักษาหูแว่ว 2. สนับสนุน ให้สมาชิกแบ่งปันประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับอาการเสียงแว่ว - อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดและผลทางลบของอาการหลอน 3. การสอนเทคนิคการควบคุมด้วยตนเอง - การสอนสมาธิและฝึกการใช้ 7 วิธีการควบคุมด้วยตนเอง โดยการบันทึกอาการหูแว่วที่เขาได้ยิน	การประเมินผลลัพธ์ ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว เครื่องมือ แบบวัดข้อมูลส่วนบุคคลและการจัดการของอาการหูแว่วและความรุนแรงของอาการหูแว่ว Scale หรือ Characteristics and Severity of auditory hallucination scale (CSAH scale) (Buccheri & Trystad, 2002)

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	- สนับสนุนสมาชิกที่จะบันทึกดูแลในแต่ละวันที่บ้าน โดยใช้เทคนิคการควบคุมด้วยตนเอง 4. การสอนเทคนิคการพูดกับคนอื่น - อธิบายวิธีการพูดกับสิ่งอื่น/คนอื่นๆ ที่สามารถใช้ได้กับผู้ที่ออกมาการดูแลความใจ - สนับสนุนสมาชิกให้มีการอภิปรายพูดถึงการเลือกบุคคลที่จะรับฟังที่บ้าน, หัวข้อที่จะพูดถึง และสถานที่ที่จะประชุมที่เหมาะสมการฝึกเทคนิคที่เหมาะสม 5.การสอนเทคนิคการหยุดและการไม่ใส่ใจต่อเสียง - กล่าวถึงเกี่ยวกับเทคนิคใหม่ๆและประโยชน์ของการใช้เทคนิคนี้ - สอนให้สมาชิกพูดคำว่าหยุด ออกไปดังๆเมื่อหนูแหว่ - สอนให้สมาชิก "ไม่ใส่ใจต่อเสียงที่ได้ยิน และหลบหลีกการติดตามคำสั่งนั้นๆ" - ฝึกเทคนิคในกลุ่มและอนุญาตให้กลุ่มอภิปรายร่วมกัน 6.การสอนเทคนิคการดูโทรทัศน์ - สอนสมาชิกให้เริ่มดูโทรทัศน์ และมุ่งประเด็นไปที่โปรแกรมที่เมื่อพวกเขาเริ่มที่จะได้ยินเสียง - สมาชิกควรเปลี่ยนโปรแกรมหรือช่อง เมื่ออาการยังคงอยู่	

ตารางที่ 3 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) ในการจัดการอาการผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลา และความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	7. การสอนการใช้เทคนิคการอ่าน - กล่าวถึงเกี่ยวกับเทคนิคการอ่านและสอนสมาชิกที่จะเลือกหนังสือด้วยตัวเองและเริ่มอ่านหนังสือได้ - ฟังในกลุ่ม: ให้สมาชิกคัดค้านอ่านบทความที่พวกเขาเลือกจากหนังสือพิมพ์ที่จัดหาให้ และให้ในกลุ่มอภิปรายร่วมกัน 8. การสอนเทคนิคการร้องเพลงอย่างมีจังหวะ - อธิบายให้ทราบถึงการร้องเพลงอย่างมีจังหวะให้ทราบว่าสามารถใช้เป็นวิธีลดความวิตกกังวล 9. เทคนิคของการหายใจเพื่อผ่อนคลาย - แบ่งเป็นประสบการณ์การฝึกของสมาชิกที่บ้าน - กล่าวถึงเกี่ยวกับกระบวนการกลายเครียดและประโยชน์ของการใช้ โดยมุ่งประเด็นไปที่การฝึกหายใจทางหน้าท้องและอนุญาตให้ฝึกในกลุ่ม 10. ทดสอบหลังใช้โปรแกรม ประเมินผลของการใช้โปรแกรมและการสิ้นสุดของกลุ่ม	

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่ากระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) มีขั้นตอนและกระบวนการของการทำกิจกรรมที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน ส่วนระยะเวลาและความถี่ของการทำกิจกรรมพบว่ามีระยะเวลาและความถี่อยู่ระหว่าง 6-10 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และมีระยะห่างในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ 3-5 วัน/ครั้ง

1.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเรื่องการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 7 เรื่อง ประกอบด้วย

1.5.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เช่น ชื่อ-สกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ศาสนา สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น อายุเมื่อเริ่มเจ็บป่วย จำนวนครั้งการรักษาในโรงพยาบาล (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551; Kanungpairn , 2005; ณีฎฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550 ;ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550; Kanungpairn et al., 2006)

1.5.2 แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการหูแว่ว ของจรรยา ัญญาดี และชินานาฏ จิตตารมย์ (2546) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

1.5.3 แบบตรวจสภาพจิต (Mental status Examination) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550)

1.5.4 แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (Auditory Hallucination Questionnaire) ของ Buccherri et al. ในปี ค.ศ.2002 ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย ชิดารัตน์ คณิงเพียร (2548) มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (ชิดารัตน์ คณิงเพียร, 2548; พรรณภา แสงส่อง, 2549)

1.5.5 แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) นำมาจากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) พัฒนาเครื่องมือโดย Buccherri and Trygstad ในปี ค.ศ. 1998 ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นฤมล สุริยะ (2550) มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

1.5.6 แบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว เป็นแบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) ซึ่งพัฒนาโดย Trygstad ในปี ค.ศ.2002 แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550 ; Kanungpairn , 2005)

1.5.7 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Belief About Voices Questionnaire [BAVQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Chadwick and Birchwood ในปี ค.ศ.1995 ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นฤมล สุริยะ (2550) 2 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

1.5.8 แบบบันทึกการเตือนตนเอง เป็นแบบบันทึกที่นำมาจาก Self Monitoring Homework พัฒนาเครื่องมือโดย Buccherri et al. ในปี ค.ศ.1999 ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นฤมล สุริยะ (2550) 2 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

1.5.9 แบบบันทึกการวิธีการจัดการอาการหูแว่ว นำมาจาก Strategies for Managing Distressing Voices ซึ่งพัฒนาโดย Buccherri et al. ในปี ค.ศ.1999 ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย นฤมล สุริยะ (2550) 2 เรื่อง (นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

1.5.10 แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) โดยประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว ที่พัฒนาโดย Buccherri et al. ในปี ค.ศ.2004 แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (ณัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550)

1.5.11 แบบสอบถามลักษณะอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Buccherri et al. ในปี ค.ศ.2004 แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (ณัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550)

1.5.12 การจัดการของอาการหูแว่วและความรุนแรงของอาการหูแว่ว Scale หรือ Characteristics and Severity of auditory hallucination scale (CSAH scale) พัฒนาโดย Buccherri and Trystad ในปี ค.ศ.2002 ซึ่งแปลมาเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Kanungpairn et al., 2006)

1.6. ผลลัพธ์

แบ่งเป็นด้านต่างๆตามทฤษฎีการจัดการอาการได้ดังนี้

1.6.1. ด้านประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom Experience) จากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ ได้แก่

- ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว เมื่อมีการติดตามผลทันทีหลังการเข้าร่วมอบรมทันที พบว่าค่าเฉลี่ยลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; Kanungpairn , 2005 ; Kanungpairn et al., 2006) และบางการศึกษาพบว่า ลักษณะอาการหู

แหว่เหมือนเดิม แต่ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการแหว่ลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) เมื่อประเมินผลหลังการอบรมซ้ำ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบว่าระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ความรู้สึกถูกรบกวน ความรู้สึกไร้ค่าจากอาการแหว่และความทุกข์ทรมานจากอาการแหว่ลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550)

1.6.2 ด้านกลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom Management Strategies) จากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ ได้แก่

- ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการแหว่ พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแหว่แต่ไม่มีวิธีการจัดการอาการแหว่ สามารถเลือกวิธีการจัดการอาการแหว่ให้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่มีวิธีการจัดการอาการแหว่อยู่แล้ว หลังเข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการที่ใหม่ และสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการแหว่ให้กับตนเองได้เหมาะสมขึ้น (นฤมล สุริยะ, 2550 ; ัญฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) และกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดจากการประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 1 สัปดาห์ พบว่าวิธีการจัดการอาการแหว่ที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยกับคนอื่น รองลงมาคือการดูโทรทัศน์ และเทคนิคผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ (ัญฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550) และการประเมินผล 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าวิธีการจัดการอาการแหว่ที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ รองลงมาคือ การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน และวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้น้อยที่สุดคือ การอ่านออกเสียงดัง (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550)

- ด้านพฤติกรรมการจัดการอาการแหว่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการแหว่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการแหว่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการแหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จรงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

1.6.3. ด้านผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (Symptom Outcome) จากการสังเคราะห์งานวิจัย พบผลงานวิจัยที่เป็นผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ได้แก่

- ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการแหว่ และความรู้สึกถูกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการแหว่ พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมพบระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกถูกรบกวน ความรู้สึกไร้ค่าจากอาการแหว่ลดลงและความทุกข์ทรมานจากอาการแหว่ของผู้ป่วยลดลง (ัญฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550)

2. การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)

2.1. ผู้ให้การบำบัด

จากการศึกษาทั้ง 7 เรื่อง พบว่าผู้ให้การบำบัดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตโดยใช้เทคนิคการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้บำบัดเป็นนักอาชีวบำบัด, นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการบำบัดแบบ CBT และทั้งหมดต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่อง brief treatment for voices จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 2005) ไม่ได้ระบุว่าผู้บำบัดเป็นวิชาชีพใด จำนวน 4 เรื่อง (Newton et al., 2005; Wykes et al., 1999; McLeod et al., 2007; Wiersma et al., 2001) ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้าน psychiatric clinical nurse และได้รับการฝึกอบรมเป็นพิเศษ จนถึงระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007) ผู้ให้การบำบัดเป็นทีม โดยทีมบำบัดประกอบด้วย psychiatrist, psychologist, social work, nurse, และ health technician อีก 2 คน จำนวน 1 เรื่อง (Pinkam et al., 2004)

2.2. ผู้รับการบำบัด

จากการศึกษาทั้ง 7 เรื่องพบว่าผู้รับการบำบัดมีลักษณะดังนี้

อาการหูแว่ว: ในทุกการศึกษาผู้รับการบำบัดต้องเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ในชีวิตประจำวัน (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; Wykes et al., 1999; McLeod et al., 2007; England, 2007; Pinkam et al., 2004)

การวินิจฉัย: จากการศึกษางานวิจัยพบว่า มีการวินิจฉัยโรคเพื่อเป็นเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมศึกษาดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 3 เรื่อง (Wykes et al., 1999; McLeod et al., 2007; England, 2007; Pinkam et al., 2004) เป็นโรคจิตเภทหรือจิตอาวรณ์แปรปรวน จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007) เป็นโรคจิตเภทหรืออาการทางจิตที่ไม่เฉพาะเจาะจง จำนวน 1 เรื่อง (Wiersma et al., 2001) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่ว(ไม่ระบุโรค) แต่ไม่ได้มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่ออาการหูแว่ว จำนวน 1 เรื่อง (Newton et al., 2005)

2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 2005)

อายุ: 18 ปีขึ้นไป จำนวน 5 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; McLeod et al., 2007; England, 2007; Pinkam et al., 2004) ไม่ระบุอายุในการคัดเข้าจำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999)

การใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพ: ผู้รับการบำบัดต้องเป็นผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่ออาการหูแว่ว จำนวน 2 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005) ต้องได้ยืนยันเสียงแว่วลักษณะเสียงทางลบอย่างน้อย 6 เดือน และอยู่ระหว่างรักษาด้วยยาอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเวลาที่มีอาการ จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007)

อาการทางจิตเวช: ในทุกการศึกษาจะศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่ยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ชีวิตประจำวันแต่ในการศึกษาแต่ละเรื่องอาจมีข้อแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ดังนี้

1) มีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป เมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมิน PANSS) จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 2005)

2) มีคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS-E) สูงทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999)

และยังมีอาการหูแว่วแม้จะได้รับยาในกลุ่ม neuroleptic ในปริมาณที่คงที่ (ได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน) และเป็นยาในกลุ่ม atypical antipsychotic แบบที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 1 เรื่อง (Pinkam et al., 2004) ไม่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยยาระหว่างการศึกษา จำนวน 2 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Wykes et al., 1999)

2.3. สถานที่ให้การบำบัด

ในการศึกษา 7 เรื่องนี้ เป็นการศึกษาในต่างประเทศโดยที่ ศึกษาในผู้ป่วยนอก จำนวน 4 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; England, 2007) ผู้ป่วยใน จำนวน 2 เรื่อง (Pinkam et al., 2004 ; McLeod et al., 2007) ศึกษาทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999)

2.4. ลักษณะกิจกรรม

ลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) แสดงรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังแสดงในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยให้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่อ งานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
1. Wykes et al./ 2005 - What are the effects of group cognitive behavior therapy for voices ? A randomized control trial.	ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาบำบัด, นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการบำบัดแบบ CBT และทั้งหมดต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่อง brief treatment for voices โดยกลุ่ม CBT สำหรับอาการหูแว่ว ให้ความถี่ 7 ครั้ง ไม่ได้กำหนดระยะเวลา แต่ละครั้งมีเป้าหมายเฉพาะประกอบด้วย 1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว 2. การพูดคุยเกี่ยวกับโรคทางจิต 3. ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหูแว่ว 4. ร่วมกันพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว 5. วิธีการพัฒนาความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง 6. การพัฒนาแบบการจัดการกับอาการหูแว่ว 7. ติดตามประเมินผล	การประเมินผลลัพธ์ ผลลัพธ์หลัก - ปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) - อาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (The Hallucinations Scale) ผลลัพธ์รอง - ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง (Self - esteem) ประสิทธิภาพของกลยุทธ์การจัดการอาการ (Effective Coping strategies) เครื่องมือ 1. Social Behavioural Schedule (SBS) เป็นแบบวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 2. The Hallucinations Scale เป็นการประเมินอาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจาก

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
2. Newton, E., Lanau. S., Smith, P., Shergill, S., Wykes, T./ 2005 - Early psychological intervention for auditory hallucinations: An	การบำบัดจะนัดพบผู้ป่วย 7 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว ครั้งที่ 2 อภิปรายเรื่องรูปแบบของโรคจิต ครั้งที่ 3 อภิปรายเรื่องรูปแบบของประสาทหลอน ครั้งที่ 4 วิธีจัดการกับอาการหูแว่วที่ได้ผล	อาการหูแว่วที่นำมาจาก PSYRATS วัดทั้งประสบการณ์อาการหูแว่ว ความทุกข์ทรมานจากลักษณะอาการหูแว่ว (เช่น ความถี่ ความดัง) 3. Self esteem ของ Rosenberg เป็นแบบประเมินความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตนเอง 4. Effective Coping strategies เป็นการประเมินย่อยมาจาก the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS) ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์การจัดการอาการ
		การประเมินผลลัพธ์ - อาการหูแว่ว - ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว - ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
exploratory study of young people's groups	ครั้งที่ 5 การเสริมคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 6 นำทฤษฎีที่ผ่านมาประยุกต์ใช้ในการกับเสียงแว่ว ครั้งที่ 7 ติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์	เครื่องมือ 1. The Auditory Hallucination Rating Scale (PSYRATS; Haddock, et al, 1999) 2. Positive and Negative Symptom Scale (Kay, et al, 1987) 3. Coping Strategies Questionnaire (Wykes, et al, 1999) 4. Beck Depression Inventory II (Beck, et al, 1996) 5. Beck Anxiety Inventory (Beck, et al, 1988) 6. The Activities Scale (Reeder, 2001) 7. Rosenberg Self – Esteem Scale (Rosenberg, 1965) 8. The Sale – Report Insight Scale for Psychosis (Birchwood, et al. 1994) Beliefs About Voices Questionnaire (Chadwick, et al, 2000)

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
3. Wykes, T., Parr, A.M., Landau, s./ 1999 - Group treatment of auditory hallucinations.	สมาชิกในกลุ่มทุกสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผล 3 เดือนต่อมา การประเมินด้วยเครื่องมือวัดเมื่อครั้งแรกก่อนเริ่มกลุ่ม, 6 สัปดาห์, 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1-6 pre-intervention สัปดาห์ที่ 7 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว สัปดาห์ที่ 8 อภิปรายเรื่องรูปแบบของโรคจิต สัปดาห์ที่ 9 อภิปรายเรื่องรูปแบบของประสาทหลอน สัปดาห์ที่ 10 สอนวิธีจัดการกับอาการหูแว่วที่ได้ผล สัปดาห์ที่ 11 การเสริมคุณค่าในตนเอง สัปดาห์ที่ 12 นำทุกเรื่องที่ผ่านมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับเสียงแว่ว สัปดาห์ที่ 24 นัดมาติดตามผล	การประเมินผลลัพธ์ ผลลัพธ์หลัก - ระดับคะแนนอาการหูแว่ว - อาการทางจิต - การรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการยอมรับการรักษา ผลลัพธ์เฉพาะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการหูแว่ว - การเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว - กลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว ผลลัพธ์เสริม - ระดับคะแนนความซึมเศร้า - ระดับคะแนนความวิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเอง เครื่องมือ 1. Auditory Hallucination Rating Scale

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
		(PSYRATS) เป็นแบบประเมินสภาวะอารมณ์ ลักษณะอาการทางจิตและความคิดที่ผิดปกติ 2. Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E) 3. Self-Report Insight Scale for Psychosis (IS) ประเมินลักษณะอาการการตระหนักรู้ถึงการป่วยและการยอมรับรักษา 4. Beliefs About Voices Questionnaire (BAVC) เป็นบันทึกว่าใช้วิธีใดตอบสนองต่อเสียงและประสิทธิภาพเป็นอย่างไร 5. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 6. Beck Anxiety Inventory (BAI) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวล 7. Rosenberg's Self-Esteem Scale เป็นแบบประเมินความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเอง

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
4. England, M. / 2007 - Group Cognitive – Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations : a pilot study	การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยหูแว่ว session ละ 90 นาที จำนวน 12 session ระยะเวลา 4 เดือน session ของ CNI จะถูกกำหนดตามความสะดวกร่วมกันของผู้ป่วยและพยาบาลที่ดำเนินการ CNI ต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้าน psychiatric clinical nurse และได้รับการฝึกอบรมเป็นพิเศษ จนถึงระดับสูงกว่าปริญญาตรี พยาบาลที่ให้บริการ CNI ต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ UC ที่ผู้ป่วยได้รับ Session ของ CNI จะถูกกำหนดตามความสอดคล้องกันของผู้ป่วยและพยาบาล ตารางเวลาที่กำหนดไว้สามารถยืดหยุ่นได้ เพื่อให้เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยช่วงเวลา 20 นาทีแรกจะให้ผู้ผู้ป่วยสะท้อนสิ่งที่เขาได้รับจากรูปแบบและเนื้อหาของเสียงที่ได้ยิน และ 40 นาทีต่อมาผู้ป่วยจะได้รับการ support ในเรื่องของการใช้เหตุผลและการตัดสินใจ ซึ่งกลวิธีการให้คำปรึกษาจะใช้เทคนิคของ Socratic learning, verbal challenge, หรือ empirical reality trial (England, 2006) และ 30 นาทีที่เหลือจะมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และความเห็นอกเห็นใจ, การให้คำปรึกษา, และการสรุปเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาใน session นั้น โดยในแต่ละ session ต้องมีการบันทึกเพื่อที่จะได้นำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการให้คำปรึกษาของพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์ ผลลัพธ์ - Psychiatric symptoms - Self-esteem เครื่องมือ 1. Medication adherence เป็นแบบวัด เพื่อบอกระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ antipsychotic medication ตามคำแนะนำของแพทย์ 2. McArthur Competence Assessment Tool เป็นแบบวัดความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัด (Competence to give informed consent to treatment) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัด Psychiatric Symptoms ได้แก่ hallucination severity ซึ่งประเมินโดยคะแนนรวมของผู้ป่วยหูแว่วจาก

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
		(Overall & Gorham, 1988) 3. Robson Self-Concept (RSCQ) ใช้การประเมิน Self-esteem เพื่อใช้ประเมินคุณค่าในตัวเอง (self-worth)
5. Pinkam, A. E., Gloege, T.A., Fanagan, S., & Penn., D. L./ 2004 - Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers.	- ทีมบำบัด ซึ่งประกอบด้วย psychiatrist, psychologist, social work, nurse, และ health technician อีก 2 คน โดย - กลุ่มที่1 นัดรับการบำบัด 7 session เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ละ 1 ชั่วโมง - กลุ่ม 2 การบำบัด 20 session นัดทุกสัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รูปแบบกิจกรรมแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ให้ intervention ตามคู่มือของ Wykes และคณะ(1999) โดยมีการใช้แบบ PSYRATS และ BAVQ-R ตั้งแต่ช่วงที่ 1-7 ซึ่งได้รับการส่งต่อเข้ามาและเมื่อจบการบำบัดของแต่ละกลุ่ม และใช้แบบ PANSS เพิ่มเข้ามาเพื่อประเมินเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัด แต่ละ session มีหัวข้อดังนี้ session 1 : การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว session 2 : ตัวแบบของโรคจิต session 3 : ตัวแบบของการหลง session 4 : วิธีจัดการที่มีประสิทธิภาพ	การประเมินผลลัพธ์ 1. ประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (group CBT) สำหรับผู้ป่วยหูแว่วด้าน - ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (BAVQ-R) - ลักษณะอาการหูแว่ว (PSYRATS) - ความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวกและด้านลบ (PANSS) 2. ผลของ group CBT ต่อความเชื่อและพฤติกรรมที่มีต่ออาการหูแว่ว 3. ระยะเวลาของ group CBT ที่สามารถบำบัดภาวะหูแว่วอย่างได้ผลดี 4. ความสามารถในการอ่านก่อนที่จะมีอาการป่วย

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	session 5 : stigma (ความอับอายต่อตัว, ความรู้สึกเหมือนถูกตีตรา มีมลทิน) และบทบาทของ medication session 6 : การปรับปรุง self-esteem session 7 : ตัวแบบทั้งหมดของการจัดการกับเสียง กลุ่ม 2 ได้รับ intervention ด้วย expanded version ตามคู่มือของ Wykes และคณะ ซึ่งได้รับการปรับปรุงใหม่จากสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มผู้วิจัย (DLP) เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย คู่มือถูกปรับปรุงโดยการขยายการบำบัดเป็น 20 session มีการใช้แบบ PSYRATS ,BAVQ-R และ PANSS ตั้งแต่ช่วงที่ได้รับการส่งต่อเข้ามาและเมื่อจบการบำบัดของแต่ละกลุ่ม และแบบ WRAT3 ถูกเพิ่มเข้ามาเมื่อสิ้นสุดของกลุ่ม โดยจะถามคำถามที่เกิดขึ้นภายหลังว่า cognitive functioning มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถนำประโยชน์ของ intervention ที่ได้รับมาใช้ได้หรือไม่ ดังนั้น WRAT3 จึงต้องดำเนินการภายหลังจากการให้ intervention แล้ว ในกลุ่ม 2 การบำบัดันต์ทุกสัปดาห์ ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เนื้อหาของ intervention ตามคู่มือต้นฉบับถูกปรับเปลี่ยนไปบ้างเล็กน้อย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับในเรื่องของเวลาที่จะต้องใช้มากขึ้นในหัวข้อที่ยากๆ ดำเนินการหลังจากกลุ่มแรกปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้ว 4 เดือน ซึ่ง	(premorbid) ต่อความสามารถของสมาชิกที่ได้รับประโยชน์จากกลุ่ม เครื่องมือ - แบบประเมินอาการหูแว่ว Auditory Hallucinations Rating Scale (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999) - แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R; Chadwick, Lees, & Birchwoods, 2000) - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Opler, & Fiszbein, 1992) - Wide Range Achievement Test (WRAT 3; Wilkinson, 1993) เป็นแบบประเมินความสามารถในการอ่านของสมาชิกแต่ละคน จะได้ทราบลักษณะทางสติปัญญาต่างๆ ไป ก่อนที่จะมีการ

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	intervention มีดังต่อไปนี้ session 1-3 : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว และเสียงปกติ (normalization) session 4 : การให้ความรู้เกี่ยวกับจิตเวช และตัวแบบของโรคจิต session 5 : สำคัญ และเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ session 6-10: การวิเคราะห์พฤติกรรมของเสียงแว่ว โดยเน้นการใช้ตัวแบบ Antecedents-beliefs-Consequences (ABC) model โดยเฉพาะ session 11-13: การทำให้มีการควบคุมเหนือเสียงด้วยหลักของ ABC model (วิธีการเพิ่มและการลด) session 14-17: การจัดการกับเสียง session 18 : stigma (ความอับชอดดู, ความรู้สึกละอายเหมือนถูกตีตรา มีมติน) session 19-20: ตัวแบบทั้งหมดของการจัดการกับเสียง และการสิ้นสุดการบำบัด	ป่วย (premorbid)

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
6. McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M./2007 - Cognitive behavior therapy with the coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic follow – up study of the durability of effects	- ใช้เวลารวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและประเมินผล 20 สัปดาห์ - ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละกลุ่ม 8 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 8 session สัปดาห์ละ 1 session จะใช้เวลา sessionละ 1½ ชั่วโมง โดยมีการพักเมื่อครบ 45 นาทีแรก กลุ่มควบคุม - กลุ่มควบคุมให้การรักษาระบบธรรมดาทั่วไป ถ้าประสบความสำเร็จ กลุ่มควบคุมจะได้รับ intervention แบบเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ กลุ่มทดลอง - กลุ่มทดลองได้รับการรักษาแบบ group CBT โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ตามโปรแกรมที่กำหนด - การประเมินผลต้องดำเนินการ 2 ช่วง คือ (1) ช่วง pre-treatment (สัปดาห์ที่ 0) และ (2) ช่วง post-treatment (สัปดาห์ที่ 12) การเปลี่ยนแปลงระหว่าง (1) และ (2) ทราบได้จากอัตราวัด treatment effect การจัดกิจกรรม session ทั้ง 2 กลุ่ม รวมทั้งการประเมินผลด้วย ใช้เวลารวมประมาณ 20 สัปดาห์ กลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มปิด โดยหัวข้อที่จะใช้ในแต่ละ session เป็นความลับ กลุ่มจะทราบเมื่อเริ่มต้น session ก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการนี้ทุกคนจะได้รับเอกสารซึ่งมีข้อมูลชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการแต่ละ session	การประเมินผลลัพธ์ - ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) - อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) เครื่องมือ 1. Beliefs About Voice Questionnaire (BAVQ/BAVQ-R) เป็นแบบสอบถามว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและตอบสนองต่อเสียงอย่างไร 2. Auditory Hallucination Rating Scale (PSYRATS) เป็นการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional content), นวัตกรรมทางกายภาพ (physical characteristics) และการแปลความหมายการรับรู้ (cognitive interpretation)

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
Session 1 เพื่อทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนร่วมทุกคน เกี่ยวกับโครงสร้างการจัดกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งความรับผิดชอบของสมาชิก และความรับผิดชอบของ facilitator ที่มีต่อกลุ่ม	Session 2 เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนมีความตระหนักถึงเสียงในลักษณะปกติ และแบ่งปันความรู้สึกนี้กับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม	3. The Beck Depression Inventory เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรุนแรงของ depression The Power Scale เป็นการวัดความแตกต่างของอำนาจ (power) ระหว่างเสียงที่ได้ยินกับผู้ที่ไม่ได้ยินเสียง
Session 3 ผู้มีส่วนร่วมทุกคนตรวจสอบผลจากเสียงที่มีต่อชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขาในลักษณะ safe and structured manner	Session 4 ให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนแบ่งปันสิ่งที่ประสบในชีวิตจริง และวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสิ่งที่ได้ประสบนั้น	5. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) เป็นแบบประเมินอาการด้านบวก ด้านลบ และอาการอื่นๆ ด้วย
Session 5 ทดสอบความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงที่มีต่อรายบุคคล และทดสอบการคาดการณ์ว่าเสียงนั้นจะสามารถควบคุมผู้ที่ได้ยินเสียงนั้นได้หรือไม่ และการพยากรณ์ที่เที่ยงตรงในอนาคต		

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	Session 6 การเพิ่มกลวิธีจัดการกับเสียง โดยใช้ความช่วยเหลือจากกลุ่ม Session 7 การฝึกปฏิบัติวิธีจัดการกับเสียง โดยการแบ่งกลุ่มฝึก session 8 การพัฒนาการปรับจัดการกับเสียงในอนาคต และการทำให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นทั้งสองกลุ่มจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม 8 สัปดาห์เหมือนกัน หลังจากนั้น 6 เดือน กลุ่มจะได้รับการประเมินอีกครั้ง	
7. wiersma, D., Jenner, J.A., van de willige, G., Spakman, M., Nienhuis, F. J./ 2001 - Efficacy of Cognitive Nursing Intervention for voice hearing.	การบำบัดเป็นการผสมผสานแนวคิดของ Medication control and Advice, Psychoeducation, Supportive Counseling, CBT, Coping strategies นัดผู้ป่วยมาเข้ากลุ่ม ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาการบำบัดอยู่ระหว่าง 1-32 เดือน (เฉลี่ย 12 เดือน) จำนวนครั้ง การนัดพบ 2-51 ครั้ง (เฉลี่ย 15 ครั้ง) และติดตามผลหลังเริ่มการรักษา 2 และ 4 ปี ซึ่งวิธีรายละเอียดดังนี้ 1. ปรับความเชื่อที่ผิดจากความเป็นจริง โดยให้เหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการพูดแบบเผชิญโดยตรง (confrontation) หากการ	การประเมินผลลัพธ์ - อาการหูแว่วลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น เครื่องมือ 1. The Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) ใช้ประเมินจำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้ง การเกิดเสียงแว่ว เป็นต้น

ตารางที่ 4 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ในการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	อภิปรายและให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานยิ่งขึ้น ให้หยุดและเริ่มใหม่อย่างระมัดระวังในครั้งต่อไป 2. การผ่อนคลายและการจัดการกับความวิตกกังวล เพื่อลดความวิตกกังวลที่อาจทำให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น 3. อธิบายปรากฏการณ์เกิดอาการประสาทหลอน สร้างความร่วมมือระหว่างบำบัดกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้ยินเสียงตามที่มีผู้ป่วยนอก และอธิบายให้เข้าใจว่าเสียงว่าได้ยินลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วย คนอื่นจึงไม่ได้ยิน 4. มอบหมายการบ้าน (home work) เช่น ผู้ป่วยที่ได้อินเสียงแว่วเกี่ยวกับศาสนา ให้ผู้ป่วยสนทนากับอนุศาสนาจารย์ในโรงพยาบาล การบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความผิดปกติของความคิด บันทึกประจำวันนี้จะถูกใช้ทดสอบความเชื่อที่ผิดปกติ จำนวนครั้งและรูปแบบของการเกิดอาการ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการ	2. The Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS) ใช้ประเมินหน้าที่ทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และด้านการดูแลตนเอง 3. The Positive And Negative Symptom Scale (PANSS) ใช้ประเมินจิตพยาธิสภาพของโรคจิตและโรคทางจิตอื่น ๆ แบ่งเป็นอาการด้านบวกอาการด้านลบ และจิตพยาธิสภาพทั่วไป

2.5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเรื่องการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทั้ง 7 เรื่อง พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งได้ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว

1) Effective Coping strategies เป็นการประเมินย่อมาจาก the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS) ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์การจัดการอาการ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 2005)

2) Coping Strategies Questionnaire (Wykes, et al, 1999) เป็นแบบวัดกลยุทธ์ในการจัดการอาการ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Newton et al., 2005)

3) Beliefs About Voices Questionnaire (BAVC; Chadwick & Birchwood, 1995) เป็นการบันทึกด้วยตนเองว่า ใช้วิธีใดตอบสนองต่อเสียงและประสิทธิภาพของวิธีการที่ใช้ได้ผลเป็นอย่างไร มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999)

4) Beliefs About Voice Questionnaire (BAVQ/BAVQ-R)(Chadwick and Birchwood, 1995, 2000) เป็นแบบสอบถามในลักษณะ self-report แบบง่าย ๆ ซึ่งจะวัดว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่ได้ยินนั้นเป็น malevolent หรือ benevolent และมีวิธีการจัดการกับเสียงแบบ engagement หรือ resistance จึงเป็นการวัดว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและตอบสนองต่อเสียงอย่างไรมีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (McLeod, Morris & Birchwood, 2007)

5) Beliefs About Voices Questionnaire (Chadwick, et al, 2000) เป็นแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว ใช้วิธีใดตอบสนองต่อเสียง มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Newton et al., 2005)

6) แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R; Chadwick, lees, & Birchwood, 2000) BAVQ-R เป็นรูปแบบของ self-report measure เพื่อประเมินความเชื่อ, emotion, และ behavior ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะหูแว่ว ใช้วิธีใดตอบสนองต่อเสียงมีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Pinkam et al., 2004)

2. เครื่องมือประเมินอาการหูแว่ว

1) The Hallucinations Scale เป็นแบบการประเมินอาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วที่นำมาจาก PSYRATS ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม วัดทั้งประสบการณ์อาการหูแว่ว ความทุกข์ทรมานจากลักษณะอาการหูแว่ว (เช่น ความถี่ ความดัง) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 2005)

2) The Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) ใช้ประเมินจำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้งการเกิดเสียงแว่ว ระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วและเนื้อหาของเสียงแว่ว วัดระดับความรู้สึกยุ่งยาก (burden) จากอาการประสาทหลอนโดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ประเมินจากระดับความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุม การรบกวนความคิดและรบกวนกิจวัตรประจำวัน มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wiersma et al., 2001)

3) The Auditory Hallucination Rating Scale (PSYRATS; Haddock, et al, 1999) เป็นแบบวัดระดับอาการหูแว่ว เป็นการให้คะแนน self-report เพื่อการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional content), บุคลิกทางกายภาพ (physical characteristics) และการแปลความหมายการรับรู้ (cognitive interpretation) มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (McLeod et al., 2007; Newton et al., 2005; Wykes et al., 1999)

4) แบบประเมินอาการหูแว่ว Auditory Hallucinations Rating Scale (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999) แบบ PSYRATS เป็นการวัดด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 11 item เพื่อประเมิน emotional content, physical characteristic , และ cognitive interpretation เกี่ยวกับภาวะหูแว่ว มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Pinkam et al., 2004)

5) The Power Scale (Birchwood et al, 2000) เป็นการวัดความแตกต่างของอำนาจ (power) ระหว่างเสียงที่ได้ยินกับผู้ที่ได้ยินเสียง ซึ่งประกอบด้วย strength , confidence, respect , ability to inflict harm, superiority และ knowledge โดยใช้ Semantic differential methodology ในการให้คะแนน โดยดูจากการให้ผู้ป่วยเดิมประโยคที่ไม่สมบูรณ์ที่แบบสอบถามให้มา โดยจัดเป็นคะแนน 5 ระดับ ได้ค่า internal reliability (Cronbach's alpha) = 0.85 (N=59) จากการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์/reliability of $r = 0.82$ (N=25) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (McLeod et al., 2007)

3. เครื่องมือประเมินอาการทางจิต

1) The Positive And Negative Symptom Scale (PANSS) (Kay et al, 1987) เป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาและกำหนดเป็นมาตรฐานในการประเมินจิตพยาธิสภาพของโรคจิตเภทและโรคทางจิตอื่น ๆ ซึ่งแบบสอบถามมี 30 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 7 ระดับ ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อใช้เป็นวิธีในการประเมินมิติด้านบวก ด้านลบ และอาการอื่น ๆ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการและแบบ semi-structural clinical interview รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังนำมาประยุกต์ใช้ได้ด้วยเวลาที่ลดลง และสามารถใช้ในการประเมินซ้ำได้ด้วย มีผู้นำไปใช้จำนวน 3 เรื่อง (Wiersma et al., 2001; McLeod et al., 2007; Newton et al., 2005)

2) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัด Psychiatric Symptoms ได้แก่ hallucination severity ซึ่งประเมินโดยคะแนนรวมของผู้ป่วยหนูแวนจาก (Overall & Gorham, 1988) ซึ่งการวัดประกอบด้วยการให้คะแนน 18 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 7 ระดับ ซึ่งจะมีการให้คำจำกัดความของแต่ละ symptom ที่จะประเมิน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยจะให้คะแนน symptom ของเขาในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้คำจำกัดความและกลุ่มอ้างอิงจากผู้ที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชและมีอาการเฉพาะที่นำมาใช้เป็นฐานในการตัดสินอาการของตัวเอง การให้คะแนนเริ่มต้นที่ 1 คะแนน (“not experience” ไม่มีอาการ) ถึง 7 คะแนน (“very severe” มีอาการรุนแรงมาก) ได้ค่า coefficient α สำหรับ internal consistency ของการให้คะแนนเท่ากับ 0.82 มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007)

3) Positive and Negative Symptom Scale (PANSS; Kay, Opler, & Fiszbein, 1992) PANSS เป็นรูปแบบ clinical interview ที่ถูกออกแบบเพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ เลือกใช้เฉพาะ item ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมจากภาวะหนูแวนเท่านั้น ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับ frequency และ quality ของอาการหนูแวน รวมทั้งระดับของผลกระทบจากหนูแวนที่มีต่อความคิดและพฤติกรรม มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Pinkam et al., 2004)

4) The Self-Report Insight Scale for Psychosis (Birchwood, et al. 1994) เป็นแบบประเมินลักษณะอาการการตระหนักถึงอาการป่วยและวัดการรับรู้เกี่ยวกับการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช โดยให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเอง มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Newton et al., 2005; Wykes et al., 1999)

5) Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E; Ventura et al, 1993) เป็นแบบวัดระดับคะแนนอาการทางจิต มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999)

6) McArthur Competence Assessment Tool เป็นแบบวัดความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษา (Competence to give informed consent to treatment) คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สำหรับการศึกษาที่กำหนดไว้เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างไรถึงผลที่จะเกิดในอนาคตจากข้อมูลที่ได้รับ, เหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ, ความพึงพอใจกับลักษณะธรรมชาติที่เป็นอยู่ และผลที่จะเกิดขึ้นจากการบำบัดที่ได้รับ การเสนอ, และให้ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดมีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007)

7) Medication adherence เป็นการวัดด้วยการให้คะแนนเป็นตัวเลข 5 ระดับ เพื่อบอกระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ antipsychotic medication ตามคำแนะนำของแพทย์ medication ดังกล่าว หมายถึงการได้รับยา antipsychotic ทั้งที่เป็น first generation (ยาสูตรดั้งเดิม)

และ newer generation (ยาสูตรใหม่ๆ) ช่วงการวัดแบ่งออกเป็น 0%, 20%,...,80-100% ของระยะเวลา ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย schizophrenia ที่เป็นผู้ใหญ่ มีอัตรา medication adherence 60-70% (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband & Jeste, 2002) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007)

8) Wide Range Achievement Test (WRAT 3; Wilkinson, 1993) WRAT3 ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความสามารถในการอ่านของสมาชิกแต่ละคน จะได้ทราบลักษณะทางสติปัญญาต่างๆ ไป ก่อนที่จะมีอาการป่วย (premorbid) มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Pinkam et al., 2004)

3. เครื่องมือ/ประเมินทางจิตสังคม

1) Social Behavioural Schedule (SBS) เป็นแบบวัดปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 2005)

2) Self esteem ของ Rosenberg (Rosenberg, 1965) เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง มีผู้นำไปใช้จำนวน 3 เรื่อง (Newton et al., 2005; Wykes et al., 1999; Wykes et al., 2005)

3) The Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS) ใช้ประเมินหน้าที่ทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และด้านการดูแลตนเอง โดยแบ่งค่าคะแนนออกเป็น 4 ระดับ มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Wiersma et al., 2001)

4) Beck Anxiety Inventory (Beck, et al, 1988) เป็นแบบวัดค่าคะแนนความวิตกกังวล มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (Newton et al., 2005; Wykes et al., 1999)

5) Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al, 1961) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในลักษณะที่ผู้ป่วยรายงานอาการตนเองตั้งแต่อาการซึมเศร้าระดับน้อย (mild) จนถึงระดับรุนแรง (severe) มีผู้นำไปใช้จำนวน 2 เรื่อง (Wykes et al., 1999; McLeod et al., 2007)

6) Beck Depression Inventory II (Beck, et al, 1996) เป็นแบบวัดค่าคะแนนความซึมเศร้า มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Newton et al., 2005)

7) The Activities Scale (Reeder, 2001) เป็นแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรม มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (Newton et al., 2005)

8) Robson Self-Concept (RSCQ) ใช้การประเมิน Self-esteem ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 7 ระดับ เพื่อใช้ประเมินคุณค่าในตัวเอง (self-worth). ความสำคัญในตนเอง, สิ่งดึงดูดใจ, สมรรถนะ, และความพึงพอใจต่อความปรารถนาที่มี (Robson, 1989) ผู้ป่วยจะให้คะแนนตั้งแต่ 1 (“I completely disagree....”ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7

(I completely agree with this reflection of me” เห็นด้วยอย่างยิ่งในความรู้สึกของฉัน) ได้ค่า coefficient α สำหรับ internal consistency จากการให้คะแนนเท่ากับ 0.79 มีผู้นำไปใช้จำนวน 1 เรื่อง (England, 2007)

2.6 ผลลัพธ์

1) ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว

จากการศึกษาพบว่า พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับ treatment มีกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่วเพิ่มขึ้น จำนวน 2 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Wykes et al., 1999) โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกลยุทธ์การปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับ 8 เป็น 10.5 (Wykes et al., 2005) และพบว่าการบำบัดกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ หรือ การฟังเพลง ซึ่งผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่คิดว่าได้ประโยชน์น้อย หลังจากการบำบัดพบว่าการเลือกใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธี แต่พบว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการอาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้น (baseline 73%, pre-treatment 54%, post-treatment 92%, Follow-up 78%) (Wykes et al., 1999)

2) ด้านอาการหูแว่ว: จากวิเคราะห์การศึกษา 7 เรื่อง ผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วนั้นผู้ศึกษามีการประเมินที่คล้ายและต่างกัน ดังนี้

- ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว: พบว่าลักษณะและความรุนแรงลดลง จำนวน เรื่อง โดยจากการเปรียบเทียบลักษณะอาการหูแว่วและความรุนแรงก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด 2 ปี และ 4 ปี พบว่าผู้ป่วย 7 ราย (18%) ไม่มีอาการหูแว่วเมื่อ follow-up ครบ 4 ปี ในการ follow-up 2 ปี พบว่าผู้ป่วย 8 ร้อยละ 80 ยังคงมีอาการหูแว่ว แต่จำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้งการเกิดเสียงแว่วและระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Wiersma et al., 2001) แต่บางการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง แต่คะแนนช่วงหลังได้รับ treatment ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ก่อนทดลอง, หลังทดลอง, follow – up ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wykes et al., 2005)

- คะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Rating Scale: PSYRATS) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่วจากการวัดแต่ละวิธีภายหลังการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pinkam et al., 2004) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง waiting period พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.12$) แต่เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง treatment period (weeks 6 – 12) และ follow-up period (week 24) พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาการหูแว่วลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Newton et al., 2005) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ PSYRATS ในช่วง treatment period เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงช่วง Follow-up แต่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่วประกอบด้วย อำนาจของเสียง (ownership) การควบคุมเสียง การรับรู้อำนาจของเสียง ระดับความทุกข์ทรมาน (amount of distress) ความรุนแรงของความทุกข์ทรมาน ลักษณะอาการหูแว่ว (ระยะเวลา ความดัง ความบ่อย แหล่งเกิดเสียง) การรบกวนจากเสียง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ baseline และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดสอบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wykes et al., 1999) ส่วนเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของการให้ intervention ด้านลักษณะอาการหูแว่ว (PSYRATS) พบว่ากลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session หลังได้รับ intervention ค่าเฉลี่ยลักษณะอาการหูแว่วลดลงจาก 25.4 (SD = 6.31) เป็น 21.8 (4.15) ส่วนกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่า หลังได้รับ intervention ค่าเฉลี่ยลักษณะอาการหูแว่วลดลงจาก 27.4 (5.98) เป็น 22.4 (8.56) (Pinkam et al., 2004)

- ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) มีการศึกษา 1 เรื่อง (McLeod et al., 2007) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง baseline กับระยะ 12 week หลังให้ intervention พบว่าระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 2.6 (0.7) เป็น 1.4 (0.97) ส่วนระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมลดลงจาก 2.8 (0.92) เป็น 2.7 (0.67) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ของเสียงแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

- อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง baseline กับระยะ 12 week หลังให้ intervention พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงจาก 4.2 (1.0) เป็น 3.3 (1.06) ส่วนระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 3.9 (0.88) เป็น 4.1 (0.99) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (McLeod et al., 2007)

- ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง baseline กับระยะ 12 week หลังให้ intervention พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 3.2 (0.79) เป็น 2.6 (1.26) ส่วนระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 2.5 (1.18) เป็น 3.0 (1.33) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลงน้อยกว่า ($p < 0.795$) (McLeod et al., 2007)

- ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (BAVQ-R) พบว่ากลุ่มที่ ได้รับ intervention 7 session หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 52.6 (22.69) เป็น 40.8 (21.78) ส่วนกลุ่มที่ ได้รับ intervention 20 session พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 61.8 (10.62) เป็น 55.6 (9.66) (Pinkam et al., 2004) ส่วนผู้ป่วย 1 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทั้งสองกลุ่ม จากการวิเคราะห์คะแนนโดยใช้แบบวัด ความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Beliefs About Voices Questionnaire-Revised: BAVQ-R) ของผู้ป่วย รายนี้ ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วในทางที่ดีขึ้น เมื่อเข้าร่วมในกลุ่มที่ 1 หลังจากนั้นกลับมีความเชื่อในทางลบเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าร่วมในช่วงแรกของกลุ่ม ที่สอง สิ่งที่น่าสนใจคืออาการทุกข์ทรมาน distress ที่เกิดจากการได้ยินเสียงแว่วมีแนวโน้มลดลง ภายหลังจากสิ้นสุดการบำบัดในกลุ่มที่สอง (Pinkam et al., 2004)

- ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว มีการศึกษา 1 เรื่อง (Newton et al., 2005) พบว่าหลังการบำบัดช่วยเพิ่มการรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วและ ลดการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .04

3) ด้านอาการทางจิต

- ด้านอาการทางคลินิก มีการศึกษา 5 เรื่อง (England M ., 2007; Pinkam et al., 2004; Wiersma et al., 2001; Wykes et al., 1999; Wykes et al., 2005) พบว่าความ รุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบ (PANSS) ของกลุ่มที่ ได้รับ intervention 20 session หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบ ลดลงจาก 5.4 (.89) เป็น 4.6 (.55) และพบว่าระยะเวลาของการให้ intervention ไม่มีผลต่ออาการ ทางคลินิก (Pinkam et al., 2004) และคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกต่ำกว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านบวกของ กลุ่มตัวอย่างสูง โดยร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมีคะแนนอาการด้านบวกสูง ร้อยละ 49 มีคะแนนอาการ ด้านลบสูง ความสัมพันธ์ระหว่าง มิติของอาการ (symptom dimension) การเกิดอาการประสาท หลอนและความรู้สึกยุ่งยาก ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiersma et al., 2001) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตโดยใช้แบบวัดอาการทางจิต (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS-E) เปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง waiting period ไม่มีการ เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ BPRS-E ก่อนและหลัง ช่วง treatment period พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง เฉพาะในช่วง treatment period เท่านั้น (Wykes et al., 1999) และบางการศึกษาพบว่าในช่วง 18 สัปดาห์, และ 54 สัปดาห์ หลังจากได้รับการบำบัด คะแนน psychiatric symptoms ของผู้ป่วยที่

ได้รับ intervention เปลี่ยนแปลงมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (England M., 2007)พบว่า อาการทางจิตลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Wykes et al., 2005)

- ด้านการรับรู้ต่ออาการผู้ป่วยและการยอมรับการรักษา (Self-Report Insight Scale for Psychosis [IS]) มีการศึกษา 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ในช่วง waiting period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ช่วง treatment period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ยังคงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงช่วง Follow-up

- ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดลดลง (จาก 8.4 mg/d เป็น 6.2 mg/d) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ในขณะที่ 3 คน หยุดรับประทานยา และ 5 คน ไม่ต้องรับประทานยาด้านโรคจิต (Wiersma et al., 2001) การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าช่วง follow-up 4 ปี ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีถึงที่สุด ร้อยละ 33 ดีพอสมควร และร้อยละ 26 ไม่ดี ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงจากการ follow-up 2.5 ปี มีเพียง 3 ราย (8%) ที่ประเมินว่าแย่ลงเมื่อเปรียบเทียบกับ follow-up 2.5 ปี ผลการประเมินนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุและเพศ (Wiersma et al., 2001)

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของการบำบัดต่อระดับสติปัญญา พบว่า intellectual functioning ก่อนป่วยไม่สัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการบำบัดในการศึกษา (Pinkam et al., 2004)

4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ; จากวิเคราะห์การศึกษา 7 เรื่อง ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมนั้นผู้ศึกษามีการประเมินที่คล้ายและต่างกัน ดังนี้

- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าคะแนนด้านปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) ลดลง จำนวน 2 เรื่อง โดยเมื่อประเมินผลหลังทำกิจกรรมทันทีพบว่า คะแนนปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของ SBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) (Wykes et al., 2005) และในการ follow-up 2 ปี พบว่า 41% การทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น และ 16-22 % มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพบปะผู้อื่น และการแก้ไขสถานการณ์ (even further improved) พบว่า 59% ของผู้ป่วยดีขึ้น และ 31 % แย่ลงอย่างน้อย 1 ด้าน ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทางที่ดีขึ้นมากกว่าและมีความเสถียรมากกว่าการ follow-up 4 ปี พบว่าร้อยละ 69 ของผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสังคมลักษณะที่พบมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมทางสังคมและบทบาทคู่ชีวิต (partner role) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยทางอารมณ์และโรค

จิตเภทหลังรักษาในโรงพยาบาล 2 ปี เพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความบกพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (wiersma et al., 2001)

- ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พบว่าในช่วง 18 สัปดาห์, และ 54 สัปดาห์ หลังจากรับการบำบัดคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ของผู้ป่วยที่ได้รับการ intervention เปลี่ยนแปลงมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (England M., 2007) และบางการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในช่วง treatment period และ Follow-up เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$, $p = 0.017$) (Wykes et al., 1999) และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.71$) แต่มีแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.1$) (Wykes et al., 2005)

- ความรู้สียุ่งยากจากอาการหูแว่ว (burden of hearing voices)

พบว่าความทนทุกข์จากความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกรบกวนทางความคิดและกิจวัตรประจำวัน ลดลงจาก 81% เป็น 20% ในการ follow-up 2 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 30% ในการ follow-up 4 ปี ช่วง follow-up 2 ปี ผู้ป่วยมากกว่า 50% สามารถควบคุมอาการหูแว่วและความคิดของตนเองได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยรู้สึกว่าการหูแว่วไม่รบกวนชีวิตประจำวันและไม่รู้สึกวิตกกังวล เมื่อถามผู้ป่วยเปรียบเทียบอาการหูแว่วและความยุ่งยากระหว่าง follow-up 2 ปี และ 4 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 50 อาการดีขึ้น ร้อยละ 40 รู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 18 รู้สึกแย่ลง (Wiersma et al., 2001)

- ด้านความรู้สึกซึมเศร้า มีการศึกษา 1 เรื่อง (Newton et al., 2005)

พบว่า การรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่วที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการเพิ่มความสามารถควบคุมเสียงและการลดซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification)

3.1. ผู้ให้การบำบัด

จากการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง พบว่าผู้ให้การบำบัดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น

ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วยพยาบาลผู้ทำกลุ่มที่มีทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1 เรื่อง (Trygstad et al., 2002) พยาบาลที่มีประสบการณ์ทั้งในการทำกลุ่มและดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 เรื่อง (Buccheri et al., 2004) แต่บางรายงานก็ไม่ได้ระบุไว้ว่าวิชาชีพใดควรเป็นผู้ทำกลุ่ม จำนวน 2 เรื่อง (Lawrence et al., 2000; Persaud & Marks, 1995)

3.2. ผู้รับการบำบัด

พบว่าผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาการรุนแรงยังคงมีอยู่ในชีวิตประจำวัน (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al., 2004; Lawrence et al., 2000 ; Persaud & Marks, 1995) โดยต้องมีอาการรุนแรงอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al., 2004) และมี 1 เรื่องที่กำหนดให้ผู้ป่วยต้องมีอาการรุนแรงไม่น้อยกว่า 1 ปี (Persaud & Marks, 1995) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM-III-R (Persaud & Marks, 1995) และ DSM-IV (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al., 2004 ; Lawrence et al., 2000) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกทั้งหมด มีทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี อาการทางจิตสงบ ไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด โดยผลการทดสอบ MMSE มากกว่า 24 คะแนน จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al., 2004) และทุกเรื่องผู้เข้าร่วมศึกษาต้องยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยเป็นอาสาสมัครจากในชุมชนจำนวน 1 เรื่อง (Lawrence et al., 2000) คัดเลือกจากผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาล ศูนย์จิตเวชต่างๆ จำนวน 3 เรื่อง (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al., 2004; Persaud & Marks, 1995) การศึกษาทั้งหมดมีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มทดลอง (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al., 2004; Lawrence et al., 2000 ; Persaud & Marks, 1995)

3.3. สถานที่ให้การบำบัด

จากการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง พบว่าไม่ได้ระบุสถานที่ให้การบำบัดจำนวน 1 เรื่อง (Lawrence et al., 2000) และบำบัดในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002 ; Persaud & Marks, 1995) และอีก 1 เรื่อง บำบัดในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์จิตเวช และโรงพยาบาลกลางวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก (Buccheri et al., 2004)

3.4. ลักษณะกิจกรรม

ลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการรุนแรงโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) แสดงรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังแสดงในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
1. Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., et al. / 2002 - Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia : Outcome from a 10 – week course.	ใช้เวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 50 นาที มีรายละเอียดดังนี้ 1. ขั้นเตรียม ใช้เวลา 5 นาที โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ, POMS, BDI-II ในสัปดาห์แรกของการเข้ากลุ่ม 2. ขั้นตอนดำเนินการ ใช้เวลา 10 สัปดาห์ เป็นการสอนรายกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับโอกาสทำความเข้าใจและร่วมกัน ให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและการใช้วิธีการจัดการกับอาการในอดีต แต่ละสัปดาห์สอนและปฏิบัติวิธีการจัดการกับอาการว่า 1 วิธี วิธีที่สอนประกอบด้วย การติดตามตัวเอง, พูดกับบางคน, ฟังเพลงโดยใช้หรือไม่ใช้ หูฟัง, ดูโทรทัศน์, พูด”หยุด” หรือไม่สนใจเสียงที่พูด, ใช้หูฟัง, เทคนิคคลายเครียด, ทำกิจกรรมที่ชอบหรือช่วยผู้อื่น, รับประทานยาตามแพทย์สั่งและไม่ใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์แต่ละสัปดาห์ที่เข้ากลุ่ม มีรูปแบบที่แน่นอนดังนี้ - ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ ในขณะที่ผู้ดำเนินกลุ่มรวบรวมสมุดบันทึกอาการจากสัปดาห์ก่อน (5 นาที) - ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบรรยายประสบการณ์ใช้วิธีการในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	การประเมินผลลัพธ์ การประเมินผลลัพธ์ - ลักษณะอาการของเสียงแว่วในผู้ป่วยจิตเภท คือ frequency, loudness, self-control, clarity, tone, distractibility, distress และสภาวะอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือ 1.The Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ที่ผู้วิจัยรวบรวมและดัดแปลงมาจากนักวิชาการคนอื่น ๆ (เช่น Hustung & Hafnes, 1990: Allen et al, 1995 เป็นต้น)

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	และให้ช้คำถามหรือให้ข้อเสนอแนะ (15 นาที) - สอนวิธีใหม่และอธิบายว่าวิธีการนี้มีประโยชน์อย่างไร ให้ผู้ป่วยซักถามและให้ข้อเสนอแนะ (10 นาที) - ให้แต่ละคนฝึกปฏิบัติวิธีการใหม่และอภิปรายกันในกลุ่ม (15 นาที) - แจกสมุดบันทึกการจัดการกับอาการสำหรับสัปดาห์ต่อไป (5 นาที) 3. ขั้นสุดท้าย ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ, POMS, BDI-II ในครั้งสุดท้ายของกลุ่ม	2. The Tension-Anxiety subscale of the Profile of Mood States (POMS) 3. The Beck Depression Inventory, second edition (BDI-II)
2. Buccheri, R., Trygstad, L., Dowling, G., Hopkins, R., White, K., et al./ 2004 - Long – term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations	ใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ กิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) ระยะก่อนดำเนินการ เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ, POMS, BDI-II CAHQ 2) ระยะดำเนินการ ในการสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว โดยมีวิธีการะบวนการดังนี้ - สร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่ม - ส่งเสริมให้สมาชิกเล่าประสบการณ์ที่ได้ยินเสียงและการจัดการกับเสียง - ให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ว่ามีวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและสารัตถิวิธีจัดการกับอาการหูแว่วในกลุ่ม - กระตุ้นให้สมาชิกฝึกปฏิบัติในกลุ่มก่อนกลับไปปฏิบัติที่บ้าน	การประเมินผลลัพธ์ - ผลระยะยาว (1 ปี) ของ Behavioral Management strategies ด้านต่างๆดังนี้ 1) ลักษณะอาการหูแว่ว 2) ภาวะวิตกกังวล 3) ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือ 1. Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ)

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้พฤติกรรมการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนบรรยายประสบการณ์และผลการใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วในกลุ่มกระบวนการกลุ่มแต่ละครั้งมีรูปแบบดังนี้ - สมาชิกทำแบบประเมิน CAHQ ในขณะที่ผู้ดำเนินกลุ่มรวบรวมสมุดบันทึกอาการจากสัปดาห์ก่อน (5 นาที) - ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบรรยายประสบการณ์ใช้วิธีการในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ซักถามหรือให้ข้อเสนอแนะ (15 นาที) - สอนวิธีใหม่และอธิบายว่าวิธีการนี้มีประโยชน์อย่างไร ให้ผู้ป่วยซักถามและให้ข้อเสนอแนะ (10 นาที) - ให้แต่ละคนฝึกปฏิบัติวิธีการใหม่และอภิปรายกันในกลุ่ม (15 นาที) - แจกสมุดบันทึกการจัดการกับการบำบัดสำหรับสัปดาห์ต่อไป (5 นาที) - ประเมินผล ติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และเมื่อครบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน	2. Symptom Management Log. 3. Profile of Mood States (POMS) 4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
3. Perlman, L. M., Hubbard, B.A./ 2000 - A self-control skills group for persistent auditory hallucinations	โปรแกรมการรักษาประกอบ ด้วย psychoeducation, treatment planning, skill planning, และ generalization รูปแบบของกลุ่มเป็นแบบปลายเปิด (open-ended format) เพื่อให้สมาชิกที่เรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มสามารถเข้าร่วมกับกลุ่มระหว่างที่โปรแกรมได้ดำเนินการไปแล้ว (ในรายงานไม่ได้ระบุว่าแต่ละหัวข้อใช้เวลากี่ session) สมาชิกในกลุ่มจะมาพบกันทุกสัปดาห์ตลอดเวลา 5 เดือน รวม 23 session ใช้เวลา session ละ 1 ชั่วโมง โดยรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมมีดังนี้ 1. Psychoeducation การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ใน session แรก ผู้นำกลุ่มจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการหูแว่ว โดยเน้นถึงการยอมรับอาการหูแว่วว่าเป็นอาการที่เรื้อรัง และแจ้งวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ตั้งขึ้น ก็เพื่อช่วยสมาชิกให้สามารถควบคุมตัวเองให้เหนือเสียงที่ได้ยิน โดยพัฒนาวิธีจัดการกับเสียงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกลวิธีนี้ไม่ได้มุ่งหวังที่จะกำจัดภาวะหูแว่วนั้นให้หมดไปอย่างสิ้นเชิง แต่จุดมุ่งหมายก็เพื่อให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นและเมื่อควบคุมได้ จะสามารถมุ่งไปที่กิจกรรมมากกว่าจะสนใจกับเสียงแว่วนั้น 2. Treatment Planning การวางแผนการบำบัด การวางแผนการรักษาสำหรับสมาชิกแต่ละคนต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันใน functional level เพื่อเป็นการประหยัดและไม่ยุ่งยาก	การประเมินผลลัพธ์ - อาการหูแว่ว เครื่องมือ การประเมินจากการตอบสนองต่อการรักษา โดยดูจากการรายงานด้วยคำพูด, การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม, และรายงานที่ได้จาก case manager และ psychiatrist ของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยทุกคนจะได้รับแจก earplug ลดเสียงรบกวน (noise-reducing foam earplug) สำหรับเสียงหูแว่วหรือเสียงทั้งสองข้างตลอดทั้งวัน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่มีการหูแว่ว ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับคำแนะนำให้พูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นวิธีเริ่มต้นในการเบนความสนใจจากเสียง หลังจากนั้นจะเพิ่มวิธี thought stopping สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบนความสนใจจากเสียงแว่วได้ ต่อมาเมื่อพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยไม่สามารถใช้วิธี self-talk อย่างได้ผล ก็ให้เขียนบทความสนใจ โดยการแปลงเสียงอย่างง่าย ๆ เช่น การฟังวิทยุ, ดูโทรทัศน์ และอ่านหนังสือก็ได้ 3. Skill training การฝึกทักษะ Skill training เป็นการจัดการในรูปแบบ instruction และ modeling ตามด้วย in-group practice โดยต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามเทคนิคนี้ได้ รวมทั้งต้องมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยด้วย โดยมีหัวข้อการฝึกทักษะดังนี้ 3.1 Self-talk (การพูดกับตัวเอง) ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้พูดประโยคที่มีความหมายเชิงบวกโดยพูดซ้ำๆ บ่อยๆ ตามข้อความที่จดไว้ในกระดาษที่สามารถนำขึ้นมาดูเมื่อไรก็ได้ ถ้าอยู่เพียงลำพังให้พูดดังๆ และพูดไม่มีเสียงเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้พฤติกรรมการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	3.2 Thought Stopping (การหยุดความคิด) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้กำหนดคำว่า “หยุด” อย่างมั่นคงหนักแน่น เวลาที่หัดบ่นเห็นสายรัดที่ข้อมือ หลังจากนั้นให้ใช้วิธีพูดกับตนเองในทางบวกหรือใช้การเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ ทันที 3.3 Tape-administered thought Stopping (เทปช่วยหยุดความคิด) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดความคิดของตัวเองด้วยวิธี self-talk ก็จะให้ฟังข้อความผ่าน headphone จากเครื่องแบบพกพาได้ ซึ่งข้อความนั้นพูดโดยหัวหน้ากลุ่ม และตัดต่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจากข้อมูลที่เคยสัมภาษณ์ไว้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับข้อความที่พูดถึงตัวเองทางบวก, และการเปลี่ยนไปให้ความสนใจกับ simple distractor หรือกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ เทปนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เมื่อเกิดภาวะหูแว่วอย่างฉับพลัน โดยข้อความแต่ละข้อความจะถูกพูดซ้ำวนไปตลอดความยาวของเทป 90 นาที 3.4 Simple distracter (สิ่งที่ทำให้เบี่ยงเบนความสนใจอย่างง่าย) ได้แก่การฮัมเพลง และการร้องเพลง (ทั้งร้องออกเสียงและร้องในลำคอ) เป็นสิ่งที่แนะนำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้วิธี self-talk และ thought stopping ได้ นอกจากนั้นยังมี simple distracter อื่น ๆ ได้แก่ โพรแทค, วิททู และหนังสือ ซึ่งวิทยุและเครื่องเล่นเทปแบบพกพาค่อนข้างเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่จะใช้ intervention นี้ได้ โดยไม่เป็นจุดเด่นในขณะที่อยู่ในที่สาธารณะ	

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ โดยใช้พฤติกรรมการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
4. Persaud, R., Marks, I./ 1995 - A pilot study of Exposure Control of Chronic Auditory Hallucinations in Schizophrenia	4. Generalization การขยายการใช้งานในวงกว้าง เมื่อผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งสามารถใช้เทคนิคเหล่านี้ได้ผลดี ก็จะได้รับการกระตุ้นให้มาขยายผลในกลุ่ม เพื่อปรับปรุงความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้ ผู้นำกลุ่มต้องมีการปรึกษารื้อกับ case manager และสมาชิกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้ช่วยเสริมแรงการใช้เทคนิคนี้กับผู้ป่วยต่อไป ระยะเวลาเฉลี่ยที่ therapist ใช้บำบัดผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ที่ 31 ชั่วโมง (26 session) ในเวลา 3 เดือน โดยในช่วงเริ่มต้นของการรักษาระยะนัดพบผู้ป่วย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังจากนั้นความถี่จะค่อย ๆ ลดลงมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ ระยะที่ 1 (2 session) ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายว่าการรักษานี้จะช่วยในการควบคุมอาการหูแว่ว ไม่ใช้การกำจัดภาวะหูแว่ว และจะได้รับคำแนะนำถึงหลักการในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น (Marks, 1978) ระยะที่ 2 (3 session) ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ใช้วิธีผ่อนคลายอย่างง่ายของ Jacobsen (1929) เพื่อลดการ avoidance ผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้ผ่อนคลาย เมื่อพวกเขาเริ่มมีอาการกังวลในขณะที่ให้ความสนใจกับอาการหูแว่ว เมื่ออาการวิตกกังวลหายไป ให้ผู้ป่วยให้ความสนใจต่อ	การประเมินผลลัพธ์ - อาการหูแว่ว - ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว - การแยกตัวออกจากสังคม - อาการวิตกกังวล เครื่องมือ ไม่ได้กล่าวไว้ในรายงาน

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	ภาวะหูแว่วอีก และกำจัดความรู้สึกวิตกกังวลออกไป จนกระทั่งพวกเขาทำได้โดยไม่ต้องใช้วิธีผ่อนคลาย ระยะที่ 3 (4 session) ผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยถึงลักษณะของเสียงแว่ว (เช่น ระดับเสียง , ความดัง รวมทั้งความรู้สึกต่อเสียง) มากกว่าจะถามถึงความเชื่อ (ส่วนใหญ่เป็นสิ่งลวง) และแหล่งของเสียง ผู้บำบัดจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเสียงแว่วกับความรู้สึกที่เกิดจากภายนอก ซึ่งเสียงแว่วจะไม่เหมือนเสียงที่มีแหล่งกำเนิดจากภายนอก กล่าวคือ เสียงแว่วจะไม่ลดลงหรือเปลี่ยนทิศทางไม่ว่าผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวไปทางไหน หรือไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในห้องแคบ ๆ ที่ปิดสนิทหรืออยู่กลางแจ้ง หรือแม้ว่าจะอยู่ในห้องที่มีเสียงอื่นก็ตาม ในห้องที่เสียงจากภายนอกก่อให้เกิดเสียงสะท้อน แต่ในห้องเดียวกันนั้น เสียงแว่วจะไม่ก่อให้เกิดเสียงสะท้อน ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกถามเพื่อบันทึกรายการที่คล้ายกันและต่างกันระหว่างรูปแบบของเสียงแว่วที่พวกเขาได้ยินกับเสียงจากภายนอกที่พวกเขาได้ยิน โดยให้เน้นที่รูปแบบมากกว่าเนื้อหาของเสียง เช่น เสียงที่ได้ยินมีลักษณะอย่างไร (ระดับเสียง, ความดัง, ตำแหน่ง) ไม่ใช่เสียงนั้นพูดว่าอะไร หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยพิจารณาใหม่ว่าเสียงที่เขาได้ยินนั้นมีลักษณะเป็นเสียงจากภายใน และย้ำเตือนว่าเสียงที่มีแหล่งกำเนิดจากภายนอกจะคลื่อนี่ส่ด้อยได้ขึ้นด้วย และสามารถบันทึกได้ด้วยเทปบันทึกเสียง	

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและเครื่องมือ เครื่องมือ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและเครื่องมือ	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	ผู้บำบัดต้องไม่โต้เถียงเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย แต่ให้พยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างเสียงแว่วกับเสียงที่มีแหล่งจากภายนอก หลังจากนั้นให้ทดสอบความเข้าใจ โดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบคำถามของผู้บำบัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแยกแยะเสียงแว่วออกจากเสียงอื่นๆ ได้ ก่อนระยะที่ 3 โดยต้องจบระยะที่ 2 ก่อน จึงจะมั่นใจได้ว่าพวกเขาจะเข้าใจว่าเสียงแว่วนั้นมีจุดกำเนิดจากภายใน ระยะที่ 4 (5 session) ผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้หยุดทำอะไรก็ตามที่กำลังทำอยู่ เพื่อจะได้ให้ความสนใจกับเสียงแว่วอย่างเต็มที่ และต้องไม่ทำอะไรมาทำให้พวกเขา ซึ่งในช่วงแรกๆจะเป็นสิ่งที่ทำได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากโดยทั่วไปเสียงแว่วมักจะทำให้ผู้ป่วยตื่นตกใจ ดังนั้นในช่วงแรก พวกเขาจะได้รับคำแนะนำให้สนใจเสียงแว่วเพียงช่วงเวลาสั้นๆ หลังจากให้ค่อยเพิ่มเวลาให้นานขึ้น ในที่สุดผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้มุ่งสนใจเสียงแว่วให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ (จาก 2-3 นาที จนกระทั่งถึงหลายชั่วโมง) โดยให้ฟังลักษณะของเสียงมากกว่าฟังเนื้อหา (ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น) และให้รู้สึกผ่อนคลายเพื่อที่จะได้เพิ่มความสนใจ และตกลงรับการรักษา	

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	ระยะที่ 5 (4 session) ภายใต้การดูแลของผู้บำบัด, ผู้ป่วยจะบันทึกเนื้อหาของเสียงแว่วลงในเทปบันทึกเสียง และให้ฟังเทปนั้น เพื่อเพิ่มช่วงเวลาที่ไม่มีอาการหูแว่วให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ระยะที่ 6 (4 session) เมื่อผู้ป่วยสามารถให้ความสนใจกับเสียงแว่วได้อย่างสมบูรณ์ และฟังการพรรณนาจากเทพจนหมดโดยมีอาการวิตกกังวลน้อยลง ผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้ผู้ป่วยเข้าอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยเคยหลีกเลี่ยงมาก่อน เพื่อปลดปล่อยการหูแว่วให้เกิดขึ้น และเมื่ออาการหูแว่วหายไปก็ให้ลุกขึ้นยืนมาอีก เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ ผู้บำบัดจะค้นหาความแตกต่างที่ยังหลงเหลืออยู่ระหว่างเสียงแว่วโดยธรรมชาติ หรือเสียงแว่วที่เกิดขึ้นจากตัวเอง และเมื่อความแตกต่างปรากฏขึ้นก็จะถูกใช้เพื่อปรับปรุงความพยายามของผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดเสียงแว่ว จนกระทั่งรู้สึกว่าป็นธรรมชาติโดยสมบูรณ์ ระยะที่ 7 (4 session) ผู้ป่วยทำให้เกิดเสียงแว่วตามแบบที่ทำเป็นประจำ หลังจากนั้นก็นำออกไป โดยให้เพิ่มความถี่ขึ้น ท้ายที่สุดก็สามารถทำได้โดยไม่ใช้เทปเสียง จนกระทั่งพวกเขาสามารถทำให้มันเกิดขึ้นและหยุดมันได้โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์อะไร เหมือนกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆก็ได้	

ตารางที่ 5 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	เมื่อสิ้นสุดของแต่ละระยะ (ค่าเฉลี่ย 4 ½ session ต่อ 1 ระยะ) ผู้ป่วยจะใช้เวลากับเสียงแว่วต่อวัน, อาการวิตกกังวลที่เกิดจากเสียงแว่ว, การควบคุมการรับรู้ที่มีต่อเสียงแว่ว,และกิจกรรมทางสังคม ตามสเกลที่กำหนดไว้ 9 จุด	

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่ากระบวนการและเทคนิคที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management) มีขั้นตอนและกระบวนการของการทำกิจกรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละกิจกรรม ส่วนระยะเวลาและความถี่ของการทำกิจกรรมพบว่ามีระยะเวลาและความถี่แตกต่างกันไป อยู่ระหว่าง 10 - 31 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลา 10 ครั้ง จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002 ; Buccheri et al. , 2004) โดยใช้เวลารั้งละ 50 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3.5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเรื่องการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 เรื่อง พบว่าเครื่องมือในการดำเนินการศึกษาการจัดการอาการหูแว่วได้ดังนี้

3.5.1. The Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) เป็นข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยรวบรวมและดัดแปลงมาจากนักวิชาการคนอื่น ๆ (เช่น Husting & Hafnes, 1990; Allen et al, 1995 เป็นต้น) จำนวน 1 เรื่อง (Trygstad et al., 2002)

3.5.2. The Tension-Anxiety subscale of the Profile of Mood States (POMS) เป็นแบบวัดความเครียด วิตกกังวล และสภาวะอารมณ์ จำนวน 1 เรื่อง (Trygstad et al., 2002)

3.5.3. The Beck Depression Inventory, second edition (BDI-II) เป็นการวัดค่าคะแนนความซึมเศร้า เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความซึมเศร้าสูง BDI-II จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002; Buccheri et al. , 2004)

3.5.4. Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) เพื่อประเมินลักษณะอาการหูแว่วใน 24 ชั่วโมง จำนวน 1 เรื่อง (Buccheri et al. , 2004)

3.5.5. Symptom Management Log. เป็นเครื่องมือช่วยเตือนความจำให้ผู้ป่วยปฏิบัติวิธีการจัดการกับอาการ 2 ครั้งต่อวัน จำนวน 1 เรื่อง (Buccheri et al. , 2004)

3.5.6. Profile of Mood States (POMS) เป็นแบบประเมินเพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป จำนวน 1 เรื่อง (Buccheri et al. , 2004)

และบางเรื่องไม่ได้ระบุไว้ในรายงานว่าใช้เครื่องมือใดในการประเมิน แต่ประเมินจากการตอบสนองต่อการรักษาโดยดูจากการรายงานด้วยคำพูด, การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม, และรายงานที่ได้จาก case manager และ psychiatrist ของผู้ป่วย จำนวน 1 เรื่อง (Lawrence M. Perlman, Bruce A. Hubbard., 2000) และอีก 1 เรื่อง ไม่ได้ระบุชื่อเครื่องมือไว้ในรายงาน แต่การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแต่ละระยะของการดำเนินกิจกรรม ประเมินผลจาก คะแนนอาการเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลลดลงและความรู้สึกสามารถควบคุมอาการหูแว่ว ช่วงเวลาที่มี

อาการหูแว่ว รวมทั้งการแยกตัวออกจากสังคม และรายงานผลเป็นรายกรณี (Persaud & Marks, 1995)

3.6. ผลลัพธ์

- ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สมาชิกกลุ่ม 7 คน จาก 9 คน บอกว่าสามารถผนวก self-control skill เข้ากับ lifestyle ของพวกเขาได้อย่างดี และได้ประโยชน์จากการฝึกทักษะดังกล่าวอย่างมาก ส่วนสมาชิกกลุ่ม 2 คนที่ปรากฏว่าอาการไม่ดีขึ้นเลยนั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนำเทคนิคใดๆ มาใช้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย 1 คน มีความเชื่อผิด ๆ อย่างมาก จนไม่สามารถยอมรับหลักการและเหตุผลของการรักษาได้ ส่วนผู้ป่วยคนที่สองเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยที่สุด อาจเป็นเพราะในอดีตขาดการบำบัดใน day center group เป็นเวลาติดต่อกันหลายปี พบว่าไม่มีเทคนิคใดเทคนิคเดียวที่จะช่วยสมาชิกกลุ่มได้ทุกคน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบว่าต้องใช้ทักษะต่าง ๆ ผสมผสานกันจึงจะได้ผล การใช้ simple distracter ได้แก่ การฮัมเพลง, การร้องเพลง และการฟังวิทยุ เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย จากจำนวนผู้ป่วย 9 คน ที่ต้องใช้ simple distracter พบว่ามีเพียง 1 คนที่ใช้ไม่ได้ผล นอกจากนี้มีรายงานการใช้ noise-reducing earplug เสียบไว้ที่หู จากผู้ป่วย 5 ใน 9 คนที่ใช้ได้ผล ผู้ป่วย 4 ใน 9 คนพบว่าวิธี self-talk เป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้แล้วได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับเสียงที่ได้ยิน และเหมือนคนที่มีอำนาจในการควบคุมตนเอง มีผู้ป่วย 2 ราย บอกว่าอาการ anxiety ที่เกิดจากการเผชิญกับเสียงที่ได้ยินจะถูกเบี่ยงเบนไปด้วยการใช้เทคนิคนี้ thought stopping เป็นวิธีที่ถูกนำมาใช้ได้น้อยครั้งที่สุด อาจเป็นเพราะว่าเป็นวิธีที่ยากที่สุดที่ผู้ป่วยจะใช้ได้ด้วยตนเอง จากผู้ป่วยจำนวน 8 คนที่ใช้วิธี thought stopping พบว่ามีเพียง 2 คนเท่านั้นที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่ใช้วิธี thought stopping จากการฟังเสียงพูดจากเทปแล้วได้ผล พบว่า 2 คนไม่สามารถใช้เทคนิคนี้ได้ด้วยตนเอง และ thought stopping ได้ผลดีมากกว่าผู้ป่วยอีกคนหนึ่งที่เคยใช้ทั้ง earplug และ simple distraction มาก่อนแล้วไม่ได้ผล จึงได้เปลี่ยนมาใช้ในการฟังเทปทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการเสริมแรงจากการใช้เทคนิคนี้ และพบว่า level of functioning (ระดับของการปฏิบัติหน้าที่) มีความสัมพันธ์กับทักษะที่ผู้ป่วยแต่ละคนนำมาใช้ฝึกปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับ lower functioning จะชอบใช้วิธีแบบ passive และ nonverbal procedure (แบบเชิงรับ และไม่ใช้คำพูด) เช่น ใช้ noise-reducing earplug , ฟังวิทยุ , และฮัมเพลง แต่ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับ higher-functioning จะชอบวิธีที่ใช้คำพูดในการเบี่ยงเบนมากกว่า (Lawrence et al., 2000)

- **ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว** เมื่อมีการติดตามผลทันทีหลังการเข้าร่วมอบรมทันที พบว่ารู้สึกสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น นอกจากนี้ช่วงเวลาที่มียาอาการหูแว่วก็ลดลง รวมทั้งการแยกตัวออกจากสังคมลดลง (Persaud & Marks, 1995) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยของความดังของเสียงแว่ว (loudness) ที่พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .072$) (Trygstad et al., 2002) มี 1 เรื่อง ที่มีการประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9, 12 โดยการเทียบกับช่วง baseline (Buccheri et al., 2004) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3 พบว่า ความถี่ (frequency), ความสามารถในการควบคุมตนเอง (self – control), ความชัดเจน (clarity) ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .04$ และ $p < .029$ ตามลำดับ) ส่วน ความดัง (Loudness), น้ำเสียง (Tone), ทำให้วอกแวก (Distractibility), ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามประเมินผลเดือนที่ 6 พบว่า ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$, $p < .01$, $p < .001$ และ $p < .027$ ตามลำดับ) ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามประเมินผลเดือนที่ 9 พบว่า ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .04$, $p < .003$, $p < .002$ และ $p < .028$ ตามลำดับ) ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามประเมินผลเดือนที่ 12 พบว่า ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .012$, $p < .008$, $p < .001$ และ $p < .017$ ตามลำดับ) ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri et al., 2004)

- **ด้านความวิตกกังวล** พบว่าอาการวิตกกังวลลดลง (Persaud & Marks, 1995) โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 (Trygstad et al., 2002) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$, $p < .041$ และ $p < .018$ ตามลำดับ) ส่วนเดือนที่ 12 พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri et al., 2004)

- **ด้านความซึมเศร้า** พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Trygstad, et al., 2002) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9, 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri et al., 2004)

4. การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training)

4.1. ผู้ให้การบำบัด

จากการศึกษา พบว่าผู้ให้การบำบัดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นแพทย์

4.2 ผู้รับการบำบัด

พบว่าผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในที่อยู่แบบ long-term และได้รับการฟื้นฟูด้านพฤติกรรม (behavioral rehabilitation) ด้วยวิธีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning procedures) และมีอาการหูแว่ว

4.3 สถานที่ให้การบำบัด

พบว่าสถานที่ให้การบำบัดโรงพยาบาล New York Presbyterian Hospital แผนกผู้ป่วยใน โดยเป็นห้องที่มีลักษณะความเป็นส่วนตัว สงบ เหมาะแก่การทำกลุ่ม

4.4 ลักษณะกิจกรรม

ลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) แสดงรูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังแสดงในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 6 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาวิจัย/ ปี/ ชื่องานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลสัมฤทธิ์และเครื่องมือที่ใช้
1. Hatahita-Wong M., Silverstein, S. M./ 2003 - Coping with voices: Selective attention training for persistent auditory hallucinations in treatment refractory schizophrenia	ใช้ระยะเวลาทั้งหมด จำนวน 25 session ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นแพทย์ โดยเป็นกิจกรรมการฟัง (listening task) และบันทึกความก้าวหน้าไปเรื่อยๆ ในแต่ละครั้งจะเพิ่มความยากขึ้น โดยการเพิ่ม additional track มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ - หลังให้ผู้ผู้ป่วยฟังเสียงในแต่ละ session แพทย์จะเปรียบเทียบการตอบสนองของผู้ป่วยแสดงออกมา โดยการตอบใบกระดาษคำตอบที่เขียนจำนวนทั้งหมดจากทุก track ตามลำดับ ซึ่งอาจใช้ track ที่เป็นเสียงพูดบาง track เป็น target track ก็ได้ และอาจจะเริ่ม session ที่ช่วงไหนของเทปก็ได้ - ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยทำไม่ถูกต้อง ให้บันทึกในรายการว่าผิดที่ตรงจุดไหน และให้ feedback ภาพรวมของการทำกิจกรรมทั้งหมดหลังจากแต่ละ session ซึ่ง session หนึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที - หลังจากเริ่ม dichotic listening exercise เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ไม่ผิดพลาดเลยจากการฟัง single track ภายใน 2 session การ training ที่จัดรูปแบบไว้ต่อมามีดังนี้	การประเมินผลสัมฤทธิ์และเครื่องมือที่ใช้ การประเมินผลสัมฤทธิ์ - อาการหูแว่ว เครื่องมือ ใช้เทปบันทึกเสียง Tascam Porta-03 ที่มี 4 track โดยเป็น target track เพียง 1 track ส่วนที่เหลืออีก 3 track เป็น distractor การบันทึกเสียงแต่ละ track นั้นทำอย่างง่าย โดยขั้นตอนแรก ใช้เครื่องให้จังหวะ Roland TR-707 เคาะจังหวะในอัตรา 22 ครั้งต่อนาที และบันทึกลงในเทปบันทึกเสียง track ที่ 1 ส่วนอีก 3 track ให้บันทึกเสียงคนพูด โดยให้ staff อ่านจำนวนจากตารางเลขสุ่มให้ตรงกับจังหวะ (ที่ได้ยินจาก earphone เท่านั้น) เพื่อให้แน่ใจว่าเสียงจังหวะจะไม่ไปทับกับ

ตารางที่ 6 รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือ ผลลัพธ์ โดยใช้ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Attentional training) ในการจัดการอาการหว่วในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ผู้ศึกษาวิจัย/ปี/ห้องงานวิจัย	กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด ระยะเวลาและความถี่	การประเมินผลลัพธ์และเครื่องมือที่ใช้
	1) พิจารณากำหนดจากการตัดสินใจทางคลินิก โดยดูจากการแสดงออกของผู้ป่วย และระดับ anxiety ของผู้ป่วย 2) เมื่อฟัง track ใหม่ แล้วมีการพัฒนาขึ้น โดยเมื่อแทบจะไม่มีข้อผิดพลาดเลย (ผิดพลาดน้อยกว่า 10 ครั้งต่อ session) ก็ให้ย้าย distractor sound ไปที่ target ear โดยใช้การเพิ่มทีละน้อย ซึ่งการปฏิบัติแบบนี้เป็นการฝึกที่เพิ่มเข้ามาเพื่อฝึกความสนใจในการเลือกรับเสียงที่เกี่ยวข้อง (relevant information) - นอกจากนี้ยังมีการให้การบ้าน เพื่อพัฒนาให้มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการอยู่ได้อย่างปกติในสิ่งแวดล้อมทั่วไป โดยให้ผู้ป่วยได้เลือก distraction technique ของตัวเอง ที่จะนำไปใช้เมื่อใดก็ตามเมื่อรู้สึกว้าวุ่นกว่าภาวะหว่วแล้วเริ่มคุกคามกิจวัตรประจำวันของเขา หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม dichotic listening ให้ผู้ป่วยบันทึกตามกลวิธีทางเลือกเหล่านี้ลงในกระดานบันทึก daily homework เช่น การพูดคุยกับเพื่อน การนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม และการฟังเพลงจากเครื่องเล่นแบบพกพา และมีเทปเฉพาะ โดยเป็นเทปที่มีเสียง target stimuli ที่หูข้างหนึ่ง ส่วนที่หูอีกข้างหนึ่งจะเป็นเสียงเพลงปกติ ซึ่งเทปแบบ two-track tape นี้ สามารถเปิดฟังกับเครื่องเล่นเทปแบบพกพาเครื่องใดก็ได้	เสียงพูด ขั้นตอนสุดท้าย ให้บันทึกเสียง sound effect (ซึ่งหาซื้อได้ในราคาถูก ไม่แพงที่ร้านขายเพลง) ลงไปบน tract ที่บันทึกเสียงเคาะจังหวะ

4.2 เครื่องมือ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเรื่องการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เทปบันทึกเสียง Tascam Porta-03 ที่มี 4 track โดยเป็น target track เพียง 1 track ส่วนที่เหลืออีก 3 track เป็น distractor ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมืออย่างง่ายเอง โดยการบันทึกเสียงแต่ละ track นั้นทำอย่างง่าย ๆ โดยขั้นตอนแรกใช้เครื่องให้จังหวะ Roland TR-707 เาะจังหวะในอัตรา 22 ครั้งต่อนาที และบันทึกลงในเทปบันทึกเสียง track ที่ 1 ส่วนอีก 3 track ให้บันทึกเสียงคนพูด โดยให้ staff อ่านจำนวนจากตารางเลขสุ่มให้ตรงกับจังหวะ (ที่ได้ยินจาก earphone เท่านั้น เพื่อให้แน่ใจว่าเสียงจังหวะ จะไม่ไปทับกับเสียงพูด) ขั้นตอนสุดท้ายให้บันทึกเสียง sound effect (ซึ่งหาซื้อได้ในราคาไม่แพงที่ร้านขายเพลง) ลงไปบน track ที่บันทึกเสียงเาะจังหวะ

4.3 ผลลัพธ์

- ด้านอาการหูแว่ว พบว่า อาการหูแว่วลดลง โดยผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการไม่ใส่ใจกับอาการหูแว่วของเขา จนเป็นอิสระจากอาการหูแว่วโดยสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนได้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา และพบว่าเขายังมีการพัฒนา social skill เพิ่มขึ้นด้วย จากเมื่อก่อนหน้าที่เขามีอาการวิตกกังวล นิ่งนิ่ง(freezing) ไม่ตอบคำถาม เจ็บ และ มองออกไปข้างนอก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ด้านผู้ให้การบำบัดพบว่าทุกทฤษฎีเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนการบำบัดด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้บำบัดต้องได้รับการอบรมด้านการบำบัดความคิดพฤติกรรม การบำบัดโดยใช้ทฤษฎีการฝึกเลือกสนใจผู้บำบัดเป็นจิตแพทย์ ด้านสถานที่ในการบำบัดทุกทฤษฎีมีการบำบัดทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ด้านการวัดผลลัพธ์ พบว่าทุกทฤษฎีมีการวัดผลลัพธ์ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ส่วนการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรมมีการวัดผลลัพธ์ทางจิตสังคมด้วย เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหวัดในผู้ป่วยจิตเภท ในส่วนการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาแบ่งการอภิปรายผลเป็นดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ
2. ประสิทธิภาพของการจัดการอาการหวัดในผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์จำนวน 19 เรื่อง เมื่อนำวรรณกรรมดังกล่าวที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (England, 2007; McLeod, Morris & Birchwood, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan, & Penn, 2004; Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze & Fannon, et al., 2005) อยู่ในระดับ B จำนวน 13 เรื่อง (จุรจิต ชุมถาวร, อรณลิน สิงขรณ์, นันทนา ทองด้วง และปดดา เหมโลหะ, 2551; ัญฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550; ชิดารัตน์ คะฉิงเพียร, 2548; นฤมล สุริยะ, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550; พรรณภา แสงส่อง, 2549; Buccheri, Trystad, Dowling, Hopkins & White, et al., 2004; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin & Klainin, 2007; Perlman, & Hubbard, 2000; Trystad, Buccheri, Dowling, Zind & White, et al., 2002) กรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995) ทั้งหมดเป็นวรรณกรรมที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 7 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 12 เรื่อง โดยที่วรรณกรรมทั้ง 19 เรื่องนี้เป็นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหวัดในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และมีจำนวนเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

ประสิทธิผลของการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า รูปแบบทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดและผลลัพธ์ของการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่นำมาศึกษา ถึงแม้มีพื้นฐานทฤษฎีต่างกัน แต่ก็ให้ผลลัพธ์ เช่นเดียวกันคือช่วยให้ผู้รับการบำบัดอาการหูแว่วลดลงทั้ง 19 เรื่อง การบำบัดแต่ละรูปแบบให้ผลลัพธ์ที่ดีแตกต่างกันไป ซึ่งจากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้สามารถจัดกลุ่มตามรูปแบบการบำบัดได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ประสิทธิผลของการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) 2) ประสิทธิผลของการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) 3) ประสิทธิผลของการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) 4) ประสิทธิผลของการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) โดยที่ประสิทธิผลการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรูปแบบ มีดังนี้

1. ประสิทธิผลการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management)

จากผลการศึกษางานวิจัย พบว่ามีประสิทธิผลด้านต่างๆดังนี้

- **ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว** จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง พบว่ามีการประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว จำนวน 6 เรื่อง (ณัฐฐาภรณ์ เป้าเรื่อง, 2550; ชิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร, 2548; นฤมล สุริยะ, 2550; 2549; ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550; พรรณภา แสงส่อง, 2549; Kanungpairn et al., 2006) โดยศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 5 เรื่อง (ณัฐฐาภรณ์ เป้าเรื่อง, 2550; ชิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร, 2548; นฤมล สุริยะ, 2550; 2549; ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550; พรรณภา แสงส่อง, 2549) มีเพียง 1 เรื่องที่มีการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก (Kanungpairn et al., 2006) เมื่อมีการติดตามผลทันทีหลังการเข้าร่วมอบรมทันที พบว่าค่าเฉลี่ยลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร, 2548; นฤมล สุริยะ, 2550; 2549; พรรณภา แสงส่อง, 2549; Kanungpairn et al., 2006) และมี 1 การศึกษาที่มีได้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์แต่เปรียบเทียบเทียบโดยใช้การวัดเป็นระดับค่าคะแนน (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) พบว่า ลักษณะอาการหูแว่วเหมือนเดิม แต่ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ เมื่อประเมินผลหลังการอบรมซ้ำ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบว่าระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ความรู้สึกถูกรบกวน ความรู้สึกรำคาญจากอาการหูแว่วและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) โดยลักษณะ

กิจกรรมส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ โดยแต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาห่างกัน 2-3 วัน โดยพบว่ากิจกรรมหลักที่ใช้มากที่สุดได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา และประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย การสอนกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว โดยกลยุทธ์ที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ เทคนิคการเตือนตนเอง การฝึกทักษะการจัดการด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย การจัดการอาการหูแว่วด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจ การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาและการหลีกเลี่ยงสารเสพติด และเทคนิคการหยุดความคิดด้วยการหยุดความคิดด้วยการพูดคำว่า “หยุด” มี 1 การศึกษาที่มีการเพิ่มกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่วอีก 3 กิจกรรม เป็น 9 กิจกรรม แต่ก็เป็นการสอนกลยุทธ์ในลักษณะของการเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงที่ได้ยินเช่นกัน (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) ซึ่งช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการหูแว่วภายในกลุ่มโดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ และการนำกลยุทธ์ต่างๆ ไปฝึกปฏิบัติ จะเห็นว่าการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ ช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ทั้งในการศึกษาในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก เนื่องจากระยะเวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างสั้น แต่ในการศึกษาไม่มีการประเมินผลในระยะยาว ทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผลการศึกษามีความยั่งยืนหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนระยะเวลานาน และไม่มีการวัดผลลัพธ์ทางจิตสังคมด้านอื่นๆ เช่น ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า หรือด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

- ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว พบว่ามีการศึกษา 3 เรื่องที่มีการประเมินกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทั้ง 3 เรื่อง (ณัฐฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550; นฤมล สุริยะ, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมให้กับตนเองได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีวิธีในการจัดการอาการหูแว่วอยู่แล้ว หลังเข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการที่ใหม่ และสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหูแว่วใหม่ที่เหมาะสมให้กับตนเองได้ทั้ง 3 การศึกษา (ณัฐฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550; นฤมล สุริยะ, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) โดยการประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ทั้ง 3 เรื่อง พบว่ากลยุทธ์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดจากการประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 1 สัปดาห์ คือ การพูดคุยกับคนอื่น รองลงมาคือ การดูโทรทัศน์ และเทคนิคผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ (ณัฐฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550) มีเพียง 1 การศึกษาที่มีการประเมินผลซ้ำ 1 เดือน (ผ่องศรี เหล่าทะนันทน์, 2550) ซึ่งเป็นการประเมินผล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน พบว่าวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ รองลงมาคือ การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน และวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้น้อยที่สุดคือ การอ่านออกเสียงดัง จากการศึกษาพบว่าทุกการศึกษาเป็นการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงอาจมีการใช้เทคนิคการพูดคุยกับคนอื่นเนื่องจากมีเพื่อนในหอผู้ป่วย แต่เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน กลยุทธ์ที่ผู้ป่วย

เลือกใช้มักใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วโดยลำพังเพียงคนเดียว อาจเป็นจากตราบาป (stigma) ที่ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2547) จึงมีการใช้การจัดการกับอาการหูแว่วโดยไม่ใช้ผู้อื่นมีส่วนร่วม และวิธีที่ผู้ป่วยใช้น้อยที่สุด คือ การอ่านออกเสียงดังอาจมาบริบทของสังคมชนบท และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำและส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการจัดการอาการหูแว่วที่นำมาใช้อยู่ในปัจจุบันนั้น กิจกรรมบางอย่างอาจเหมาะสมกับบริบทในต่างประเทศแต่อาจไม่เหมาะสมกับบริบทของไทยบางกลุ่ม ดังนั้นก่อนนำมาใช้ในสังคมไทยควรมีการศึกษาทบทวนเพื่อปรับลักษณะกลยุทธ์ให้เหมาะสมในแต่ละบริบท อย่างไรก็ตามในทุกการศึกษาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมในการจัดการอาการหูแว่วแก่บุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพจิตในชุมชน เนื่องจากพบว่าแม้ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตดีขึ้น สามารถกลับอยู่ในชุมชนได้และยังคงรับประทานยาต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยมักยังคงมีอาการหูแว่วคงอยู่ จะเห็นว่าเป็นการบั่นทอนพื้นฐานทฤษฎีการจัดการอาการ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ในการจัดการอาการ (Symptom outcome) ในการนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจะช่วยให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สามารถประเมินเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการของผู้รับบริการได้ ส่วนกลยุทธ์ในการจัดการอาการเป็นกระบวนการของบุคคลในการจัดการหรือควบคุมอาการอาจได้มาจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยหรือจากการเรียนรู้ใหม่ พยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการเจ็บป่วย ไม่ใช่เรื่องจริง และให้ความมั่นใจว่าพยาบาล ทีมการรักษา และครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดการกับอาการจะประสบความสำเร็จจึงต้องอาศัยความร่วมมืออันดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ระบบการดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดีและประสบความสำเร็จได้ (Dodd M. et al, 2001)

- ด้านพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีการศึกษา 1 เรื่อง ที่มีได้มีการวัดความทุกข์ ระดับความรุนแรงของอาการหูแว่ว แต่เป็นการวัดพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท (จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551) โดยเป็นการศึกษาที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551) แสดงว่าผลของการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสามารถเพิ่ม

ความสามารถด้านพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมสถานการณ์ และพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง และพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ จึงถือว่าเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจทางหนึ่ง (Gibson, 1995)

- ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วและความรู้สึกรบกวน และความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว พบว่ามีการศึกษา 1 เรื่อง (ณัฐภรณ์ เบ้าเรือง, 2550) เป็นการศึกษาที่มีเฉพาะกลุ่มทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม หลังจากดำเนินกิจกรรมพบระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกรบกวน ความรู้สึกรำคาญจากอาการหูแว่วลดลง และความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลง จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง พบว่ามีการศึกษานี้เท่านั้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วและความรู้สึกรบกวน และความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว โดยวัดด้วยแบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) ที่พัฒนาโดย Buccheri et al. (2004) ลักษณะกิจกรรมของการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น คือ มีการนำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษา โรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น โดยใช้เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) เป็นพื้นฐานในการบำบัด แต่กิจกรรมอื่นมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกับการศึกษาอื่น เช่น การสอนกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว และการฝึกปฏิบัติ การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมมาจากความเชื่อที่ว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการขยายความเกินจริง หรืออาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเครียด และหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา การบำบัดแบบเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเกี่ยวข้องกันอย่างไร (กรมสุขภาพจิต, 2552) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดจัดการกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่ทำให้เครียดหรือทุกข์ทรมานได้ เช่น การจัดการกับเสียงที่ได้ยิน จึงอาจกล่าวได้ว่า การประเมินและแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยใช้เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) ร่วมกับการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับความเชื่อของลักษณะของอาการหูแว่วที่ถูกต้องขึ้น จึงสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น จัดการอาการหูแว่วได้ดีขึ้น ความรู้สึกรบกวน ความรู้สึกรำคาญจากอาการหูแว่วลดลง และความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ เพิ่มกลยุทธ์ในการ

จัดการอาการหูแว่ว เพิ่มพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท และเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วและความรู้สึกลึกถูกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วได้ด้วย จึงเหมาะแก่การนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ควบคุมตนเองจากอาการหูแว่วได้น้อยและมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว

2. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม ทฤษฎี (Cognitive Behavioral Therapy [CBT])

จากผลการศึกษางานวิจัย 7 เรื่อง จาก 19 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม พบว่าเป็นการศึกษาในต่างประเทศโดยที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก จำนวน 4 เรื่อง (England, 2007; Newton, et al., 2005; Wiersma, et al., 2001; Wykes, et al., 2005) ผู้ป่วยใน จำนวน 2 เรื่อง (McLeod, et al., 2007; Pinkam, et al., 2004) ศึกษาทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (Wykes, et al., 1999) ประสิทธิภาพของการศึกษา 7 เรื่องนี้ แบ่งเป็นประเด็นต่างๆดังนี้

1) ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว

จากการศึกษาพบว่า มีการวัดผลลัพธ์ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว จำนวน 2 เรื่อง (Wykes, et al., 2005; Wykes, et al., 1999) เป็นการศึกษาในระดับ A 1 เรื่อง (Wykes, et al., 2005) และระดับ B 1 เรื่อง (Wykes, et al., 1999) เป็นการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (Wykes, et al., 2005) และศึกษาทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (Wykes, et al., 1999) โดยวัดเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกลยุทธ์การปรับตัว พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกลยุทธ์การปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับ 8 เป็น 10.5 (Wykes, et al., 2005) และพบว่าการบำบัดกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ หรือ การฟังเพลง ซึ่งผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่ว่าได้ประโยชน์น้อย หลังจากการบำบัดพบว่าการเลือกใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธี เช่น การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับคนอื่น เป็นต้น และพบว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการอาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้น (baseline 73%, pre-treatment 54%, post-treatment 92%, Follow-up 78%) (Wykes, et al., 1999) จากการศึกษาค้นพบว่าเป็นการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยรักษาทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จะเห็นว่ากลยุทธ์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้ทั้งขณะที่ผู้ป่วยรักษาทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้ก่อนได้รับกิจกรรมมักใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วโดยลำพังเพียงคนเดียว อาจเป็นจากบริบทของวัฒนธรรมต่างประเทศ ที่มีวิถีชีวิตที่มีความเป็นส่วนตัวค่อนข้างสูง จึงมีการใช้การจัดการกับอาการหูแว่วโดยไม่ใช้ผู้อื่นมีส่วนร่วม แต่หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการเลือกใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธีขึ้น และพบว่ามีประสิทธิภาพใน

การจัดการอาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom Experience) ที่ดีขึ้นหลังจากทดลองใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายที่บุคคลเลือกใช้ (Larson et al., 1994)

2) **ด้านอาการหูแว่ว:** จากวิเคราะห์การศึกษา 7 เรื่อง ประสิทธิผลด้านอาการหูแว่วนั้นแต่ละการศึกษาล้ายและต่างกัน ดังนี้

- **ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว:** การศึกษา 2 เรื่อง (Wiersma et al., 2001; Wykes et al., 2005) ซึ่งศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีการศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง โดยเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด 2 ปี และ 4 ปี พบว่าผู้ป่วย 7 ราย (18%) ไม่มีอาการหูแว่วเมื่อติดตามผลการรักษาครบ 4 ปี ในการติดตามผลการรักษา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 ยังคงมีอาการหูแว่ว แต่จำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้งการเกิดเสียงแว่วและระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiersma, et al., 2001) ส่วนอีกการศึกษาหนึ่ง พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่คะแนนช่วงหลังได้รับ treatment ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว ก่อนทดลองหลังทดลอง ติดตามผลการรักษาของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wykes, et al., 2005)

จากการศึกษาของ Wiersma, et al. (2001) พบว่าโปรแกรมเป็นการบำบัดเป็นการผสมผสานแนวคิดของ Medication control and Advice, Psychoeducation, Supportive Counseling, CBT, Coping strategies นัดผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มและใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาการบำบัดอยู่ระหว่าง 1-32 เดือน (เฉลี่ย 12 เดือน) จำนวนครั้งการนัดพบ 2-51 ครั้ง (เฉลี่ย 15 ครั้ง) และติดตามผลหลังเริ่มการรักษา 2 และ 4 ปี ซึ่งมีวิธีรายละเอียดดังนี้

1. ปรับความเชื่อที่ผิดจากความเป็นจริง โดยให้เหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการพูดแบบเผชิญโดยตรง (confrontation) หากการอภิปรายและให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานยิ่งขึ้นให้หยุด และเริ่มใหม่อย่างระมัดระวังในครั้งต่อไป

2. การผ่อนคลายและการจัดการกับความวิตกกังวล เพื่อลดความวิตกกังวลที่อาจทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น

3. อธิบายปรากฏการณ์เกิดอาการประสาทหลอน สร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้ยินเสียงตามที่ผู้ป่วยบอก และอธิบายให้เข้าใจว่าเสียงแว่วเป็นลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วย คนอื่นจึงไม่ได้ยิน

4. มอบหมายการบ้าน (home work) เช่น ผู้ป่วยที่ได้ยินเสียงแว่วเกี่ยวกับศาสนาให้ผู้ป่วยมาสนทนากับอนุศาสนาจารย์ในโรงพยาบาล การบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความผิดปกติของความคิด บันทึกประจำวันนี้จะถูกใช้ทดสอบความเชื่อที่ผิดปกติ จำนวนครั้งการเกิดอาการและรูปแบบของการเกิดอาการ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการ

จึงเห็นได้ว่าการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จากการรวบรวมงานวิจัยเป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการรักษาโดยการผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม สามารถช่วยลดลักษณะอาการหูแว่วได้ และสามารถช่วยลดอาการหูแว่วได้ระยะเวลานานหลายปี เนื่องจากในทางจิตเวชเชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ดังนั้นการแก้ไขโดยการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เข้าใจโรคและเข้าใจตนเองมากขึ้น และเชื่อว่าถ้าหากแก้ไขระดับความเชื่อได้ก็จะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทน (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้พบว่ากิจกรรมของกลุ่มบำบัดระยะยาวที่ได้ผล เพราะมีการสนับสนุนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีความเชื่อที่เกี่ยวกับศาสนาก็มีการให้ผู้ป่วยมาสนทนากับอนุศาสนาจารย์ในโรงพยาบาล เพื่อปรับความคิดที่ถูกต้อง ดังนั้นการนำไปใช้ควรมีการฝึกปฏิบัติจนผู้ป่วยสามารถจัดการได้อย่างได้ผลก่อนสิ้นสุดกิจกรรมและควรมีการเน้นเกี่ยวกับการปรับความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วยในแต่ละรายให้ชัดเจน กรณีที่ผู้ป่วยความเชื่อที่ฝังแน่นถ้าไม่ได้รับการปรับความเชื่อที่ดีพอ อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีความเชื่อที่ผิดได้อีก เพราะฉะนั้นผู้บำบัดควรมีกลยุทธ์ในการปรับความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสม ผู้บำบัดต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการบำบัดแบบ CBT เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดแบบ CBT ผู้รับการบำบัดควรมีอาการทางจิตที่อยู่ระดับดีพอควร ต้องมีความจำหรือการรับรู้ที่ดี เพราะต้องอาศัยกระบวนการบำบัดการปรับความคิด เช่น ผู้ป่วยนอก ถ้าจะมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยในต้องมีการประเมินระดับอาการทางจิตที่อยู่ในระดับดี และสำหรับประเทศไทยการบำบัดสำหรับผู้ป่วยในอย่างเดียวอาจทำได้ลำบาก เนื่องจากระยะกิจกรรมค่อนข้างนาน และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด ดังนั้นการนำไปใช้ในผู้ป่วยนอกจึงน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า หรือผสมผสานระหว่างผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและบำบัดต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

- คะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Rating Scale : PSYRATS) มีการศึกษา 3 เรื่อง (Pinkam, et al., 2004; Newton, et al., 2005; Wykes, et al., 1999) เมื่อศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่วจากการวัดแต่ละวิธีภายหลังการบำบัด พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pinkam, et al., 2004) และอีกการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง waiting period พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.12$) แต่เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง treatment period (weeks 6 – 12) และ follow-up period (week 24) พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ PSYRATS ในช่วง treatment period เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงช่วง Follow-up ส่วนการศึกษาสุดท้าย (Wykes, T., et al., 1999) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่วประกอบด้วย อำนาจของเสียง (ownership) การควบคุมเสียง การรับรู้อำนาจของเสียง ระดับความทุกข์ทรมาน (amount of distress) ความรุนแรงของความทุกข์ทรมาน ลักษณะอาการหูแว่ว (ระยะเวลา ความดัง ความบ่อย แหล่งเกิดเสียง) การรบกวนจากเสียง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ baseline และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดสอบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของการให้ intervention ด้านลักษณะอาการหูแว่ว (PSYRATS) พบว่ากลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session หลังได้รับ intervention ค่าเฉลี่ยลักษณะอาการหูแว่วลดลงจาก 25.4(6.31) เป็น 21.8(4.15) ส่วนกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่า หลังได้รับ intervention ค่าเฉลี่ยลักษณะอาการหูแว่วลดลงจาก 27.4 (5.98) เป็น 22.4 (8.56) (Pinkam, A.E., et al., 2004) จากผลการศึกษา จึงอาจกล่าวได้ว่าการบำบัดแบบ CBT ช่วยลดคะแนนเฉลี่ยอาการหูแว่ว และเมื่อมีการติดตามผลในระยะเวลานาน (Follow up) สามารถให้ผลได้ดี แม้ว่าจะมีบางการศึกษาที่ลักษณะอาการทางคลินิกไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเกิดจากแม้ว่าอาการเฉลี่ยของอาการหูแว่วจะลดลง แต่ทุกครั้งที่ยังคงมีอาการหูแว่วผู้ป่วยอาจยังมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว การรับรู้ความดังของเสียง การทำให้เสียสมาธิ เป็นต้น ยังคงอยู่ ดังนั้นถ้าต้องการลดลักษณะอาการทางคลินิกของอาการหูแว่วลง ควรมีศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มกิจกรรมอื่นที่สามารถลดอาการดังกล่าวได้ หรือให้ผู้ป่วยยอมรับอาการที่ยังคงอยู่ได้ ส่วนระยะการให้ intervention พบว่าทั้งกลุ่มที่ให้ intervention ระยะเวลาที่แตกต่างกันทำให้ได้ผลในการลดอาการหูแว่วได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาพอจะกล่าวได้ว่าควรให้การบำบัด intervention อย่างน้อย 7 session

- ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) มีการศึกษา 1 เรื่อง (McLeod et al., 2007) เมื่อเปรียบเทียบความถี่ของเสียงแว่วระหว่าง baseline กับระยะ 12 week หลังให้

intervention พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 2.6 เป็น 1.4 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมลดลงจาก 2.8 เป็น 2.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ของเสียงแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผลของ CBT มีส่วนช่วยในการลดความถี่ของเสียงแว่ว ลักษณะกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การให้ทุกคนมีความตระหนักถึงเสียงในลักษณะปกติ และแบ่งปันความรู้สึกนั้นกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม มีส่วนร่วมตรวจสอบผลจากเสียงที่มีต่อชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขา มีส่วนร่วมแบ่งปันสิ่งที่ประสบในชีวิตจริงและวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสิ่งที่ได้ประสบนั้น การทดสอบความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงที่มีต่อรายบุคคล และทดสอบการคาดการณ์ว่าเสียงนั้นจะสามารถควบคุมผู้ที่ได้ยินเสียงนั้นได้หรือไม่ และการพยากรณ์ที่เที่ยงตรงในอนาคต การเพิ่มกลวิธีการจัดการกับเสียง โดยใช้ความช่วยเหลือจากกลุ่ม การฝึกปฏิบัติวิธีการจัดการกับเสียง โดยการแบ่งกลุ่มฝึก การพัฒนาวิธีการจัดการกับเสียงในอนาคต และการทำให้เกิดความมั่นคงยั่งยืน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสิ่งสำคัญในการแก้ไขของการบำบัดแบบ CBT คือเน้นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่บิดเบือนให้ถูกต้อง ถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จะทำให้อาการได้ผลดีด้วย และกระบวนการกลุ่มสามารถช่วยให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ ทำให้เกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Marram , 1978) ซึ่งเป็นปัจจัยการบำบัดที่สำคัญอย่างหนึ่ง ประกอบกับโปรแกรมการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มโดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้เห็นถึงสถานการณ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ที่จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมา ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจความนึกคิดของตนเอง

- อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) มีการศึกษา 1 เรื่อง (McLeod, T., et al., 2007) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง baseline กับระยะ 12 week หลังให้ intervention พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงจาก 4.2 เป็น 3.3 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 3.9 เป็น 4.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการบำบัดแบบ CBT สามารถลดอำนาจของเสียงต่อผู้ป่วยได้

- ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) มีการศึกษา 1 เรื่อง (McLeod, T., et al., 2007) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง baseline กับระยะ 12 week หลังให้ intervention พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 3.2 เป็น 2.6 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 2.5 เป็น 3.0 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการลดความทุกข์

ทรมานลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลงน้อยกว่า แสดงว่าผลของ CBT ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว เนื่องจากแนวคิดแบบ CBT เน้นการปรับที่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม จึงมีผลต่อระดับความทุกข์ทรมานได้

- ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (Beliefs About Voices Questionnaire-Revised [BAVQ-R]) มีการศึกษา 1 เรื่อง (Pinkam, et al., 2004) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session กับกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่ากลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 52.6 เป็น 40.8 ส่วนกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 61.8 เป็น 55.6 และมีผู้ป่วย 1 รายที่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทั้งสองกลุ่ม พบว่าจากการวิเคราะห์คะแนนโดยใช้แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (BAVQ-R) ของผู้ป่วยรายนี้ ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วในทางที่ดีขึ้นเมื่อเข้าร่วมในกลุ่มที่ 1 หลังจากนั้นกลับมีความเชื่อในทางลบเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าร่วมในช่วงแรกของกลุ่มที่สอง แต่สิ่งที่น่าสนใจคืออาการทุกข์ทรมาน (distress) ที่เกิดจากการได้ยินเสียงแว่วมีแนวโน้มลดลงภายหลังการสิ้นสุดการบำบัดในกลุ่มที่สอง แสดงว่าผลของ CBT ช่วยลดความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่วได้ แต่กรณีผู้ป่วย 1 รายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วในช่วงแรกของระยะที่ 2 อาจเกิดจากความเครียดในการปรับตัวในการเข้าร่วมกิจกรรมหลายครั้ง แต่หลังจากปรับตัวได้ ผู้ป่วยก็มีความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลง

- ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว มีการศึกษา 1 เรื่อง (Newton et al., 2005) พบว่าหลังการบำบัดการรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วเพิ่มขึ้นและลดการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ด้านอาการทางจิต

- ด้านอาการทางคลินิก มีการศึกษา 5 เรื่อง (England M., 2007; Pinkam, et al., 2004; Wiersma, et al., 2001; Wykes, et al., 1999; Wykes, et al., 2005) ในการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session กับกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่าความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบของกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบลดลงจาก 5.4 เป็น 4.6 และพบว่าระยะเวลาของการให้ intervention ไม่มีผลต่ออาการทางคลินิก (Pinkam, et al., 2004) ส่วนการศึกษาคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านบวกของกลุ่มตัวอย่างมีค่าสูง โดยร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมีคะแนนอาการด้านบวกสูง ร้อยละ 49 มีคะแนนอาการด้านลบสูง ความสัมพันธ์ระหว่าง มิติของอาการ (symptom dimension) การเกิดอาการประสาทหลอนและความรู้สึกยุ่งยาก ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiersma, et al., 2001) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตโดยใช้แบบวัดอาการทางจิต (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale[BPRS-E]) เปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง waiting period พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ BPRS-E ก่อนและหลังช่วง treatment period พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเฉพาะในช่วง treatment period เท่านั้น (Wykes, et al., 1999)

จากการศึกษาติดตามในการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับ intervention กับกลุ่มที่รับการดูแลแบบปกติ พบว่าในช่วง 18 สัปดาห์ และ 54 สัปดาห์ หลังจากได้รับการบำบัดคะแนน psychiatric symptoms ของผู้ป่วยที่ได้รับ intervention เปลี่ยนแปลงมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (England, 2007) อาการทางจิตลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Wykes, et al., 2005) อาจเนื่องมาจากการบำบัดแบบ CBT ต้องใช้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดี เพราะต้องปรับความคิดผู้ป่วยต้องมีการรับรู้ที่ดีด้วย ดังนั้นการทำการกิจกรรมในผู้ป่วยนอกจึงได้ผลดีกว่าผู้ป่วยในที่มีอาการทางจิตที่แย่กว่า และการบำบัดแบบ CBT ได้ผลค่อนข้างนาน จึงควรมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอาการทางจิตดี

- ด้านการรับรู้ต่ออาการป่วยและการยอมรับการรักษา (Self-Report Insight Scale for Psychosis [IS]) มีการศึกษา 1 เรื่อง (Wykes, et al., 1999) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ในช่วง waiting period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ช่วง treatment period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยยังคงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงช่วง Follow-up (Wykes, et al., 1999)

- ด้านภาวะสุขภาพ จากการศึกษานี้ 1 เรื่อง (Wiersma, et al., 2001) หลังให้ intervention พบว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดลดลง (จาก 8.4 mg/d เป็น 6.2 mg/d) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ในขณะที่ 3 คน หยุดรับประทานยา และ 5 คน ไม่ต้องรับประทานยาด้านโรคจิต ส่วนการติดตามประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าช่วง follow-up 4 ปี ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 33 ดีพอสมควรและร้อยละ 26 ไม่ดี ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงจากการ follow-up 2.5 ปี มีเพียง 3 ราย (8%) ที่ประเมินว่าแย่ลงเมื่อเปรียบเทียบกับ

follow-up 2.5 ปี ผลการประเมินนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุและเพศ ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีกลยุทธ และทักษะในการสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น จึงมีผลให้รับประทานยาที่ควบคุมอาการหูแว่วลดลง เนื่องจากยารักษาโรคจิตมีผลในการรักษาอาการหูแว่วด้วย

4) **ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม** ; จากวิเคราะห์การศึกษา 7 เรื่อง ผลลัพธ์ด้านจิตสังคมนั้นผู้ศึกษามีการประเมินที่คล้ายและต่างกัน ดังนี้

- **ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม**

พบว่าคะแนนด้านปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Behavioural Schedule [SBS]) ลดลง โดยเมื่อประเมินผลหลังทำกิจกรรมทันทีพบว่า คะแนนปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของ SBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) (Wykes, et al., 2005) หลังการให้ intervention พบว่าในการ follow-up 2 ปี พบว่า 41% การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และ 16-22 % มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพบปะผู้อื่น และการแก้ไขสถานการณ์ (even further improved) พบว่า 59% ของผู้ป่วยดีขึ้น และ 31 % แย่ลงอย่างน้อย 1 ด้าน ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทางที่ดีขึ้นมากกว่าและมีความเลื่อมน้อยกว่า การ follow-up 4 ปี พบว่าร้อยละ 69 ของผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสังคมลักษณะที่พบมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมทางสังคมและบทบาทคู่ชีวิต (partner role) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยทางอารมณ์และโรคจิตเภทหลังรักษาในโรงพยาบาล 2 ปี เพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความบกพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiersma, et al., 2001) อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเข้าร่วมสังคมมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผลของ CBT ช่วยลดปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมได้ แม้ว่าบางรายจะยังมีปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่ แต่เป็นเพียง 1 ด้าน ซึ่งลดลงกว่าเดิมของผู้ป่วยจิตเวชที่มักมีปัญหาด้านสังคมหลายด้าน จากการติดตามซ้ำ 4 ปี (Follow up) พบว่า ลักษณะบกพร่องทางสังคมที่พบมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมทางสังคมและบทบาทคู่ชีวิต (partner role) อาจเป็นผลจากการควบคุมตนเองจากอาการหูแว่วได้ลดน้อย จึงมีผลให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงทำให้ไม่อยากมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยบกพร่องทักษะทางสังคม และอาจเกิดปัญหากับคู่ชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยต้องอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วที่อาจกลับเป็นซ้ำบ่อยขึ้น จึงเกิดปัญหาสัมพันธภาพได้ ดังนั้นในการนำไปใช้ควรมีการสนับสนุนให้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อเพิ่มทักษะและส่งเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

- **ด้านความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง**

พบว่าในช่วง 18 สัปดาห์, และ 54 สัปดาห์ หลังจากได้รับการบำบัด คะแนนความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ของผู้ป่วยที่ได้รับ intervention เปลี่ยนแปลง

มากกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (England, 2007) คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในช่วง treatment period และ Follow-up เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$, $p = 0.017$) (Wykes, et al., 1999) และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.71$) แต่มีแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.1$) (Wykes, et al., 2005) ซึ่งเป็นผลจากการรักษาแบบ CBT ที่เมื่อผู้รับการบำบัดมีความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ทำให้ผลมีความรู้กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยลดลง และเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้ จึงมีผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

- ความรู้สึกยุ่งยากจากอาการหูแว่ว (burden of hearing voices)

พบว่าความทนทุกข์จากความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกรบกวนทางความคิดและกิจวัตรประจำวัน ลดลงจาก 81% เป็น 20% ในการ follow-up 2 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 30% ในการ follow-up 4 ปี ช่วง follow-up 2 ปี ผู้ป่วยมากกว่า 50% สามารถควบคุมอาการหูแว่วและความคิดของตนเองได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยรู้สึกว่าการหูแว่วไม่รบกวนชีวิตประจำวันและไม่รู้สึกวิตกกังวล เมื่อถามผู้ป่วยเปรียบเทียบอาการหูแว่วและความยุ่งยากระหว่าง follow-up 2 ปี และ 4 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 50 อาการดีขึ้น ร้อยละ 40 รู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 18 รู้สึกแย่ลง (Wiersma et al., 2001) อาจเป็นผลจากเมื่อผู้รับการบำบัดมีการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น ควบคุมความคิดของตนเองได้ มีผลให้ความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานลดลง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ James et al. (2000) พบว่าการบำบัดโดยวิธี การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งในผู้ป่วยโรคจิตกังวล และการศึกษาของ ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ที่ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมพบว่าหลังการบำบัด ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) และความวิตกกังวลประจำตัวบุคคล (Trait-Anxiety) ลดลงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ด้านความรู้สึกซึมเศร้า พบว่าการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่วที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเพิ่มความสามารถควบคุมเสียงและการลดซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton, et al., 2005) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับเสียงแว่วไปในทางที่ถูกต้องจึงมีผลให้ความรู้สึกซึมเศร้าลดลง การศึกษาของ ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นไปในทางบวก

ต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้ Beck (1967) ได้อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปสู่การมีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถในการนำพาชีวิตของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่มีความหมาย ซึ่งเป็นความเชื่อในด้านบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง จะสามารถช่วยลดความซึมเศร้าได้

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว เช่น ความถี่ ความดัง ความชัดเจนของเสียงแล้ว ยังช่วยลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า และสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ด้วย จึงเหมาะแก่การนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลสูง หรือมีคุณค่าในตนเองต่ำร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดควรได้รับการอบรมด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อให้ผลการบำบัดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification)

มีการศึกษา 4 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) (Buccheri, et al., 2004; Perlman, 2000; Persaud, et al., 1995; Trygstad, et al., 2002) โดยเป็นการศึกษาระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง ประสิทธิภาพของการศึกษา 4 เรื่องนี้ แบ่งเป็นประเด็นต่างๆดังนี้

- ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว (Perlman, 2000) พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สมาชิกกลุ่ม 7 คน จาก 9 คน บอกว่าสามารถผนวก self-control skill เข้ากับ lifestyle ของพวกเขาได้อย่างดี และได้ประโยชน์จากการฝึกทักษะดังกล่าวอย่างมาก ส่วนสมาชิกกลุ่ม 2 คนที่ปรากฏว่าอาการไม่ดีขึ้นเลยนั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนำเทคนิคใดๆ มาใช้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย 1 คน มีความเชื่อผิดๆ อย่างมาก จนไม่สามารถยอมรับหลักการและเหตุผลของการรักษาได้ ส่วนผู้ป่วยคนที่สองเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยที่สุด อาจเป็นเพราะในอดีตขาดการบำบัดใน day center group เป็นเวลาติดต่อกันหลายปี โดยไม่มีเทคนิคใดเทคนิคเดียวที่จะช่วยสมาชิกกลุ่มได้ทุกคน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบว่าต้องใช้ทักษะต่าง ๆ ผสมผสานกันจึงจะได้ผลดังนี้

- การใช้ simple distracter ได้แก่ การฮัมเพลง, การร้องเพลง และการฟังวิทยุ เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย จากจำนวนผู้ป่วย 9 คน ที่ลองใช้ simple distracter พบว่ามีเพียง 1 คนที่ใช้ไม่ได้ผล

- การใช้ noise-reducing earplug เสียบไว้ที่หู จากผู้ป่วย 5 ใน 9 คนที่ใช้ได้ผล
- ผู้ป่วย 4 ใน 9 คน พบว่าวิธี self-talk เป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้แล้วได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับเสียงที่ได้ยิน และเหมือนคนที่มีอำนาจในการควบคุมตนเอง มีผู้ป่วย 2 ราย บอกว่าอาการ anxiety ที่เกิดจากการเผชิญกับเสียงที่ได้ยินจะถูกเบี่ยงเบนไปด้วยการใช้เทคนิคนี้
- thought stopping เป็นวิธีที่ถูกนำมาใช้ได้น้อยครั้งที่สุด อาจเป็นเพราะว่าเป็นวิธีที่ยากที่สุดที่ผู้ป่วยจะใช้ได้ด้วยตนเอง จากผู้ป่วยจำนวน 8 คนที่ใช้วิธี thought stopping พบว่ามีเพียง 2 คนเท่านั้นที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่ใช้วิธี thought stopping จากการฟังเสียงพูดจากเทปแล้วได้ผล พบว่า 2 คนไม่สามารถใช้เทคนิคนี้ได้ด้วยตนเอง และพบว่า thought stopping ได้ผลดีมากกว่าผู้ป่วยอีกคนหนึ่งที่เคยใช้ทั้ง earplug และ simple distraction มาก่อนแล้วไม่ได้ผล จึงได้เปลี่ยนมาใช้เป็น thought stopping ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเสริมแรงจากการใช้เทคนิคนี้
- level of functioning (ระดับของการปฏิบัติหน้าที่) มีความสัมพันธ์กับทักษะที่ผู้ป่วยแต่ละคนนำมาใช้ฝึกปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับ lower functioning จะชอบใช้วิธีแบบ passive และ nonverbal procedure (แบบเชิงรับ และไม่ใช้คำพูด) เช่น ใช้ noise-reducing earplug , ฟังวิทยุ , และฮัมเพลง แต่ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับ higher-functioning จะชอบวิธีที่ใช้คำพูดในการเบี่ยงเบนมากกว่า (Perlman, 2000)

การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรมสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง เป็นการบำบัดโดยการนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบของมนุษย์ โดยลักษณะการปรับพฤติกรรมจะมุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เพราะบุคคลที่ถูกตีตราอาจทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับถูกตีตราไว้ พฤติกรรมที่ปกติหรือปกติย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตย่อมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมจะเน้นที่สภาพและเวลาปัจจุบันเท่านั้น เน้นวิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการทางลบ และการปรับพฤติกรรมนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของบุคคล ดังนั้นในการดำเนินการปรับพฤติกรรมจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ในการนำมาใช้จะอยู่บนพื้นฐานของการสร้างพฤติกรรมใหม่ ปรับพฤติกรรมเดิม และลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการวางเงื่อนไข และการเรียนรู้ทางสังคม ในการนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น ในขั้นตอนการดำเนินการจะทำในลักษณะคือ เริ่มต้นจากการวิเคราะห์พฤติกรรม กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย

สำรวจตัวเสริมแรง และบันทึกพฤติกรรม เป็นต้น จะต่างกันตรงที่ว่าขั้นตอนเหล่านั้นผู้ที่ดำเนินการคือผู้รับการบำบัด ส่วนผู้บำบัดจะเป็นผู้สอนวิธีการต่างๆเหล่านี้ให้แก่ผู้รับการบำบัด จากนั้นค่อยสอนเทคนิคการควบคุมตนเองให้ผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อที่ว่าผู้เข้ารับการบำบัดนั้นจะสามารถใช้เทคนิคเหล่านั้นได้ด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) จากงานวิจัยจะพบว่าเทคนิคส่วนใหญ่จะเป็นด้านการเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงที่ได้ยิน ผู้วางแผนกิจกรรมอาจต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมิน เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการบำบัดพฤติกรรม แต่หลังจากวางแผนรูปแบบการบำบัดแล้ว ในช่วงการบำบัดผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาลประจำการหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตวิชาชีพใดก็ได้ที่มีความรู้เรื่องการบำบัดพฤติกรรม อาจไม่จำเป็นต้องผ่านการอบรมหรือมีความรู้เชิงลึกแบบการบำบัดแบบ CBT การจะนำเทคนิคการบำบัดพฤติกรรมไปใช้ควรมีการประเมินความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหูแว่วก่อน ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดมากควรใช้การบำบัดแบบ CBT ดีกว่า เพราะการบำบัดพฤติกรรมนั้นจะเน้นที่การบำบัดพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว โดยไม่สนใจความคิด อารมณ์ของผู้รับการบำบัด แต่การบำบัดแบบ CBT จะมุ่งที่การบำบัดทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และผู้รับการบำบัดควรมีอาการทางจิตที่ตีพอควร หรือมีความสามารถในการจำกฎเกณฑ์ กติกาต่างๆ แต่อาจไม่ต้องมีอาการที่ตีมากเหมือนการบำบัดแบบ CBT เนื่องจากไม่ได้มีการปรับความคิดร่วมด้วย

- **ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว** มีการศึกษา 3 เรื่อง (Buccheri, et al., 2004; Trygstad, et al., 2002; Persaud, et al., 1995) เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad, et al., 2002; Persaud, et al., 1995) และอีก 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างอยู่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ศูนย์จิตเวช และโรงพยาบาลกลางวัน หลังการอบรมทันที พบว่าผู้ป่วยรู้สึกสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น ช่วงเวลาที่มีอาการหูแว่วก็ลดลง และการแยกตัวออกจากสังคมลดลง (Persaud, et al., 1995) คะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยของความดังของเสียงแว่ว (loudness) ที่พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .072$) (Trygstad, et al., 2002) การประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9, 12 โดยการเทียบกับช่วง baseline (Buccheri, et al., 2004) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3 พบว่า ความถี่ (frequency), ความสามารถในการควบคุมตนเอง (self – control), ความชัดเจน (clarity) ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ความดัง (Loudness), น้ำเสียง (Tone), ทำให้วอกแวก (Distractibility), ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามประเมินผลเดือนที่ 6 พบว่า ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน Loudness, Tone,

Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri, et al., 2004) การติดตามประเมินผลเดือนที่ 9 พบว่า ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามประเมินผลเดือนที่ 12 พบว่า ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri, et al., 2004) จากผลการศึกษาพบว่า การบำบัดพฤติกรรมสามารถลด frequency, clarity และเพิ่ม self – control ได้ หลังจากนั้นจะมีการลดลงของ Distractibility ในเดือนที่ 6, 9 และ 12 ได้ แต่จะพบว่าในการประเมินทุก 3, 6, 9, 12 เดือน Loudness, Tone, Distress ไม่มีการปรับตัวให้ดีขึ้น อาจเกิดจากแม้ว่าผู้รับการบำบัดจะสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น ทำให้ความถี่ และการทำให้วอกแวกเสียสมาธิลดลง แต่ในทุกครั้งที่ยังเกิดอาการหูแว่วก็ทำให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ความทุกข์ทรมาน น้ำเสียงความดังอยู่ ดังนั้นการนำทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรมไปใช้อาจใช้เพื่อเพิ่มความสามารถควบคุมตนเองให้มากขึ้น ทำให้ความถี่ และการทำให้วอกแวกเสียสมาธิลดลง ลดความถี่ แต่ถ้าต้องการลดความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วอาจเพิ่มกลยุทธ์อื่นในกิจกรรม หรือเปลี่ยนไปใช้การบำบัดที่มีผลต่อการลดความทุกข์ทรมานด้วย

- **ด้านความวิตกกังวล** พบว่าอาการวิตกกังวลลดลง (Persaud, et al., 1995) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trygstad, et al., 2002) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเดือนที่ 12 พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri, et al., 2004) อาจเกิดจากเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมตนเองจากอาการหูแว่วได้ จึงมีผลให้อาการวิตกกังวลลดลง แต่จากการศึกษาพบว่า เดือนที่ 12 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากเมื่อระยะเวลาผ่านไป ความเชื่อมั่นที่จะควบคุมตนเองได้ลดลงจึงทำให้เกิดอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การนำไปใช้จึงควรมีนัดการจัดกิจกรรมซ้ำ (Follow up) ในระยะเวลาที่ไม่ควรนานเกิน 9 เดือน

- **ด้านความซึมเศร้า** พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trygstad, et al., 2002) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9, 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri, et al., 2004) อาจเกิดจากเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถควบคุมตนเองจากอาการหูแว่วได้ จึงมีผลให้อาการวิตกกังวลลดลงส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงด้วย แต่จากการศึกษาพบว่าตั้งแต่เดือนที่ 3 อาการซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ อาจเกิดจากเมื่อระยะเวลาผ่านไป ความเชื่อมั่นที่จะควบคุมตนเองได้ลดลงจึงทำให้เกิดอาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ การนำไปใช้จึงควรมีนัดการจัดกิจกรรมซ้ำ (Follow up) ในระยะเวลาที่ไม่ควรนานเกิน เช่น มีการจัดกิจกรรมซ้ำช่วง 3 เดือนเป็นต้นไป หรือควรมีการจัดกิจกรรมอื่นที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าลงให้แก่ผู้ป่วย

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Modification) ช่วยลดลักษณะและความรุนแรงจากอาการหูแว่วได้ และช่วยลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ แต่ผลของการลดความซึมเศร้าและวิตกกังวลจะคงอยู่ได้ไม่นาน จากผลการศึกษาพบว่าหลังเดือนที่ 3 อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมซ้ำ หรือมีการจัดกิจกรรมอื่นที่ช่วยลดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลเพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วย จะทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

4. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) พุทธิปัญญา (Cognitive) เป็นการทำงานร่วมกันของสมองหลายๆส่วน ซึ่งเป็นพื้นฐานให้กับกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน โดยหน้าที่ของพุทธิปัญญา(Cognitive Function) มีหลายด้าน เช่น สมาธิ ความใส่ใจ (Attention) การรับรู้ข้อมูล ชอแนะนำ (Orientation) ความจำ (Memory) เป็นต้น การทำหน้าที่ของพุทธิปัญญาในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจอาศัยความร่วมมือของ Cognitive Function หลายด้าน เช่น การสอนผู้ป่วยรับประทานยาเอง อาจต้องอาศัยการทำหน้าที่ทั้งด้านการให้ข้อมูล (Orientation) การใส่ใจ (Attention) และความจำ (Memory) ด้วย ผู้ป่วยจึงจะสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ การฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา มีการนำไปใช้ในหลายกรณี ในการเจ็บป่วยด้านร่างกายนั้นมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางสมองเพื่อฟื้นฟูด้านการรับรู้ และในทางจิตเวช กรณีนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว จะอาศัย Cognitive Function ด้านการฝึกสมาธิ (Attention) โดยการบำบัดแบบให้ผู้ป่วยเลือกความสนใจจากเสียงที่ได้ยิน การฝึกสมาธิทำได้โดยการให้ผู้ป่วยเลือกฟังจากเสียงที่มีการไล่เสียงที่มีการรบกวนลงไป มุ่งเน้นในการฝึกสมาธิในการเลือกสนใจ เป็นการฟื้นฟูด้านการรับรู้ มีผลทำให้ผู้รับการบำบัดไม่สนใจในเสียงแว่ว ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง

ด้านประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการรู้/ การเลือกสนใจนั้น มีการศึกษางานวิจัย 1 เรื่อง (Hatashita-Wong, et al., 2003) ผลการศึกษาอยู่ในระดับ C เป็นการศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการไม่ใส่ใจในอาการหูแว่ว สามารถประคับประคองความสนใจต่อเสียงที่เกิดขึ้น แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่มีสิ่งรบกวนจนเป็นอิสระจากเสียงแว่ว และจากการสังเกต พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากเสียงแว่ว

ลดลง ลักษณะกิจกรรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 25 session ใช้เวลา 8 สัปดาห์ จะเป็นในลักษณะกิจกรรมการฟัง (listening task) และบันทึกความก้าวหน้าไปเรื่อยๆ จนกว่าผู้ป่วยจะทำได้ไม่ผิดพลาดในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยทำไม่ถูกต้อง ให้บันทึกในรายการว่าผิดที่ตรงจุดไหน และให้ feedback ภาพรวมของการทำกิจกรรมทั้งหมดหลังจากจบแต่ละ session ซึ่ง session หนึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที จึงจะเปลี่ยนไป Track ใหม่ ที่มีการเพิ่มความยากขึ้นเรื่อยๆ และให้ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติจนสามารถพัฒนาความสามารถในการไม่ใส่ใจในอาการหูแว่ว จนเป็นอิสระจากอาการหูแว่ว ในการนำไปใช้ในการฝึกผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในอนาคตควรมีการฝึกสมาธิ (Attentional training) จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ใส่ใจในอาการหูแว่วได้ โดยเป็นลักษณะฐานกิจกรรมจนกว่าผู้ป่วยจะทำได้ถูกต้อง จึงจะเปลี่ยนความยากของกิจกรรมต่อไป ไม่ควรกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน เพราะในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความสามารถฝึกสมาธิได้แตกต่างกัน ผู้บำบัดควรมีบุคลิกภาพที่นุ่มนวล ไม่ตำหนิผู้ป่วย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเครียดจนไม่ร่วมมือในการรักษาได้ การรักษาควรทำเป็นรายบุคคล และฝึกในสถานที่สงบ เป็นส่วนตัวเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว พบว่าแต่ละรูปแบบมีจุดดี จุดด้อยแตกต่างกันไป ซึ่งผลที่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้บำบัดในทีมสุขภาพจิต และจิตเวชในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในการนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมไปประยุกต์ใช้ในการให้การบำบัดบุคคลที่มีอาการดังกล่าว จึงควรเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับการบำบัด ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม การประเมินความพร้อมของผู้รับการบำบัด และผู้บำบัดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรูปแบบเป็นอย่างดี และควรฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำให้ได้องค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์จำนวน 19 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, et al., 2005; England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan & Penn, 2004; McLeod, Morris & Birchwood, 2007) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 13 เรื่อง (พรรณภา แสงส่อง, 2549; นฤมล สุริยะ, 2550; จรุงจิต ชุมถาวร, อรณลิน สิงขรณ์, นันทนา ทองด้วง และปดดา เหมโลหะ, 2551; Kanungpairn, 2005; ญัฐฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, White, et al., 2002; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004; Perlman & Hubbard, 2000; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin & Klainin, 2007) และกรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995) ทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 7 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 12 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญได้ในประเด็น ประสิทธิภาพของการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละรูปแบบที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

ประสิทธิผลของการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า การจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททุกรูปแบบช่วยลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, et al., 2005; England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan & Penn, 2004; McLeod, Morris & Birchwood, 2007; พรรณภา แสงส่อง, 2549; นฤมล สุริยะ, 2550; จรุงจิต ชุมถาวร, อรณลิน สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปดดา เหมโลหะ, 2551; Kanungpairn, 2005; ญัฐฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, White, et al., 2002; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004; Perlman & Hubbard, 2000; Kanungpairn,

Sitthimongkol, Wattanapailin & Klainin, 2007; Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995) ซึ่งสามารถสรุปประสิทธิผลของการบำบัดที่ใช้ในการจัดการอาการหิวแหว่โดยแบ่งตามทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหิวแหว่โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) มีการศึกษา 7 เรื่อง ที่ศึกษาการจัดการอาการหิวแหว่โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 1 เรื่อง (จรุงจิต ชุมถาวร, 2551) และมีศึกษาในกลุ่มทดลองอย่างเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม โดยการวัดผลก่อนและหลังการศึกษาจำนวน 6 เรื่อง ความน่าเชื่อถือระดับ B (พรรณภา แสงส่อง, 2549; นฤมล สุริยะ, 2550; Kanungpairn, 2005; ญัฐภรณ์ เป้าเรือง, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550; Kanungpairn et al., 2006) ผลลัพธ์ที่ได้ ได้แก่ ผลลัพธ์ในด้านลดลักษณะอาการหิวแหว่ ด้านกลยุทธ์ในการจัดการอาการหิวแหว่ ด้านพฤติกรรมในการจัดการอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหิวแหว่และความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหิวแหว่ โดยข้อดีของทฤษฎีการจัดการอาการคือ ได้ผลดีดังนี้

1) Symptom Experience

- ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ ค่าเฉลี่ยลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ลดลงมาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรรณภา แสงส่อง, 2549; นฤมล สุริยะ, 2550; Kanungpairn, 2005; Kanungpairn et al., 2006)

2) Symptom Management

- ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหิวแหว่ พบว่า หลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหิวแหว่แต่ไม่มีวิธีการจัดการอาการหิวแหว่ สามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหิวแหว่ให้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่มีวิธีในการจัดการอาการหิวแหว่อยู่แล้ว หลังเข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการที่ใหม่ และสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหิวแหว่ให้กับตนเองได้เหมาะสมขึ้น (นฤมล สุริยะ, 2550; ญัฐภรณ์ เป้าเรือง, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550)

- ด้านพฤติกรรมในการจัดการอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการหิวแหว่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จรุงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

3) Outcome

- ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหิวแหว่และความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหิวแหว่ พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมพบระดับคะแนนของ

ลักษณะการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกถูกรบกวน ความรู้สึกไร้ค่าจากอาการหูแว่วลดลง และความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลง (ณัฐธราภรณ์ เป้าเรือง, 2550)

รูปแบบนี้สามารถทำได้ง่ายทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างสั้น ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาลประจำการที่มีความรู้เรื่องการจัดการอาการ หรือได้รับการอบรมความรู้ก่อนจัดกิจกรรมได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่นำมาสังเคราะห์นี้ยังไม่มีติดตามผลระยะยาวว่าได้ผลยั่งยืนหรือไม่ และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมด้านอื่น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวและประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมอื่นๆ

2. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) มีการศึกษา 7 เรื่อง เป็นการศึกษาในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (England, 2007; McLeod et al., 2007; Pinkam et al., 2004; Wykes et al., 2005) ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; Wykes et al., 1999) ในการศึกษา 7 เรื่องนี้ เป็นการศึกษาในต่างประเทศโดยที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก จำนวน 4 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; England, 2007) ผู้ป่วยใน จำนวน 2 เรื่อง (Pinkam et al., 2004 ; McLeod et al., 2007) ศึกษาทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999) มีการวัดผลลัพธ์ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว คะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว ความถี่ของเสียงแว่ว อารมณ์ของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว ด้านอาการทางจิต ด้านการรับรู้ต่ออาการผู้ป่วยและการยอมรับการรักษา ด้านภาวะสุขภาพ และยังได้ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ความรู้สึกยุ่งยากจากอาการหูแว่ว ด้านความรู้สึกลึกซึ้งซึมเศร้าผลลัพธ์แต่ละด้านได้ผลที่ดีแตกต่างกันไปในทุกผลลัพธ์ โดยพบว่าได้ผลดังนี้

1) ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว

พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกลยุทธ์การปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับ 8 เป็น 10.5 (Wykes et al., 2005) และพบว่ามีทางเลือกใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธีขึ้น เช่น การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับคนอื่น เป็นต้น และมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้น (baseline 73%, pre-treatment 54%, post-treatment 92%, Follow-up 78%) (Wykes et al., 1999)

2) ด้านอาการหูแว่ว: พิจารณาเป็นรายด้านดังนี้

- ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว: พบว่ากลุ่มทดลอง ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง จำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้งการเกิดเสียงแว่วและ

ระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiersma et al., 2001) ส่วนอีกการศึกษาหนึ่ง พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (Wykes et al., 2005)

- คะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Rating Scale [PSYRATS]) พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005; Pinkam et al., 2004)

- ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 2.6 เป็น 1.4 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมลดลงจาก 2.8 เป็น 2.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ของเสียงแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McLeod et al., 2007)

- อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงจาก 4.2 เป็น 3.3 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 3.9 เป็น 4.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McLeod et al., 2007)

- ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 3.2 เป็น 2.6 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 2.5 เป็น 3.0 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลงน้อยกว่า (McLeod et al., 2007)

- ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (Beliefs About Voices Questionnaire-Revised [BAVQ-R]) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session กับกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่ากลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 52.6 เป็น 40.8 ส่วนกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 61.8 เป็น 55.6 (Pinkam et al., 2004)

- ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว พบว่าหลังการบำบัดการรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วเพิ่มขึ้นและลดการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005)

3) ด้านอาการทางจิต

- ด้านอาการทางคลินิก การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ (Expanded Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS-E]) ก่อนและหลังช่วง treatment period พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเฉพาะในช่วง treatment period เท่านั้น (Wykes et al., 1999)
- ด้านการรับรู้ต่ออาการป่วยและการยอมรับการรักษา (Self-Report Insight Scale for Psychosis [IS]) มีการศึกษา 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ในช่วง waiting period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ช่วง treatment period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยยังคงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงช่วง Follow-up (Wykes et al., 1999)
- ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าหลังให้ intervention เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดลดลง (จาก 8.4 mg/d เป็น 6.2 mg/d) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ในขณะที่ 3 คน หยุดรับประทานยา และ 5 คน ไม่ต้องรับประทานยาด้านโรคจิต ส่วนการติดตามประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าช่วง follow-up 4 ปี ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีถึงดีที่สุดใน ร้อยละ 33 ดีพอสมควรและร้อยละ 26 ไม่ดี (Wiersma et al., 2001)

4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม
พบว่าคะแนนด้านปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Behavioural Schedule [SBS]) ลดลง โดยเมื่อประเมินผลหลังทำกิจกรรมทันทีพบว่า คะแนนปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของ SBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) (Wykes et al., 2005) โดยที่หลังการให้ intervention พบว่าในการ follow-up 2 ปี พบว่าร้อยละ 41 การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และร้อยละ 16-22 มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น/ การพบปะผู้อื่นดีขึ้น ส่วนการแก้ไขสถานการณ์นั้นพบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ดีขึ้น และร้อยละ 31 แย่ลงอย่างน้อย 1 ด้าน ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทางที่ดีขึ้นมากกว่าและมีความเสถียรมากกว่า
- ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
พบว่าในช่วง 18 สัปดาห์ และ 54 สัปดาห์ หลังจากได้รับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับ intervention มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่

ได้รับการดูแลแบบปกติ (England, 2007) และคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในช่วง treatment period และ Follow-up เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$, $p = 0.017$) (Wykes et al., 1999) แต่มีอยู่ 1 การศึกษาที่พบว่าหลังการได้รับ intervention ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.1$) (Wykes et al., 2005)

- ความรู้สึกเบื่อหน่ายจากอาการหูแว่ว (burden of hearing voices)

พบว่าความทนทุกข์จากความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกรบกวนทางความคิดและกิจวัตรประจำวัน ลดลงจากร้อยละ 81 เป็น 20% ในการ follow-up 2 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 30% ในการ follow-up 4 ปี ช่วง follow-up 2 ปี ผู้ป่วยมากกว่า 50% สามารถควบคุมอาการหูแว่วและความคิดของตนเองได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยรู้สึกว่าการหูแว่วไม่รบกวนชีวิตประจำวันและไม่รู้สึกวิตกกังวล เมื่อถามผู้ป่วยเปรียบเทียบอาการหูแว่วและความยุ่งยากระหว่าง follow-up 2 ปี และ 4 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 50 อาการดีขึ้น ร้อยละ 40 รู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 18 รู้สึกแย่ลง (Wiersma et al., 2001)

- ด้านความรู้สึกซึมเศร้า พบว่าการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่วที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเพิ่มความสามารถควบคุมเสียงและการลดซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005)

การบำบัดตามแนวคิดของ CBT นี้ให้ผลลัพธ์ในระยะยาว และสามารถปรับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ได้ผลลัพธ์หลายด้าน แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้รับการบำบัดต้องมีอาการทางจิตที่ดี ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้รับการบำบัดมาก เพราะระยะเวลาในการบำบัดส่วนใหญ่ค่อนข้างนาน ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัดแบบ CBT ที่ดี

3. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/Behavioral Modification) มีการศึกษา จำนวน 4 เรื่อง จากการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง (Buccheri et al., 2004; Lawrence et al., 2000; Trygstad et al., 2002; Persaud & Marks, 1995) เป็นการศึกษาอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง พบว่าไม่ได้ระบุสถานที่ให้การบำบัดจำนวน 1 เรื่อง (Lawrence et al., 2000) และบำบัดในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002; Persaud & Marks, 1995) และอีก 1 เรื่อง บำบัดในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์จิตเวช และโรงพยาบาลกลางวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก

(Buccheri et al., 2004) ศึกษาผลลัพธ์ในด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ด้านความวิตกกังวล และด้านความซึมเศร้า ผลลัพธ์ด้านลักษณะและอาการหูแว่วนั้น ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรมสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วอย่างได้ผลดังนี้

- **ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว** (Lawrence et al., 2000) พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สมาชิกกลุ่ม 7 คน จาก 9 คน บอกว่าสามารถผนวก self-control skill เข้ากับ lifestyle ของพวกเขาได้อย่างดี และได้ประโยชน์จากการฝึกทักษะดังกล่าวอย่างมาก

- **ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว** พบว่าผู้ป่วยรู้สึกสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น ช่วงเวลาที่มีอาการหูแว่วก็ลดลง และการแยกตัวออกจากสังคมลดลง (Persaud & Marks, 1995)

- **ด้านความวิตกกังวล** พบว่าอาการวิตกกังวลลดลง (Persaud & Marks, 1995) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trygstad et al., 2002) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri et al., 2004)

- **ด้านความซึมเศร้า** พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trygstad, et al., 2002)

การบำบัดตามแนวความคิดการบำบัดพฤติกรรมสามารถช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ รวมทั้งสามารถให้ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมด้วย คือสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้

4. ประสิทธิภาพการจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) มีการศึกษาจำนวน 1 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003) ผลการศึกษาอยู่ในระดับ C เป็นการศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน ศึกษาผลลัพธ์ในด้านความสามารถในการไม่ใส่ใจในอาการหูแว่ว พบว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการไม่ใส่ใจในอาการหูแว่วจนเป็นอิสระจากอาการหูแว่ว ข้อดีของการศึกษานี้คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมค่อนข้างหาและทำเองได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถเป็นอิสระจากอาการหูแว่วได้ แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องทำเป็นรายบุคคล ค่อยๆฝึกเป็นฐานจนกว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะผ่านไปได้จึงจะเปลี่ยนฐานการฝึก ต้องใช้ผู้บำบัดที่มีบุคลิกภาพสุภาพ นุ่มนวล ใจเย็น ให้บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทุกระดับในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชในนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการเลือกรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล บุคลากร และผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่ง อันจะช่วยส่งเสริมให้ผลการบำบัด ยั่งยืนคุ้มค่าใช้จ่าย และสามารถกระทำได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการบำบัดแต่ละรูปแบบสามารถช่วยให้อาการหูแว่วลดลง อย่างไรก็ตามการบำบัดแต่ละรูปแบบก็มีข้อดีหรือข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การนำไปใช้ควรพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการนั้นๆ ดังนี้

- การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) จากผลการศึกษาของงานวิจัยต่างๆ พบว่าการบำบัดนี้สามารถช่วยลดลักษณะและอาการหูแว่วได้ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสั้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวและยังไม่มีผลการวัดผลลัพธ์ทางจิตสังคมด้านอื่นๆ ดังนั้นในการนำไปใช้น่าจะมีการติดตามประเมินระยะยาว 6 เดือน/ 1 ปี และควรประเมินผลลัพธ์ทางจิตสังคมร่วมด้วย เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้า เป็นต้น

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม/มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล อาจใช้การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) หรือทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) ซึ่งเหมาะแก่การใช้ทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

- การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) สามารถใช้ได้ผลดีในการบำบัดเป็นรายบุคคล ดังนั้นถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมากอาจต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก

- ควรมีการบูรณาการ แนวคิดทฤษฎี เช่น CBT และ Behavioral Management หรือพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เหมาะสมกับปัญหา หรือลักษณะของผู้รับบำบัด เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการหูแว่วให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การจัดการอาการหูแว่วเป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังกรมรูปแบบหนึ่งที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วย อย่างไรก็ตามควรมี

การศึกษารูปแบบและทฤษฎี และฝึกทักษะต่าง ๆ เป็นอย่างดีก่อนนำไปใช้ และควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของการบำบัด ได้แก่ การเลือกรูปแบบ และทฤษฎีที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบำบัด การกำหนด และการพัฒนาคุณสมบัติที่เหมาะสมของ ผู้บำบัด และการคำนึงถึงลักษณะของผู้รับการบำบัด นอกจากนี้ควรนำมาใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ในทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management Model) เกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีเพียง 1 การศึกษาเท่านั้นที่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก ดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยนอก และในผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนด้วย
2. การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังนั้นควรมีการศึกษารูปแบบการศึกษาแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. การวิจัย เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการติดตามผลในระยะ 6 เดือน/ 1 ปี ด้วย หรือมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย เพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษา
4. ควรมีศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิผลสำเร็จในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการอาการ

การสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

A SYNTHESIS RESEARCH ON SYMPTOM MANAGEMENT OF AUDITORY HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA

จุฬารัตน์ พิลลา 4937564 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing), บัวหลวง สำแดง
ฤทธิ์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) เป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญและรุนแรงมาก จากจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของประชากรไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) นอกจากนี้รายงานกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2546 ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีคือ ในปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาประมาณ 296,000 ราย และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 306,000 รายในปีงบประมาณ 2546 และยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนผู้ป่วยในประมาณ 19,700 ราย และเพิ่มเป็น 20,100 รายในปีงบประมาณ 2546 (กรมสุขภาพจิต, 2546)

จากสถิติรายงานประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา (2549) ซึ่งเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิที่ให้บริการทางสุขภาพจิต พบว่าในปีงบประมาณ 2549 มีผู้ป่วยโรคจิตมารับบริการทั้งสิ้นประมาณ 113,700 คน โดยพบว่าโรคจิตเภทมารับบริการมากที่สุด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 55 ของผู้ป่วยทั้งหมด และรับไว้เป็นผู้ป่วยในประมาณ 6,600 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 61 อีกทั้งโรคจิตเภท

เป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวนนี้มีการกลับมารักษาซ้ำ (readmission) ในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ถึง 293 ราย (สถิติรายงานประจำปีโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2549)

จากสถานการณ์การมีผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงาน หากกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ประเทศชาติต้องสูญเสียบุคลากรและงบประมาณในการรักษา (วรรณภา พลอยเกลื่อน, 2540)

สาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภทยังไม่มีผู้ใดให้คำตอบได้แน่ชัด แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคจิตเภทมีเหตุปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการของโรคจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม อย่างไรก็ตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์จำนวนไม่น้อยบ่งชี้ว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพมากกว่าความผิดปกติทางจิตสังคมหรือการเลี้ยงดูในวัยเด็ก (มานิต ศรีสุกานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) ซึ่งเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post – synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) (มานิช หล่อตระกูล, 2548) โดยอาการประสาทหลอนอาจมีสาเหตุจากระดับของสารโดปามีน (Dopamine) ที่มีมากเกินไปในระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นระบบที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ และการแสดงออกของอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

อาการของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก (มานิช หล่อตระกูล, 2548) คือ 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน 2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech และ 3) Negative dimension เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี ได้แก่ อาการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง และขาดความกระตือรือร้น เชื้อชาติบางคนจัด Psychotic dimension และ Disorganization dimension ไว้ในกลุ่มเดียวกัน เรียกว่า กลุ่มอาการทางด้านบวก (Positive symptom) ในระยะอาการกำเริบนั้น อาการสำคัญส่วนใหญ่คืออาการทางด้านบวก และอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหวาดระแวง มีความคิดหลงผิดร่วมกับประสาทหลอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว นั้น เป็นอาการประสาทหลอนเป็นที่พบมากที่สุดถึงพบร้อยละ 75 ของผู้ป่วย (จรรยา ธัญญาดี และชินานาฏ จิตตารมย์, 2547) โดยเสียงที่ได้ยินนั้นจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการหูแว่วที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทนั้น ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing)

เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนชนิดหูแว่วจะทำให้มีประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ เกิดความทุกข์ทรมาน และพบว่ามีความรู้สึกลงในทางลบเมื่อได้ยินเสียงถึงร้อยละ 69.3 (จรรยา ชาญญาดี และ ชินานาญ จิตดารมย์, 2547) อีกทั้งยังพบว่า อาการหูแว่วเป็นอาการเตือน (warning sign) ที่พบบ่อยที่สุดก่อนเกิดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบได้มากถึงร้อยละ 53 (Meijel, Gaag, Sylvain and Grypdonck, 2004) ซึ่งอาการดังกล่าวหากไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลกระทบรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สินเสียหาย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายได้

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนนั้น แพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) โดยยาในกลุ่ม Neuroleptics จะช่วยลดอาการหูแว่ว และลดการกลับเป็นซ้ำ (จรรยา ชาญญาดี, 2544) แม้ว่ายาต้านโรคจิตจะได้รับการยอมรับว่ารักษาอาการหูแว่วได้ แต่การใช้ยาบางครั้งประสบความล้มเหลวที่จะควบคุมอาการ โดยพบว่าร้อยละ 20-30 ของอาการหูแว่วไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจึงยังคงมีอาการหูแว่วอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน (นฤมล สุริยะ, 2550) ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจึงควรส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถจัดการอาการหูแว่วได้ เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมความทุกข์ทรมาน และจัดการอาการได้ประสบผลสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยมารับบริการสุขภาพลดลงและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย (วรรณภา ศรีธีรัตน์, 2548)

การจัดการอาการ มีความหมายคล้ายกับ การควบคุมอาการตนเอง หรือ การดูแลตนเอง (self - monitor, self - care, self - regulation, self - management) (Kleinman A., 1980 ; Kleinman A, Eisenberg L, Good B., 1978) หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น โดยแต่ละคนมีประสบการณ์ การรับรู้ที่แตกต่างกัน มีผลให้มีการประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การแสวงหาการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management model) กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งมโนทัศน์หลักทั้ง 3 มโนทัศน์มีความสัมพันธ์กัน และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ และมีองค์ประกอบหลักที่เป็นปัจจัยทางการพยาบาลซึ่งมีอิทธิพลต่อ 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ บุคคล

(Person) ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and Illness) สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยเชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคน เชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dodd et al., 2001 ; Larson, et al., 1994) เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง (Dodd et al., 2001 ; ผ่องพรรณอรุณแสง, 2548) ดังนั้นการจัดการอาการหูแว่วนี้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วที่มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชและได้ผลดี จากการศึกษาของ ฌักฐาภรณ์ เบ้าเรือง (2550) เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังได้รับการสอนจัดการอาการหูแว่ว ผู้ป่วยสามารถควบคุมเสียงแว่วได้ทุกคนและไม่รู้สึกท้อทรมานจากเสียงที่ได้ยิน ดังนั้นการสอนและแนะนำเทคนิคการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สอน แนะนำ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยในการที่จะให้เขาสามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงที่ได้ยินหรือพยายามกำจัดเสียงนั้นให้หมดไปหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากเสียงนั้นลงได้

ในปัจจุบันมีการศึกษารูปแบบการจัดการอาการหูแว่วจำนวนมากขึ้น แต่ละรูปแบบได้ผลดีแตกต่างกันไปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ใดรวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่ทำการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า รวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท อันจะช่วยให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นรูปแบบที่ใช้ในการบำบัดและประสิทธิผลของแต่ละรูปแบบ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดย DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual - IV) หรือ ICD - 10 (The International Classification of Diseases - 10) เป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางกระบวนการคิด อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก และมีอาการหูแว่ว เป็นอาการสำคัญอาการหนึ่ง อาจเป็นเสียงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือไม่ก็ตาม และผู้ป่วยสามารถรับรู้ และประเมินได้ด้วยตนเองว่าเป็นเสียงแว่ว

การจัดการอาการหูแว่ว หมายถึง วิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการ หรือควบคุม อาการตนเอง หรือการดูแลตนเองจากเสียงแว่วโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เพื่อขจัดหรือลดความทุกข์ทรมาน จากเสียงแว่วลง เช่น การจัดการอาการ การบำบัดความคิดพฤติกรรม การบำบัดพฤติกรรม การ ฝึกเลือกความสนใจ เป็นต้น

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการ อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีกระบวนการศึกษา และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างเป็น ระบบดังนี้ (Polit, Hungler, 1997)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) มาจากวัสดุพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเองและจาก ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทย จากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (nur.psu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.care.chula) และกรมสุขภาพจิต (dmh.)

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาล ที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Ovid, Science direct, CoChrane library และ Blackwell Synergy

1.3 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ โดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายบทของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ Auditory Hallucination, Auditory Hallucination and Behavioral Therapy, Auditory Hallucination and Symptom Management, Auditory Hallucination and Management, Auditory Hallucination and Coping, การจัดการอาการ และ หูแว่ว

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกรงานวิจัย ดังนี้

3.1 ชนิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณางานวิจัยทุกระดับ

3.4 เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full Text ได้

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 17 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)

ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จาก

งานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non-randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus)

จากการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกระดับ A จำนวน 4 เรื่อง ระดับ B จำนวน 13 เรื่อง และระดับ C จำนวน 2 เรื่อง รวมวรรณกรรมที่นำมาใช้ศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 19 เรื่อง

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) เพื่อนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอากรณูแหว่ในผู้ป่วยจิตเภท โดยการพิจารณาการกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก ดังนี้

2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานศึกษาวิจัย (Problem or Purpose)

2.2 แบบการวิจัย (Research design)

2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

2.4 สถานที่หรือแหล่งวิจัย (Setting)

2.5 เครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล (Instruments and Data collection)

2.6 วิธีการวิจัย และการจัดกระทำ (Method and Intervention)

2.7 ผลการศึกษาวิจัย (Finding or Result)

2.8 ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Implementation)

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาสังเคราะห์ในประเด็นรูปแบบที่ใช้ในการบำบัด และประสิทธิผลของแต่ละรูปแบบ

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทสามารถสรุปสาระสำคัญออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

การศึกษานี้มีงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์จำนวน 19 เรื่อง เมื่อนำวรรณกรรมดังกล่าวที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่า เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan & Penn, 2004; McLeod, Morris & Birchwood, 2007; Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, et al., 2005) อยู่ในระดับ B จำนวน 13 เรื่อง (จรูญจิต ชุมถาวร, อรณลิน สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปดดา เหมโลหะ, 2551; ัญฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550; นฤมล สุริยะ, 2550; ผ่องศรี เหล่าทะนนท์, 2550; พรรณภา แสงส่อง, 2549; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004; Kanungpairn, T., 2005; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin & Klainin, 2007; Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monk, P., Shergill, S., Wykes, T., 2005; Perlman & Hubbard, 2000; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, White, et al., 2002) กรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 2 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995) ทั้งหมดเป็นวรรณกรรมที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 7 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 12 เรื่อง วรรณกรรมทั้ง 19 เรื่องนี้เป็นงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และมีจำนวนเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

2. รูปแบบ ทฤษฎี ที่ใช้ในการบำบัด และผลลัพธ์ของแต่ละรูปแบบ

2.1 รูปแบบ ทฤษฎี ที่ใช้ในการบำบัด

ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) เป็นการบำบัดบนพื้นฐานทฤษฎีที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการจัดการอาการของตน ถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการได้ การพยาบาลจะเข้าไปช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์ในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ในการจัดการอาการ (Symptom outcome) สามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการต่างๆได้ทั้งอาการทางกายและอาการทางจิต ในการนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจะช่วยให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สามารถประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการของผู้รับบริการได้ ส่วนกลยุทธ์ในการจัดการอาการเป็นกระบวนการของบุคคลในการจัดการหรือควบคุมอาการ การจัดการกับอาการจะประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมืออันดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ระบบการดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ กลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น พยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการเจ็บป่วย ไม่ใช่เรื่องจริง และให้ความมั่นใจว่าพยาบาล ทีมการรักษา และครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดีและประสบความสำเร็จ

ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็นการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีที่ใช้การรักษาโดยการผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม เนื่องจากในทางจิตเวชเชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ดังนั้นการแก้ไขโดยการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เข้าใจโรคและเข้าใจตนเองมากขึ้น และเชื่อว่าถ้าหากแก้ไขระดับความเชื่อได้ก็จะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนยาวนาน ซึ่ง Westbrook (2007 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2552) ได้กล่าวว่า ประโยชน์ของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถบำบัดได้หลายโรค ทั้งการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม การแก้ปัญหามีเป้าหมาย การบำบัดได้ด้วยตนเองเมื่อได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือตนเอง และมีวิธีการจัดการกับปัญหา หรืออยู่กับปัญหานั้นได้ จึงมีการนำมาใช้ในการจัดการอาการต่างๆทั้งทางกายและทางจิตเวช รวมทั้งการจัดการอาการหูแว่วด้วย

ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) เป็นการบำบัดโดยการนำเอาหลักพฤติกรรมมาเป็นมาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบของมนุษย์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) โดยลักษณะการปรับพฤติกรรมจะมุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เพราะบุคคลที่ถูกตีตราอาจทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับถูกตีตราไว้ พฤติกรรมที่ปกติหรือปกติย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีต ย่อมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยกระบวนการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมจะเน้นที่สภาพและเวลาปัจจุบันเท่านั้น เน้นวิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการทางลบ และการปรับพฤติกรรมนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของบุคคล ดังนั้นในการดำเนินการปรับพฤติกรรมจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ และพบว่าสามารถใช้ได้ผล พิสูจน์ได้ในทางวิทยาศาสตร์ ในการนำมาใช้จะอยู่บนพื้นฐานของการสร้างพฤติกรรมใหม่ ปรับพฤติกรรมเดิม และลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการวางเงื่อนไข และการเรียนรู้ทางสังคม ในการนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วนั้น ในขั้นตอนการดำเนินการจะทำในลักษณะคือ เริ่มต้นจากการ

วิเคราะห์พฤติกรรม กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย สำนวตัวเสริมแรง และบันทึกพฤติกรรม เป็นต้น จะต่างกันตรงที่ว่าขั้นตอนเหล่านั้นผู้ที่ดำเนินการคือผู้รับการบำบัด ส่วนบำบัดจะเป็นผู้สอนวิธีการต่างๆเหล่านี้ให้แก่ผู้รับการบำบัด จากนั้นค่อยสอนเทคนิคการควบคุมตนเองให้ผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อที่ว่าผู้เข้ารับการบำบัดนั้นจะสามารถใช้เทคนิคเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) พุทธิปัญญา (Cognitive) เป็นการทำงานร่วมกันของสมองหลายๆส่วน ซึ่งเป็นพื้นฐานให้กับกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน โดยหน้าที่ของพุทธิปัญญา (Cognitive Function) มีหลายด้าน เช่น สมาธิ ความใส่ใจ (Attention) การรับรู้ข้อมูล ชื่อนำ (Orientation) ความจำ (Memory) เป็นต้น การทำหน้าที่ของพุทธิปัญญาในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจอาศัยความร่วมมือของ Cognitive Function หลายด้าน เช่น การสอนผู้ป่วยรับประทานยาเอง อาจต้องอาศัยการทำหน้าที่ทั้งด้านการให้ข้อมูล (Orientation) การใส่ใจ (Attention) และความจำ (Memory) ด้วย ผู้ป่วยจึงจะสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ การฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา มีการนำไปใช้ในหลายกรณี ในการเจ็บป่วยด้านร่างกายนั้นมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บทางสมองเพื่อฟื้นฟูด้านการรับรู้ และในทางจิตเวช กรณีนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่ว จะอาศัย Cognitive Function ด้านการฝึกสมาธิ (Attention) โดยการบำบัดแบบให้ผู้ป่วยเลือกความสนใจจากเสียงที่ได้ยิน การฝึกสามารถทำได้โดยการให้ผู้ป่วยเลือกฟังจากเสียงที่มีการใส่เสียงที่มีการรบกวนลงไป มุ่งเน้นในการฝึกสมาธิในการเลือกสนใจ เป็นการฟื้นฟูด้านการรับรู้ มีผลทำให้ผู้รับการบำบัดไม่สนใจในเสียงแว่ว ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง

2.2 ผลลัพธ์ของแต่ละรูปแบบ

จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลลัพธ์ของการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรูปแบบ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภททุกรูปแบบช่วยลดอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, et al., 2005; England, 2007 ; Pinkam, Gloege, Fanagan & Penn, 2004 ; McLeod, Morris & Birchwood, 2007; พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; จรุงจิต ชุมถาวร, อรณลิน สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปดดา เหมโลหะ, 2551 ; Kanungpairn , 2005 ; ญัฐฐาภรณ์ เป้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550 ; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, White, et al., 2002 ; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, et al., 2004 ; Perlman & Hubbard, 2000 ; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin & Klainin, 2007; Hatashita-Wong & Silverstein,

2003; Persaud & Marks, 1995) ซึ่งแต่ละรูปแบบให้ผลลัพธ์ที่ดีแตกต่างกันไป ซึ่งการบำบัดที่สามารถจัดการอาการหุแหว่อย่างมีประสิทธิภาพ แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) มีการศึกษา 7 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 1 เรื่อง (จริงจิต ชุมถาวร, 2551) และมีศึกษาในกลุ่มทดลองอย่างเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม โดยการวัดผลก่อนและหลังการศึกษาจำนวน 6 เรื่อง ความน่าเชื่อถือระดับ B (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550; Kanungpairm, 2005 ; ญัฐภรณ์ เป้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550 ; Kanungpairm et al., 2006) ผลลัพธ์ที่ได้ ได้แก่ ผลลัพธ์ในด้านลดลักษณะอาการหุแหว่ ด้านกลยุทธ์ในการจัดการอาการหุแหว่ ด้านพฤติกรรมในการจัดการอาการหุแหว่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหุแหว่และความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหุแหว่ โดยข้อดีของทฤษฎีการจัดการอาการคือ ได้ผลดีดังนี้

- **ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่** ค่าเฉลี่ยลักษณะและความรุนแรงของอาการหุแหว่ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรรณภา แสงส่อง, 2549 ; นฤมล สุริยะ, 2550 ; Kanungpairm , 2005 ; Kanungpairm et al., 2006)

- **ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหุแหว่** พบว่า หลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหุแหว่แต่ไม่มีวิธีการจัดการอาการหุแหว่ สามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหุแหว่ให้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่มีวิธีในการจัดการอาการหุแหว่อยู่แล้ว หลังเข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการที่ใหม่ และสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหุแหว่ให้กับตนเองได้เหมาะสมขึ้น (นฤมล สุริยะ, 2550 ; ญัฐภรณ์ เป้าเรือง, 2550 ; ผ่องศรี เหล่าทะนันท, 2550)

- **ด้านพฤติกรรมในการจัดการอาการหุแหว่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท** พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหุแหว่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการหุแหว่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหุแหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จริงจิต ชุมถาวร และคณะ, 2551)

- **ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหุแหว่และความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหุแหว่** พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมพบระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกรบกวน ความรู้สึกรำคาญจากอาการหุแหว่ลดลง และความทุกข์ทรมานจากอาการหุแหว่ของผู้ป่วยลดลง (ญัฐภรณ์ เป้าเรือง, 2550)

รูปแบบนี้สามารถทำได้ง่ายทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างสั้น ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้บำบัดอาจเป็นพยาบาลประจำการที่มีความรู้เรื่องการจัดการอาการ หรือได้รับการอบรมความรู้ก่อนจัดกิจกรรมได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่นำมาสังเคราะห์นี้ยังไม่มีติดตามผลระยะยาวว่าได้ผลยั่งยืนหรือไม่ และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมด้านอื่น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวและประเมินผลลัพธ์ด้านจิตสังคมอื่นๆ

2.2.2 ทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) มีการศึกษา 7 เรื่อง เป็นการศึกษาในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง (England, 2007; McLeod et al., 2007; Pinkam et al., 2004; Wykes et al., 2005) ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; Wykes et al., 1999) ในการศึกษา 7 เรื่องนี้ เป็นการศึกษาในต่างประเทศโดยที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก จำนวน 4 เรื่อง (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; England, 2007) ผู้ป่วยใน จำนวน 2 เรื่อง (Pinkam et al., 2004; McLeod et al., 2007) ศึกษาทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999) มีการวัดผลลัพธ์ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว คะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว ความถี่ของเสียงแว่ว อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว ด้านอาการทางจิต ด้านการรับรู้ต่ออาการผู้ป่วยและการยอมรับการรักษา ด้านภาวะสุขภาพ และยังได้ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ความรู้สึกยุ่งยากจากอาการหูแว่ว ด้านความรู้สึกลึกซึ้งซึมเศร้าผลลัพธ์แต่ละด้านได้ผลที่ดีแตกต่างกันไปในทุกผลลัพธ์ โดยพบว่าได้ผลดังนี้

1) ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว

พบว่ามีความถี่คะแนนด้านกลยุทธ์การปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับ 8 เป็น 10.5 (Wykes et al., 2005) และพบว่ามีทางเลือกใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธีขึ้น เช่น การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับคนอื่น เป็นต้น และมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการหูแว่วเพิ่มมากขึ้น (baseline 73%, pre-treatment 54%, post-treatment 92%, Follow-up 78%)(Wykes et al., 1999)

2) ด้านอาการหูแว่ว: พิจารณาเป็นรายด้านดังนี้

- ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว: พบว่ากลุ่มทดลอง ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลง จำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้งการเกิดเสียงแว่วและระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wiersma et al., 2001) ส่วนอีกการศึกษา

หนึ่ง พบว่าหลังการบำบัดกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (Wykes et al., 2005)

- คะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Rating Scale [PSYRATS]) พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอาการหูแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005; Pinkam et al., 2004)

- ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 2.6 เป็น 1.4 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมลดลงจาก 2.8 เป็น 2.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ของเสียงแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McLeod et al., 2007)

- อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงจาก 4.2 เป็น 3.3 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 3.9 เป็น 4.1 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McLeod et al., 2007)

- ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 3.2 เป็น 2.6 ส่วนระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 2.5 เป็น 3.0 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลงน้อยกว่า (McLeod et al., 2007)

- ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (Beliefs About Voices Questionnaire-Revised [BAVQ-R]) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session กับกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่ากลุ่มที่ได้รับ intervention 7 session หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 52.6 เป็น 40.8 ส่วนกลุ่มที่ได้รับ intervention 20 session พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 61.8 เป็น 55.6 (Pinkam et al., 2004)

- ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว พบว่าหลังการบำบัดการรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วเพิ่มขึ้นและลดการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005)

3) ด้านอาการทางจิต

- ด้านอาการทางคลินิก การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ Expanded Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS-E] ก่อนและหลังช่วง treatment period พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเฉพาะในช่วง treatment period เท่านั้น (Wykes et al., 1999)

- ด้านการรับรู้ต่ออาการป่วยและการยอมรับการรักษา (Self-Report Insight Scale for Psychosis [IS]) มีการศึกษา 1 เรื่อง (Wykes et al., 1999) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ในช่วง waiting period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ช่วง treatment period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยยังคงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงช่วง Follow-up (Wykes et al., 1999)

- ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าหลังให้ intervention เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดลดลง (จาก 8.4 mg/d เป็น 6.2 mg/d) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ในขณะที่ 3 คน หยุดรับประทานยา และ 5 คน ไม่ต้องรับประทานยาด้านโรคจิต ส่วนการติดตามประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าช่วง follow-up 4 ปี ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีถึงที่สุด ร้อยละ 33 ดีพอสมควรและร้อยละ 26 ไม่ดี (Wiersma et al., 2001)

4) ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

พบว่าคะแนนด้านปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Behavioural Schedule [SBS]) ลดลง โดยเมื่อประเมินผลหลังทำกิจกรรมทันทีพบว่า คะแนนปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของ SBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) (Wykes et al., 2005) โดยที่หลังการให้ intervention พบว่าในการ follow-up 2 ปี พบว่าร้อยละ 41 การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และร้อยละ 16-22 มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น/ การพบปะผู้อื่นดีขึ้น ส่วนการแก้ไขสถานการณ์ (even further improved) นั้นพบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ดีขึ้น และร้อยละ 31 แย่ลงอย่างน้อย 1 ด้าน ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทางที่ดีขึ้นมากกว่าและมีความเสื่อมน้อยกว่า

- ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พบว่าในช่วง 18 สัปดาห์, และ 54 สัปดาห์ หลังจากรับการบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับ intervention มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเพิ่มมากขึ้นกว่าคะแนน

ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (England M., 2007) และคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในช่วง treatment period และ Follow-up เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$, $p = 0.017$) (Wykes et al., 1999) แต่มีอยู่ 1 การศึกษาที่พบว่าหลังการได้รับ intervention ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.1$) (Wykes et al., 2005)

- ความรู้สึกเบื่อก่อนหน้าจากการหูแว่ว (burden of hearing voices)

พบว่าความทนทุกข์จากความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกรบกวนทางความคิดและกิจกรรมประจำวัน ลดลงจากร้อยละ 81 เป็น 20% ในการ follow-up 2 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 30% ในการ follow-up 4 ปี ช่วง follow-up 2 ปี ผู้ป่วยมากกว่า 50% สามารถควบคุมอาการหูแว่วและความคิดของตนเองได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยรู้สึกว่าการหูแว่วไม่รบกวนชีวิตประจำวันและไม่รู้สึกวิตกกังวล เมื่อถามผู้ป่วยเปรียบเทียบอาการหูแว่วและความยุ่งยากระหว่าง follow-up 2 ปี และ 4 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 50 อาการดีขึ้น ร้อยละ 40 รู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 18 รู้สึกแย่ลง (Wiersma et al., 2001)

- ด้านความรู้สึกซึมเศร้า พบว่าการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่วที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเพิ่มความสามารถควบคุมเสียงและการลดซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Newton et al., 2005)

การบำบัดตามแนวคิดของ CBT นี้ให้ผลลัพธ์ในระยะยาว และสามารถปรับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ได้ผลลัพธ์หลายด้าน แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้รับการบำบัดต้องมีอาการทางจิตที่ดี ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้รับการบำบัดมากเพราะระยะเวลาในการบำบัดส่วนใหญ่ค่อนข้างนาน ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัดแบบ CBT ที่ดี

2.2.3 ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) มีการศึกษา จำนวน 4 เรื่อง จากการศึกษานี้ทั้ง 4 เรื่อง (Buccheri et al., 2004; Lawrence et al., 2000; Trygstad et al., 2002 ; Persaud & Marks, 1995) เป็นการศึกษาอยู่ในระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง พบว่าไม่ได้ระบุสถานที่ให้การบำบัดจำนวน 1 เรื่อง (Lawrence et al., 2000) และบำบัดในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 เรื่อง (Trygstad et al., 2002 ; Persaud & Marks, 1995) และอีก 1 เรื่อง บำบัดในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์

จิตเวช และโรงพยาบาลกลางวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก (Buccheri et al., 2004) ศึกษาผลลัพธ์ในด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ด้านความวิตกกังวล และด้านความซึมเศร้า ผลลัพธ์ด้านลักษณะและอาการหูแว่วนั้น ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรมสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการหูแว่วอย่างได้ผลดังนี้

- **ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว** (Lawrence et al., 2000) พบว่าหัตถ์ดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สมาชิกกลุ่ม 7 คน จาก 9 คน บอกว่าสามารถผนวก self-control skill เข้ากับ lifestyle ของพวกเขาได้อย่างดี และได้ประโยชน์จากการฝึกทักษะดังกล่าวอย่างมาก

- **ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว** พบว่าผู้ป่วยรู้สึกสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น ช่วงเวลาที่มีอาการหูแว่วก็ลดลง และการแยกตัวออกจากสังคมลดลง (Persaud & Marks, 1995)

- **ด้านความวิตกกังวล** พบว่าอาการวิตกกังวลลดลง (Persaud & Marks, 1995) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trygstad et al., 2002) เมื่อติดตามประเมินผลเดือนที่ 3, 6, 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลปรับตัวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Buccheri et al., 2004)

- **ด้านความซึมเศร้า** พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trygstad, et al., 2002)

การบำบัดตามแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมสามารถช่วยลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้ รวมทั้งสามารถให้ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมด้วย คือสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้

2.2.4 ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ

(Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) มีการศึกษา จำนวน 1 เรื่อง (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003) ผลการศึกษาอยู่ในระดับ C เป็นการศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน ศึกษาผลลัพธ์ในด้านความสามารถในการไม่ใส่ใจในอาการหูแว่ว พบว่าผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการไม่ใส่ใจในอาการหูแว่วจนเป็นอิสระจากอาการหูแว่ว ข้อดีของการศึกษานี้คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมค่อนข้างหาและทำเองได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถเป็นอิสระจากอาการหูแว่วได้ แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องทำเป็นรายบุคคล ค่อยๆฝึกเป็นฐานจนกว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะผ่านไปได้จึงจะเปลี่ยนฐานการฝึก ต้องใช้ผู้บำบัดที่มีบุคลิกภาพสุภาพ นุ่มนวล ใจเย็น ให้บริการด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทุกระดับในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชในนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการเลือกรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล บุคลากร และผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่ง อันจะช่วยส่งเสริมให้ผลการบำบัด ยั่งยืน คุ่มค่าใช้จ่าย และสามารถกระทำได้อย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการบำบัดแต่ละรูปแบบสามารถช่วยให้อาการหูแว่วลดลง อย่างไรก็ตามการบำบัดแต่ละรูปแบบก็มีข้อดีหรือข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การนำไปใช้ควรพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ นั้นๆ ดังนี้

- การจัดการอาการหูแว่วโดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom Management) จากผลการศึกษาของงานวิจัยต่างๆ พบว่าการบำบัดนี้สามารถช่วยลดลักษณะและอาการหูแว่วได้ โดยใช้ในแผนกผู้ป่วยใน ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสั้น อย่างไรก็ตามการศึกษาที่นำมาสังเคราะห์นี้ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาวและไม่มีการวัดผลลัพธ์ทางจิตสังคมด้านอื่นๆ ดังนั้นในการนำไปใช้น่าจะมีการติดตามประเมินระยะยาว 6 เดือน/ 1 ปี และควรประเมินผลลัพธ์ทางจิตสังคมร่วมด้วย เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้า เป็นต้น
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม/มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวล อาจใช้การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการบำบัดความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy [CBT]) หรือทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral Management/ Behavioral Modification) ซึ่งเหมาะแก่การใช้ทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- การจัดการอาการโดยใช้ทฤษฎีการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่พุทธิปัญญา/ การฝึกเลือกสนใจ (Cognitive Rehabilitation/ Attentional training) สามารถใช้ได้ผลดีในการบำบัดเป็นรายบุคคล ดังนั้นถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมากอาจต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก
- ควรมีการบูรณาการ แนวคิดทฤษฎี เช่น CBT และ Behavioral Management หรือพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เหมาะสมกับปัญหา หรือลักษณะของผู้รับบำบัด เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการหูแว่วให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การจัดการอาการหูแว่วเป็นวิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังกรมรูปแบบหนึ่งที่พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วย อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษารูปแบบและทฤษฎี และฝึกทักษะต่าง ๆ เป็นอย่างดีก่อนนำไปใช้ และควรให้ความสำคัญ

อย่างยิ่งต้องประกอบด้วย ๔ ประการของการบำบัด ได้แก่ การเลือกรูปแบบ และทฤษฎีที่เหมาะสมกับ ปัญหาของผู้รับบำบัด การกำหนด และการพัฒนาคุณสมบัติที่เหมาะสมของ ผู้บำบัด และการ คำนึงถึงลักษณะของผู้รับการบำบัด นอกจากนี้ควรนำมาใช้ร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ เพื่อให้ เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ในทฤษฎี การจัดการอาการ (Symptom Management) เกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล และมีเพียง 1 การศึกษาเท่านั้นที่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอก ดังนั้นควร ทำการศึกษาเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยนอก และในผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนด้วย
2. การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่ม ควบคุม ดังนั้นควรมีการศึกษารูปแบบการศึกษาแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างของกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม
3. การวิจัย เกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการติดตามผลใน ระยะ 6 เดือน/ 1 ปี ด้วย หรือมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย เพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษา
4. ควรมีศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิผลสำเร็จในการจัดการ อาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการอาการ

A SYNTHESIS RESEARCH ON SYMPTOM MANAGEMENT OF AUDITORY HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA

JUTARAT PILA 4937564 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D. (NURSING), BUALUANG SUMDENGRI, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Schizophrenia is a disorder of cognition, emotion, perception, and behavior (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2542). It is a very serious and important psychiatric disorder. Most of the patients with a chronic mental condition who seek treatment at a hospital are diagnosed with schizophrenia. According to the statistics on mental illness of the Thai population, about 23% of all mental patients suffer from schizophrenia (Department of Mental Health, B.E. 2550). In addition, according to the report of the Department of Mental Health, in 2003, the number of schizophrenia patients who seek services in the service provision units under the Department of Mental Health increased from 296,000 in the fiscal year 2002 to 306,000 in the fiscal year 2003. The number of patients who were hospitalized also increased from 19,700 in the fiscal year 2002 to 20,100 in the fiscal year 2003 (Department of Mental Health, B.E. 2546).

According to the annual report of Srithanya Hospital (B.E. 2549), which is a tertiary mental healthcare service provider, in the fiscal year 2006, the total number of psychiatric patients who sought services at the hospital was 113,700. Of these, more than half, or 55%, were schizophrenia patients. Furthermore, about 6,600 of the psychiatric patients were admitted as inpatients, and 61% of whom were those with

schizophrenia. In general, schizophrenia is a serious chronic disorder with a high rate of relapses, at approximately 70% of the cases (Department of Mental Health, B.E. 2545). As many as 293 of schizophrenia patients who were admitted into the hospital had to be readmitted within 28 days after discharge (Annual Report, Srithanya Hospital, B.E. 2549).

An increase in the number of schizophrenia patients who are admitted into the hospital leads to socioeconomic losses. In particular, as most of the schizophrenia patients are adults who are in their working age, when they become chronically ill, the country will lose manpower and spend a huge amount of budget on treatment (Wannapa Ploygleun, B.E. 2540).

The real cause of schizophrenia is not yet conclusive. However, previous studies have shown that there are a number of factors that promote the onset of schizophrenia including biological factors and psychosocial factors, even though existing scientific evidence has pointed out that schizophrenia is more likely to be caused by biological factors rather than psychosocial factors or upbringing (Manit Srisupanon & Chamlong Disayavanich, B.E. 2542). The existing hypothesis which still holds up to the present is the dopamine hypothesis which believes that schizophrenia results from dopaminergic hyperactivity, especially in the mesolimbic and mesocortical tract. This may be due to the abnormality of the post-synaptic receptor this is because it has been found that the antipsychotic drugs work by inhibiting the dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) (Manote Lortrakul, B.E. 2548). Hallucination may be caused by too much dopamine in the limbic system, which is a system whose functions involve memory, concentration, and emotional expressions, as well as interpersonal interactions with other people in society (Somphob Ruangtrakul, B.E. 2542).

The symptoms of schizophrenia patients can be divided into three main categories (Manote Lortrakul, B.E. 2548) as follows: 1) psychotic dimension including hallucination and delusion, 2) disorganization dimension involving disorganized behavior and disorganized speech, and 3) negative dimension involving a lack of what normal people have such as un-talkative, reduced emotional expression, and lethargy. Sometimes the psychotic dimension and the disorganization dimension are grouped together and called positive symptoms. During relapses, major symptoms are mainly

positive symptoms, and the most commonly found symptom is paranoid. The patients suffer from delusion and hallucination, especially auditory hallucination, which is found in as much as 75% of schizophrenia patients (Janya Thanyadee & Chinanart Jittarom, B.E. 2547). The auditory hallucination comes in a form of a story, and the symptoms which are recognized as signs of schizophrenia are voice discussion and voice commenting (Manote Lortrakul, B.E. 2548). A study conducted by Janya Thanyadee & Chinanart Jittarom (B.E. 2547) in schizophrenia patients with auditory hallucination has shown that schizophrenia patients feel that such experience is unsatisfactory and causes them suffering. As much as 69.3% of schizophrenia patients develop negative feelings when they experience auditory hallucination. Moreover, it has been found that auditory hallucination is the most frequently found warning sign of relapses in schizophrenia patients, as it can be found in as many 53% of them (Meijel, Gaag, Sylvain, & Grypdonck, 2004). If such symptoms are left untreated or are not correctly treated, they will lead to serious effects including harm to oneself, others, and properties (Manote Lortrakul & Pramote Sukanit, B.E. 2542), and they can contribute to suicide attempts in schizophrenia patients.

Treatment of schizophrenia patients with hallucination is usually done with antipsychotic drugs, especially neuroleptics which relieve auditory hallucination and reduce relapses (Janya Thanyadee, B.E. 2544). Even though it is accepted that antipsychotic drugs can relieve auditory hallucination, sometimes the prescription of antipsychotic drugs fail to control the symptom. It is found that 20-30% of patients with auditory hallucination do not respond to treatment, so the patients continue to suffer from auditory hallucination (Naruemol Suriya, B.E. 2550). Therefore, one of the major roles of nurses is to promote patients' ability to manage their auditory hallucination to reduce their suffering. If patients are able to control their suffering and successfully manage their symptoms, the number of patients who seek healthcare services will be reduce and the patients will be better able to take care of their own health, hence better living and quality of life (Wannapa Srithanyarat, B.E. 2548).

Symptom management is similar to self-control, self-monitoring, self-care, self-regulation, and self-management (Kleinman, 1980; Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978). It refers to different methods that the patients and family use when they experience one symptom or another. Each individual has different experience and

perception, so symptom assessment and responses to symptoms vary, including direct and indirect impacts on the onset of symptoms, treatment, search for treatment, and management of different symptoms as well as outcomes experienced by each individual.

The symptom management model discusses three major concepts of symptom experience, symptom management strategies, and outcomes. All three concepts are interrelated and have influence on one another. Thus, they can affect the resulting symptoms. The nursing factors that have influence on these three concepts are persons, health and illness, and environment. It is believed that individual have experience, potential, and ability to manage their own health effectively (Dodd et al., 2001; Larson et al., 1994). Whenever individuals are unable to take care of themselves, nurses will offer assistance and support to promote individuals' self-care efficacy (Dodd et al., 2001; Phongphan Arunsang, B.E. 2548). Therefore, management of auditory hallucination is one major role of nurses.

The symptom management model has been utilized in psychiatric patients with satisfactory outcomes. For example, Nathaporn Baoraung (B.E. 2550) conducted a study on management of auditory hallucination in schizophrenia patients and found that after being taught how to manage their auditory hallucination, all schizophrenia patients were able to control the noises and were relieved from the sufferings caused by auditory hallucination. As a result, teaching and giving advice on management of auditory hallucination in schizophrenia patients is considered important. Nurses should play a role of teachers, counselors, and trainers of patients to enable them to divert their attention from the noises they hear or to lessen or eliminate the sufferings caused by the noises.

At present, the number of studies on management of auditory hallucination is increasing. These management strategies vary in terms of outcomes. A review of literature has revealed that there is not analysis and synthesis of research on auditory hallucination in schizophrenia patients that were conducted both in Thailand and abroad. For this reason, the researcher was interested in investigating, compiling, analyzing, and synthesizing research related to management of auditory hallucination in schizophrenia patients. It was anticipated that the findings of the study would increase knowledge and understanding regarding auditory hallucination in

schizophrenia patients and be implemented to more effectively provide care to schizophrenia patients suffering from auditory hallucination.

Research Objective

To synthesize research on management of auditory hallucination in schizophrenia patients in terms of management strategies and their effectiveness

Expected Outcomes and Benefits

The body of knowledge derived in this study could be used to more effectively manage auditory hallucination in schizophrenia patients.

Definition of Terms

Schizophrenia patients with auditory hallucination refer to patients who have been diagnosed with schizophrenia based on the DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual-IV) or ICD-10 (The International Classification of Diseases-10). They are patients who suffer from cognitive, emotional, behavioral, and personality disorders, which involve abnormal emotional expressions, with auditory hallucination as one of the major symptoms. The noise the patients hear may or may not be related to them, but the patients can perceive it and assessed it by themselves as auditory hallucination.

Management of auditory hallucination in schizophrenia patients refers to various strategies used by the patients to manage or control their own symptoms or to take care of themselves when they are experiencing auditory hallucination to eliminate or lessen their suffering such as symptom management, cognitive behavioral therapy, behavioral management/ behavioral modification, and cognitive rehabilitation/ attentional training, etc.

Methodology

The present systematic review aimed at compiling, analyzing, and synthesizing evidence and research literature on management of auditory hallucination

in schizophrenia patients based on the criteria proposed by Polit and Hungler (1997) as follows:

Search for information sources

1. *Data sources:* The information resources used in this study included manual searches and electronic databases of research reports published both in Thailand and abroad.

1) Research reports and academic documents published in Thailand were searched from the libraries of Mahidol University (Mulinet), Chiang Mai University (Lib.Cmu), Khon Khaen University (Lib.kku), Prince of Songkla University (nur.psu), Chulalongkorn University (Lib.care.chula), and Department of Mental Health (dmh.).

2) Research reports and academic documents were also retrieved from major medical and nursing databases including CINAHL, PubMed, ProQuest, Ovid, Sciencedirect, CoChrane library and Blackwell Synergy.

3) Research reports and academic documents were also retrieved through manual searchers from different university libraries such as the libraries of Mahidol University, Chiang Mai University, and Department of Mental Health, etc.

2. *Keywords:* The keywords used in the search were the following: Auditory Hallucination, Auditory Hallucination and Behavioral Therapy, Auditory Hallucination and Symptom Management, Auditory Hallucination and Management, Auditory Hallucination and Coping.

3. The selection criteria were as follows:

1) The clinical nursing practice guidelines involved management of auditory hallucination in schizophrenia patients.

2) The study samples were schizophrenia patients.

3) The studies could be any level of research evidence.

4) The full texts of the studies could be retrieved.

Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

The review of literature and search for research evidence on auditory hallucination in schizophrenia patients resulted in a total of 19 studies that met the selection criteria and were analyzed in the following manners:

1. *Evaluation of research quality* was conducted based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divide the evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence derived from a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or single research whose design is a randomized controlled trial (RCT).

Level B refers to evidence derived from a meta-analysis of at least one randomized controlled trial (RCT), quasi-experimental research, or experimental research with no random assignment.

Level C refers to evidence derived from comparative studies, correlational studies, or descriptive studies.

Level D refers to evidence derived from a consensus of experts.

When the aforementioned criteria were used, it was found that of the 19 studies selected, four were categorized under Level A, 13 were categorized under Level B, and two were categorized under Level C.

2. *Data extraction* were considered based on the following aspects of research:

- 1) Research problems/research objectives
- 2) Research design
- 3) Sample
- 4) Research setting
- 5) Data collection procedures
- 6) Methods/nursing interventions
- 7) Research findings/results
- 8) Implications/Implementations of research findings/results

After that, the extracted data were synthesized regarding the management strategies and their effectiveness when used to manage auditory hallucination in schizophrenia patients.

Research Findings

The findings of the present study could be divided into two aspects as follows:

1. Quality and sufficiency of research evidence and academic documents

In this study, a total of 19 research studies were analyzed and synthesized. The quality of these selected studies were determined based on the criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544). Of these 19 studies, four were categorized under Level A or experimental studies (Wykes, Hayward, Thomas, Green, & Surguladze, 2005; England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan, & Penn, 2004; McLeod, Morris, & Birchwood, 2007), 13 were categorized under Level B (Pannapa Sangsong, B.E. 2549; Naruemol Suriya, B.E. 2550; Jarungjit Chumthavorn, Ornalini Singkhorn, Nantana Thongduang, & Palada Hemloha, B.E. 2551; Kanungpairn, 2005; Natthaporn Baoraung, B.E. 2550; Phongsri Laotanon, B.E. 2550; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, & White, 2002; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, & White, 2004; Perlman & Hubbard, 2000; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin, & Klainin, 2007), and two were categorized under Level C or case studies (Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995). Of these, seven studies were conducted in Thailand, while 12 studies were conducted abroad.

2. Management strategies and their effectiveness

2.1 Management strategies

Symptom management Model is a form of therapy which maintains that individuals are able to manage their own symptoms. If individuals are unable to manage their own symptoms, nurses will then offer assistance and advice. The symptom management model consists of three major concepts of symptom experience, symptom management strategies, and symptom outcomes, which can be used to manage both physical and mental symptoms. As for management of auditory hallucination, symptom experience will enable service providers and service users to assess their perceived symptoms, evaluate the symptoms, and responds more appropriately to the symptoms. On the other hand, symptom management strategies are processes used by individuals to manage or control the symptoms. The success of symptom management depends on cooperation among the patients, family or caregivers, care system, and medical staff. As regards auditory hallucination management strategies, nurses have to support the patients to make them understand that what they are experiencing are only the symptom of their disorder, not something they real. They also need to make the patients confident that the healthcare team and

their family members understand what is happening to them so as to ensure good outcomes of symptom management.

Cognitive behavioral therapy (CBT) is a therapy which combines cognitive adjustment and behavioral adjustment as it is believed that a mental illness results from distorted thinking of patients. As a result, cognitive adjustment and behavioral adjustment will improve the patients' symptoms and enable them to better understand the disorder and themselves. According to this theory, it is also believed that if the patients' belief can be adjusted, their symptoms will be improved and such improvement will be long-lasting. Westbrook (2007, cited in the Department of Mental Health, B.E. 2552) has pointed out that the cognitive behavioral therapy can be used to treat patients with different disorders. It involves changing the patients' thinking, emotions, and behaviors, as well as solving problems with directions. Cognitive behavioral therapy can be conducted by the patients themselves after they have learned how to help themselves and how to manage the problems, or even how to live with such problems. Cognitive behavioral therapy is generally used to manage different physical and psychological symptoms, including auditory hallucination.

Behavioral Management/ Behavioral Modification is a therapy that applies behavioral principles to systematically change human behaviors (Sompote Iamsupasit, B.E. 2549). In this theory, behavioral adjustment directly aims at the behavior itself without using stigmatizing words because stigma may make individuals act in a way that they are stigmatized. Normal or abnormal behavior results from past learning, and it can be changed with the learning process. Behavioral adjustment emphasizes only the present condition and time, and positive methods rather than negative methods. Behavioral adjustment can be used appropriately according to individuals' problems. Therefore, behavioral adjustment has to take individual differences into consideration. It has been scientifically proved that behavioral management/ behavioral modification is effective when it is used based on the development of new behaviors, adjustment of existing behaviors, and reduction in arousals that lead to inappropriate behaviors. It is based on the theory of condition and social learning. When this theory is used to manage auditory hallucination, it begins with analyzing the behaviors, determining the targeted behaviors, examining reinforcing factors, and recording behaviors, etc. The difference lies in the fact that

the persons who carry out these steps are the clients, and the therapists are the persons who teach these techniques to the clients to ensure that they are able to make use of these techniques themselves.

Cognitive rehabilitation/ attentional training is based on the belief that cognition is a results of functioning of different parts of the brain, which becomes a basis for different activities in daily living of individuals. Cognitive function includes concentration, attention, perception of information, orientation, and memory. Cognitive rehabilitation may depend on cooperation from different cognitive functioning. For instance, teaching the patients to manage their own medication intake depends on orientation, attention, and memory which enable the patients to carry out the activity. Cognitive rehabilitation can be used in different cases. For physical illnesses, cognitive rehabilitation is used with patients with brain injury to restore their perception. As for mental illnesses, cognitive rehabilitation is used to manage patients' auditory hallucination. In particular, attention is used to allow patients to choose their interest from the noise they hear, while concentration allows patients to choose to listen to the noise with distracting sound, hence training them to focus on what they are interested in. It is a rehabilitation of perception, which enables the patients to eventually ignore the noise they hear, thus relieving them from the suffering caused by auditory hallucination.

2.2 Effectiveness of each form of therapy

The study findings have led to a conclusion that these therapies can be used to manage auditory hallucination in schizophrenia patients, which can be explained as follows:

The analysis and synthesis of research literature has revealed that all types of therapies can reduce auditory hallucination in schizophrenia patients (Wykes, Hayward, Thomas, Green, & Surguladze, 2005; England, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan, & Penn, 2004; McLeod, Morris, & Birchwood, 2007; Pannapa Sangsong, B.E. 2549; Naruemol Suriya, B.E. 2550; Jarungjit Chumthavorn, Ornalin Singkhorn, Nantana Thongduang, & Palada Hemloha, B.E. 2551; Kanungpairn, 2005; Natthaporn Baoraung, B.E. 2550; Phongsri Laotanon, B.E. 2550; Trygstad, Buccheri, Dowling, Zind, & White, 2002; Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, & White, 2004; Perlman & Hubbard, 2000; Kanungpairn, Sitthimongkol, Wattanapailin, & Klainin, 2007;

Hatashita-Wong & Silverstein, 2003; Persaud & Marks, 1995). However, these therapies vary in terms of their effectiveness, which can be categorized and discusses below.

1. Symptom management model: There were seven studies. Of these, one compared the effect of the symptom management strategies between the experimental group and the control group (Jarungjit Chumthavorn, Ornalin Singkhorn, Nantana Thongduang, & Palada Hemloha, B.E. 2551), while the other six studies used a one-group design (Pannapa Sangsong, B.E. 2549; Naruemol Suriya, B.E. 2550; Kanungpairn, 2005; Natthaporn Baoraung, B.E. 2550; Phongsri Laotanon, B.E. 2550; Kanungpairn, 2006). As regards its outcomes, symptom management program can reduce auditory hallucination in terms of schizophrenia patients' behaviors to manage auditory hallucination and schizophrenia patients' self-control of auditory hallucination and suffering caused by auditory hallucination. The benefits of symptom management model are as follows:

- *Characteristics and severity of auditory hallucination:* Mean scores of characteristics and severity of auditory hallucination obtained after the participation in the program were lower than those obtained before the participation in the program with statistical significance (Pannapa Sangsong, B.E. 2549; Naruemol Suriya, B.E. 2550; Kanungpairn, 2005; Kanungpairn, 2006).

- *Auditory hallucination management strategies:* After participating in the program, schizophrenia patients with auditory hallucination who did not have symptom management strategies were able to appropriately choose the strategies to manage their auditory hallucination. As for those who already had symptom management strategies, they learned new strategies in the program and were able to more effectively choose the strategies to manage their symptoms (Naruemol Suriya, B.E. 2550; Natthaporn Baoraung, B.E. 2550; Phongsri Laotanon, B.E. 2550).

- *Behaviors to manage auditory hallucination in schizophrenia patients:* It was found that schizophrenia patients who participated in the program had higher mean scores of behaviors to manage auditory hallucination than those of the patients who did not participate in the program with statistical significance at the .05 level (Jarungjit Chumthavorn, Ornalin Singkhorn, Nantana Thongduang, & Palada Hemloha, B.E. 2551).

- *Self-control of auditory hallucination, disturbed feelings, and suffering caused by auditory hallucination*: After participating in the program, schizophrenia patients with auditory hallucination had higher scores of self-control, their disturbed feelings and annoyance caused by auditory hallucination reduced, and their suffering caused by auditory hallucination was lessened (Natthaporn Baoraung, B.E. 2550).

Symptom management model can be easily implemented both at the inpatient clinic and outpatient clinic. The duration of the activities is rather short, lasting about two to three weeks. The therapists may be nursing staff who are knowledgeable about symptom management or who have undergone training before carrying out the activities. However, in the studies selected, none involved the follow-up of long-term effects of the symptom management model. Also, there is no study that investigates the effects of the model on other psychosocial aspects of the patients. Therefore, further studies should be conducted to shed more light on these issues.

2. Cognitive behavioral therapy (CBT): There are seven studies that investigated the effectiveness of cognitive behavioral therapy. Of these, four were categorized under level A (England, 2007; McLeod, Morris, & Birchwood, 2007; Pinkam, Gloege, Fanagan, & Penn, 2004; Wykes, Hayward, Thomas, Green, & Surguladze, 2005), and three were categorized under level B (Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; Wykes et al., 1999). All these studies were conducted abroad. Furthermore, four studies were conducted with outpatients (Wykes et al., 2005; Newton et al., 2005; Wiersma et al., 2001; England, 2007), two were conducted with inpatients (Pinkam et al., 2004; McLeod et al., 2007), and one study was conducted with both inpatients and outpatients (Wykes et al., 1999).

1. Assessment of outcomes of symptom management strategies of auditory hallucination was conducted regarding characteristics and severity of auditory hallucination, mean scores of auditory hallucination, frequency of hallucinating noises, the perceived power of hallucinating noises, levels of distress, belief about auditory hallucination, efficacy to manage auditory hallucination, mental symptoms, perceived symptoms and acceptance of treatment, health status, and psychosocial outcomes such as social functioning, self-esteem, burden of hearing voices, and depression. The outcomes of each aspect of auditory hallucination vary as follows:

1. Symptom management strategies

It was found that the mean score of adaptation strategies increased from 8 to 10.5 (Wykes et al., 2005). It has also been found that the patients used more various strategies such as reading books, talking to others, etc. Finally, the effectiveness of management of auditory hallucination has also increased (baseline at 73%, pre-treatment at 54%, post-treatment at 92%, and follow-up at 78%) (Wykes et al., 1999).

2. Auditory hallucination symptoms

They can be considered in each aspect as follows:

- Characteristics and severity of auditory hallucination: It was found that the characteristics and severity of auditory hallucination of the experimental subjects decreased. In addition, the number of hallucinating noises, number of times the patients suffered from auditory hallucination, and duration of auditory hallucination reduced with statistical significance (Wiersma et al., 2001). In another study, the findings showed that after the experiment, the experimental subjects had less suffering caused by auditory hallucination than the control subjects (Wykes et al., 2005).

- As regards the mean scores of auditory hallucination, the Auditory Hallucinating Rating Scale (PSYRATS) was used, and the findings showed that the mean scores of auditory hallucination reduced with statistical significance (Newton et al., 2005; Pinkam et al., 2004).

- With regard to frequency, the findings indicated that the mean score of frequency of hallucination of the experimental subjects reduced from 2.6 to 1.4. On the other hand, the mean score of frequency of hallucination of the control subjects reduced from 2.8 to 2.7. When comparing the two groups, it was found that the frequency of hallucination of the experimental subjects was lower than that of the control subjects with statistical significance (McLeod et al., 2007).

- As regards perceived power, it was discovered that the mean score of perceived power of the experimental subjects reduced from 4.2 to 3.3. On the contrary, the mean score of perceived power of hallucination of the control subjects increased from 3.9 to 4.1. When a comparison between the two groups of subjects was made, it was found that the perceived power scores of the experimental subjects

were lower than those of the control subjects with statistical significance (McLeod et al., 2007).

- Regarding levels of distress, the findings showed that the mean score of levels of distress of the experimental subjects reduced from 3.2 to 2.6. In contrast, the mean score of levels of distress of the control subjects increased from 2.5 to 3.0. When comparing the two groups of subjects, it was found that the levels of distress of the experimental subjects tended to reduce while those of the control subjects did not (McLeod et al., 2007).

- When it came to beliefs about voices, the Beliefs about Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R) was used to compare schizophrenia patients who received seven sessions of intervention and those who received 20 sessions of intervention. After the treatment, the mean score of the former reduced from 52.6 to 40.8, while the mean score of the latter reduced from 61.8 to 55.6 (Pinkam et al., 2004).

- As for efficacy to manage auditory hallucination, the findings revealed that after the treatment, the schizophrenia patients' efficacy to control voices increased while their perceived power decreased with statistical significance (Newton et al., 2005).

3. Mental symptoms

- As regards clinical symptoms, when comparing the expanded brief psychiatric rating scale (BPRS-E) before and after the treatment period, it was discovered that the mean scores of the subjects reduced with statistical significance during the treatment period only (Wykes et al., 1999).

- There was one study which investigated the schizophrenia patients' perception of symptoms and acceptance of treatment using the Self-Report Insight Scale for Psychosis (IS) (Wykes et al., 1999). The findings revealed that the mean score of IS during the waiting period after the treatment was lower than that obtained before the treatment with statistical significance, whereas the IS mean score during the treatment period after the treatment was higher than that obtained before the treatment with statistical significance, and the mean scores continued to increase up to the follow-up period (Wykes et al., 1999).

- Concerning health status, it was found that after the intervention, when the patients were discharged from the hospital, the amount of dosage required by the patients reduced with statistical significance from 8.4 mg/d to 6.2 mg/d. In addition, five patients had motivation to adhere to medication intake, three patients were able to discontinue their medication intake, and five patients no longer needed antipsychotic drugs. A four-year follow-up on health status showed that 39% of the patients assessed their own health status as good to excellent, 33% as fairly good, and 26% as not good (Wiersma et al., 2001).

4. Psychosocial outcomes

- As regards social functioning, the findings indicated that the scores obtained from the Social Behavioral Schedule (SBS) reduced. When the assessment was conducted immediately after the treatment, it was found that the total scores of problems in social functioning of the experimental subjects reduced more than those of the control subjects with statistical significance ($p = .018$) (Wykes et al., 2005). At the two-year follow-up after the intervention, it was found that 41% of the subjects had better daily living activities and 16-22% of them had better interpersonal relationships. Also, 59% of the patients even further improved, but 31% became worse in at least one aspect. Finally, child patients had better social changes and less deterioration.

- With regard to self-esteem, the findings showed that 18 and 54 weeks after the intervention, the scores of self-esteem of the experimental patients were higher than those of the control patients (England, 2007) and their self-esteem scores during the treatment period and the follow-up period increased with statistical significance ($p = 0.024$ and $p = 0.017$, respectively) (Wykes et al., 1999). However, there was one study which reported that after the intervention, the scores of self-esteem of both the experimental subjects and the control subjects were not different, but there was a tendency that the experimental subjects had higher self-esteem than the control subjects ($p = 0.1$) (Wykes et al., 2005).

- As for burden of hearing voices, the findings showed that suffering caused by anxiety, loss of self-control, and disturbances of thinking and daily living reduced from 81% to 20% during the two-year follow-up, but increased to 30% during the four-year follow-up. In addition, during the two-year follow-up, more than 50% of the subjects were able to control their auditory hallucination and their own thinking,

and two-thirds of the subjects felt that auditory hallucination did not disrupt their daily living or cause them anxiety. When asked to compare auditory hallucination and difficulty during the two-year and four-year follow-ups, 50% of the subjects indicated that their symptoms improved, 40% stated that their symptoms remained unchanged, and 18% felt worse (Wiersma et al., 2001).

- Finally, when it came to depression, the findings revealed that a reduction in perceived power was positively associated with sufferings and depression with statistical significance at the .000 level. Moreover, the increase in perceived control of auditory hallucination was positively associated with a reduction in sufferings with statistical significance. Finally, increased efficacy to control voices and reduced depression were not statistically significantly related (Newton et al., 2005).

In conclusion, the treatment conducted based on the concept of cognitive behavioral therapy yields long-term effects and is able to adjust the schizophrenia patients' cognitive, emotional, and behavioral conditions. In other words, it yields different aspects of outcomes. However, one limitation is that the clients need to have good mental symptoms as the duration of the treatment is long, so good cooperation from the clients is required. Also, the therapists have to be knowledgeable and skillful to implement the cognitive behavioral therapy effectively.

3. Behavioral management/Behavioral modification

There were four studies which investigated the effectiveness of behavioral management/behavioral modification (Buccheri et al., 2004; Lawrence et al., 2000; Trygstad et al., 2002; Persaud & Marks, 1995). Of these, three studies were categorized under level B, while one study was under level C. Furthermore, one study did not specify the treatment setting (Lawrence et al., 2000), two studies were conducted in a hospital outpatient clinic (Trygstad et al., 2002; Persaud & Marks, 1995), and one study was carried out at a hospital outpatient clinic, a psychiatric center, and a day hospital due to the large sample size (Buccheri et al., 2004). These studies examined the outcomes in terms of auditory hallucination management strategies, characteristics and severity of auditory hallucination, anxiety, and depression. The findings showed that behavioral management/behavioral modification could be used to effectively manage auditory hallucination as follows:

- As for auditory hallucination management strategies, the findings revealed that after the intervention activities, seven out of nine schizophrenia patients were effectively able to combine self-control skills with their lifestyle and they considerably benefited from the intervention (Lawrence et al., 2000).

- As regards characteristics and severity of auditory hallucination, it was found that the patients were able to better control auditory hallucination, the duration of auditory hallucination reduced, and they had less social isolation (Persaud & Marks, 1995).

- With regard to anxiety, the findings reported that schizophrenia patients had less anxiety after the intervention (Persaud & Marks, 1995), and their mean score of anxiety after the intervention was lower than that obtained before the intervention with statistical significance (Trygstad et al., 2002). In addition, at the follow-ups conducted three, six, and nine months after the intervention, their mean scores of anxiety increased with statistical significance (Buccheri et al., 2004).

- Regarding depression, it was found that the mean score of depression obtained after the intervention was lower than that obtained before the intervention with statistical significance (Trygstad et al., 2002).

In summary, behavioral management/behavioral modification can be used to reduce characteristics and severity of auditory hallucination. It also has a good outcome on psychosocial well-being of the patients; that is, it can help reduce their anxiety and depression.

4. Cognitive rehabilitation/Attentional Training

There was one study categorized under level C (HatashitaWong & Silverstein, 2003). The study was conducted with inpatients to determine the effects on the ability to ignore auditory hallucination. The findings showed that the patients were able to develop their capability to ignore and become independent from auditory hallucination. The strengths of this therapy are that the equipment is easily available and can be made by the therapists and that it enables the schizophrenia patients to be independent from auditory hallucination. However, it has to be conducted on an individual basis and the patients need to be trained at each base until they are capable of doing the activity before moving on to the next base. Also, the therapists have to be polite, patient, and friendly.

In summary, the findings of the present analysis and synthesis could benefit all members in the psychiatric healthcare team who can implement these forms of therapy to more effectively provide care to patients with auditory hallucination. However, the therapy methods have to be selected and implemented with the hospital settings, healthcare staff, and schizophrenia patients taken into careful consideration to ensure the cost-effectiveness of the therapy and the sustainability of the therapy outcomes.

Recommendations

Based on the findings of the study, the following recommendations can be made:

For nursing practices

The findings of the present analysis and synthesis of management of auditory hallucination in schizophrenia patients have shown that these therapies are effective. However, there are some limitations that need to be taken into consideration, so nurses need to carefully consider their own nursing care contexts before finally selecting which form of therapy to use.

- The symptom management model has been found to be effective to reduce characteristics and severity of auditory hallucination. It can be used in the inpatient ward, and the duration of the activities is short. However, in the selected studies, there was no follow-up of its long-term effects and no other aspects of psychosocial outcomes were measured. Therefore, when implementing this model, a follow-up after six months or one year should be conducted, and its effects on other psychosocial aspects such as anxiety, stress, and depression should be investigated.
- Patients with problems with social functioning and depression or anxiety may be treated with cognitive behavioral therapy (CBT) or behavioral management/behavioral modification, both of which can be used effectively with inpatients and outpatients alike.
- Cognitive rehabilitation/Attentional training is found to be effective when it is used to treat patients on an individual basis. As a result, if there are a large number of patients, a large number of staff members will also be required.

- The integration of different theories and concepts such as cognitive behavioral therapy and behavioral management should be taken place. In addition, a clinical practice guideline to manage auditory hallucination in schizophrenia patients should be developed so as to more appropriately suit the problems or characteristics of the patients to further increase the effectiveness of management of auditory hallucination.

Management of auditory hallucination is one form of psychosocial therapy that can be implemented by nurses and other personnel in the psychiatric healthcare team. However, they need to thoroughly study the characteristics and theories related to each type of therapy as well as train different skills required in each therapy before implementation. They should also pay attention to different components of the therapies including selection of the therapy that best suits the problems of the schizophrenia patients, specification of qualifications of therapist, etc. Finally, these therapies may be implemented with other forms of therapy to maximize effectiveness in managing schizophrenia patients' auditory hallucination.

For nursing research

1. Almost all studies involving symptom management model selected in the present study were conducted with inpatients. There was only one study which investigated the effectiveness of symptom management model in outpatient schizophrenia patients. Therefore, further studies should be conducted to shed more light on the effectiveness of symptom management model to manage auditory hallucination of outpatients and schizophrenia patients who live in the community.

2. Most of the selected studies were quasi-experimental studies with no control groups. Thus, true experimental research with random assignments of the experimental subjects and control subjects should be carried out.

3. Research on management of auditory hallucination in schizophrenia patients should involve follow-ups conducted at six months or one year after the completion of the treatment or qualitative data should be collected to yield more empirical evidence to support the effectiveness of the therapy for managing auditory hallucination in schizophrenia patients.

4. Studies should also be carried out to explore factors that promote success of management of auditory hallucination in schizophrenia patients as well as

factors that hinder management of auditory hallucination in schizophrenia patients. In addition, theories and concepts should be integrated, and a clinical nursing practice guideline on management of auditory hallucination in schizophrenia patients should be developed to suit problems or characteristics of the patients to further increase the effectiveness of management of auditory hallucination in schizophrenia patients.



รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2546). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- _____. (2550). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- _____. (2552). การบำบัดความคิดและพฤติกรรม. ใน การอบรม *Cognitive Behavior Therapy* (การบำบัดความคิดและพฤติกรรม). ระหว่างวันที่ 16-20 กพ. 2552 ณ โรงแรม ริชมอนด์. จ.นนทบุรี. ม.ป.พ.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2545). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรรยา ัญญาคี. (2544). วิธีการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 19(3)
- จรรยา ัญญาคี และชินานาญ จิตตารมย์. (2546). การศึกษาอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการการุณย์*, 10(3), 20–38.
- จรงจิต ทุมถาวร, อรณรินทร์ สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปลดา เหมโลหะ. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(1), 86-97
- จิรารัตน์ พิมพีคิด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, (13), 1–13.
- จันทิมา องค์ไผ่ยิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพฯ.
- ณัฐภากรณ์ เป้าเรือง. (2550). การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ณัฐกานต์ ใจบุญ. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการกับอาการหูแว่ว ในผู้ป่วยจิตเภท. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐทิพร ชัยประทาน. (2547). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายจิตใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรคจิตกังวล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงแก้ว รอดอ่อง. (2547). การจัดการกับอาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา นุสผาสังข์. (2545). ภาวะความสามารถการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดารัตน์ คะฉิ่งเพียร. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล สุริยะะ. (2550). แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์. การศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา ภิญญาคำ. (2549). การจัดการอาการ. ใน เอกสารประกอบคำสอนกระบวนการวิชาการพยาบาลขั้นสูงในผู้ใหญ่ 1 สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นปีที่ 1. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). การจัดการอาการ (Symptom management). ใน การประชุมหัวข้อ นวัตกรรมทางการแพทย์กับการสร้างสรรค์คุณภาพบริการสุขภาพประชาชนไทย. วันที่ 1-2 ธันวาคม 2548 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชา ออคิด ขอนแก่น (น. 2). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ผ่องศรี เหล่าทะนันท, (2550). แนวทางการจัดการอาการหิวแหว่งในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช เลยราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรรณภา แสงส่อง. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหิวแหว่งต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่งในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. การศึกษาอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลีอนุวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). トラバ: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18 (1), 1-9
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิษฐ์. (2542). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ. ใน มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิษฐ์ (บก.). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (บก.). จิตเวชรามาริบัติ (น.121-141). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2542). จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- _____. (2543). จิตเวชศาสตร์ รามาริบัติ. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- รัชนิกร อุปเสน. (2540). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guideline). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(16), 36- 47.

- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2549). รายงานประจำปี2549, นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2552). รายงานประจำปี. สุราษฎร์ธานี: ผู้แต่ง
- วรรณภา พลอยเกลื่อน. (2540). ทักษะของพยาบาลจิตเวชในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.
- วรรณภา ศรีธีรัตน์. (2548). การจัดการอาการ(Symptom management). ใน การประชุมหัวข้อความเป็นเลิศทางการพยาบาล: การพัฒนานวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์เพื่อสุขภาพประชาชน. วันที่ 1-2 ธันวาคม 2548 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชา ออดิชั่นขอนแก่น (น. 1). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิลาวรรณ เทพโสธร. (2538). การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต.
- สถิตย์ วงศ์สุระประกิจ. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สภาการพยาบาล. (2545). ขอบเขตการปฏิบัติงานของ APN และมาตรฐานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.). การพยาบาลศาสตร์ของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: หจก. วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: หจก. วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิรา พึ่งเฟื่อง. (2550). ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิณี สุดใจ. (2549). ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการ และผลจากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

อรพรรณ ลีอนุวัตรวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้าน
สุขภาพการ มฟ.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*
(4th ed.), Text revision. Washington, D.C.: Author.

Amy, E. P., Gloege, T. A., Fanagan, S., & Penn, L. D. (2004). Group Cognitive – Behavioral
Therapy for Auditory Hallucinations: a pilot study. *Cognitive and Behavioral*
Practice, 11, 93-98.

Asaad, G., & Shapiro, B. (1986). Hallucination: Theoretical and clinical overview. *American*
Journal Psychiatry, 9(9), 1088 – 1097.

Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinical experimental and theoretical aspect* . New York:
International Universities Press.

Meijel, B., Gaag, M., Sylvain, K. R., & Grypdonck. H. F. M. (2004). Recognition of early warning
signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. *International Journal*
of Mental Health Nursing, 13, 107–116.

Buccheri, R., Trygstad, L., Dowling, G., & Hopkins, R. (2004). Persistent auditory hallucination
in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing, 42*(1), 19-27.

Buccheri, R., Trygstad, L., Dowling, G., Hopkins, R., & White, K. (2004). Long - term effects of
teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucination.
Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, 42(1), 18-27.

Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., & Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory
hallucinations in schizophrenia results of 1-year follow up. *Journal of Psychosocial*
Nursing, 35(12), 20-28.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., & Humphrey J. (2001). Advancing
the Science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.

England, M. (2007). Efficacy of Cognitive Nursing Intervention for voice hearing.
Perspectives in Psychiatric Care, 43(2), 69-76.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal*
of Advanced Nursing, 21, 1201-1210.

- Hatashita-Wong M. & Silverstein, S. M. (2003). Coping with voices: Selective attention training for persistent auditory hallucinations in treatment refractory schizophrenia. *Psychiatry*, 66(3), 225-261.
- James, C., Overholser, E. H., & Nasser. (2000). Cognitive behavior treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of contemporary Psychotherapy*, 30(2), 149.
- Kleinman, A. (1980). *Patient and Healer in Context of Culture*. Berkley: University of California.
- Kanungpairn, T., Sitthimongkol, Y., Wattanapailin, A., & Klainin, P. (2007). Effects of a symptom management program on auditory hallucination in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia : A pilot study. *Nursing and Health Sciences*, 9, 34-39.
- Larson, P. J. (1994). A model for symptom management. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Perlman, M. L., & Hubbard, A. B. (2000). A self-control skills group for persistent auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 17-21.
- Maram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). Saint Louis: C.V. Mosby.
- McLeod, T., Morris, M., & Birchwood, M. (2007). Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers (Part 1). *British Journal of Nursing*, 16(4), 248- 252.
- Newton, E., Landau, S., Smith, P., Monk, P., Shergill, S., & Wykes, T. (2005). Early psychological intervention for auditory hallucinations: An exploratory study of young people's groups. *The Journal of Nervouse and Mental Disease*, 193(1), 58 – 61.
- Persaud, R., & Marks, I. (1995). A pilot study of Exposure Control of Chronic Auditory Hallucinations in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 167, 45-50.
- Polite, D. F., & Hungler, B.P. (1997). *Essentials of Nursing Reseach: Method, Appaisal and Utilization* (4th ed.). New Jersy: Pearson Education.
- Trystad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., & White, K. (2002). Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia: Outcome from a 10 – week course. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(3), 84-91

- Wierma, D., Jenner, J. A., Willige, G., Spakman, M., & Nienhuis, F. J. (2001). Cognitive behavior therapy with the coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia : A naturalistic follow – up study of the durability of effects. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 194, 194-201.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., & Fannon, D. (2005). What are the effects of group cognitive behavior therapy for voices ? A randomized control trial. *Schizophrenia Research*. Retrieve July 17, 2008, from www.elsevier.com.
- Wykes, T., Parr, A. M., & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 175, 185-185.



ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 1

ชื่อเรื่องงานวิจัย การศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผู้แต่ง นางสาวพรรณภา แสงส่อง

แหล่งตีพิมพ์/ปี โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย / 2549

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว
Design	การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 2) อายุ 18 - 60 ปี 3) เพศชายและเพศหญิง 4) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว ซึ่งใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยของกลุ่มการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่พัฒนามาจาก (กรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย) และยังคงมีอาการหูแว่วในชีวิตประจำวัน

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	5) ไม่อยู่ในระยะรักษาด้วยไฟฟ้า 6) สามารถฟังและอ่านภาษาไทยได้ ตอบแบบสอบถามได้ 7) สนใจเข้าร่วมงานศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นเพศชาย 16 คน และเพศหญิง 4 คน โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ
Research outcomes	ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 2.แบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทของ ริชาร์ดส์ คณิงเพียร์ (2548) ที่ดัดแปลงมาจาก Auditory Hallucination Questionnaire ของ Buccheri et al., (2002) ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ (เช่น ความถี่ ความดังของอาการหูแว่ว เป็นต้น) คะแนนรวมยิ่งมากยิ่งหมายถึง อาการหูแว่วมาก
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม โดยผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมกิจกรรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 9 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง โดยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมเว้นระยะห่างประมาณ 3-5 วัน ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจอาการทางจิตและการจัดการอาการทางจิต 2) การประเมินประสบการณ์การมีหูแว่ว 3) การใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเองในการจัดการอาการหูแว่ว 4) การใช้วิธีการพูดคุยกับผู้อื่นในการจัดการอาการหูแว่ว 5) การใช้วิธีการพูด “หยุด” หรือเพิกเฉยหรือไม่ทำตามเสียงที่ได้ยินในการจัดการอาการหูแว่ว 6) การใช้วิธีการอ่านหนังสือในการจัดการอาการหูแว่ว 7) การใช้วิธีการฮัมเพลงในการจัดการอาการหูแว่ว 8) การใช้วิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดในการจัดการอาการหูแว่ว 9) การประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว
Results	With in group ผลการศึกษาพบว่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว มีค่าเฉลี่ยลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.41$) Between group -
Implication	- การศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการอาการหูแว่วอย่างได้ผล สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการหูแว่วได้ การนำรูปแบบกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ เพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ควรเว้นระยะเวลาในการพบผู้ป่วยเนื่องจากอาการหูแว่วอาจไม่ได้เกิดทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาฝึกปฏิบัติ อย่างน้อย 3 - 5 วัน / ครั้ง แต่แต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitations	- กรณีเป็นผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างควรมีอาการและพฤติกรรมรุนแรงในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว จะทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด เนื่องจากอาการทางจิตทุเลาลงไม่มีการกำเริบของโรคในขณะอยู่ในช่วงการดำเนินกิจกรรม - สถานที่ในการจัดกิจกรรมเป็นห้องทำกลุ่มที่มีความเป็นส่วนตัว ลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก - การจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมได้ตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนด เนื่องจากนอกเหนือจากการเข้ากิจกรรมกลุ่ม เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการกระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยในการฝึกปฏิบัติและทบทวนอยู่เสมอเมื่อมีเวลา - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการสอนสุขศึกษาร่วมกับการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการบำบัดแบบกลุ่ม ทำให้เกิดปัจจัยในการบำบัดแบบกลุ่ม ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน และมีสนับสนุนช่วยเหลือกัน ทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามอาการตนเอง ใช้ในการติดตามอาการตนเองมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอาการ และลดอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ - การศึกษานี้ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเปรียบเทียบเรื่องของการให้intervention ในกลุ่มทดลองและกับกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น - การศึกษานี้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบเรื่องของการให้ intervention ในแต่ละรูปแบบหรือ treatment อื่นๆ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหิวแหว่ เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การศึกษานี้ทำการประเมินผลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมว่าได้ผลในระยะยาวหรือไม่ - การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล ไม่ได้มีการศึกษาและดำเนินกิจกรรมนอกโรงพยาบาลซึ่งมีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระดับครอบครัว หรือชุมชน

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหิวแหว่
เรื่องที่ 2

ชื่อเรื่องงานวิจัย แนวทางการจัดการอาการหิวแหว่ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา
ราชนครินทร์
ผู้แต่ง นางสาวนฤมล สุริยะ
แหล่งตีพิมพ์/ปี รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น / 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการอาการหิวแหว่ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
Design	การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 และมีอาการหูแว่ว 2) มีอาการทางจิตหูแว่ว ผลการตรวจสภาพจิต การรู้จักตนตั้งแต่ระดับ 3 คือ คิดว่าตนเองป่วย แต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร และไปโทษผู้อื่นหรือปัจจัยอื่น 3) อายุ 20 - 59 ปี 4) สามารถสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) ไม่มีอาการทางระบบประสาท 6) ไม่มีความบกพร่องทางความคิดที่รุนแรง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถาม และแบ่งระดับลักษณะอาการหูแว่วของผู้ป่วยได้ 7) ไม่พบปัญหาความรุนแรงจากการใช้สารเสพติดหรืออยู่ในภาวะถอนยา กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยในจาก 3 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยผกากรอง หอผู้ป่วยกรองจิต และหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า ที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทุกโรคที่มีอาการและพฤติกรรมรุนแรงทั้งในระยะ วิกฤตฉุกเฉิน แกร็บ เร่งรัดบำบัด และบำบัดระยะยาว โดยหอผู้ป่วยผกากรอง และหอผู้ป่วยกรองจิตให้บริการผู้ป่วยจิตเวชชาย ส่วนหอผู้ป่วยเฟื่องฟ้าให้บริการผู้ป่วยจิตเวชหญิง จำนวนทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นเพศชาย 23 คน และเพศหญิง 7 คน แต่มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 6 ครั้ง จำนวน 18 คน อีก 12 คนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ เนื่องจากอาการทางจิตกำเริบ และบางรายญาติมารับกลับบ้าน

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcomes	- กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว - ลักษณะของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ภูมิฐานะ การศึกษา อาชีพ สัญชาติ เชื้อชาติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เช่น อายุเมื่อเริ่มเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการอยู่ในโรงพยาบาล 2. แบบตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) เป็นแบบประเมินด้านจิตใจ ครอบคลุมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางด้านอารมณ์ แบบแผนความคิด พฤติกรรมการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลได้จากการสังเกตและการพูดคุยกับผู้ป่วย 3. แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) นำมาจากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) พัฒนาเครื่องมือโดย Buccherri & Trygstad (1998) เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจประสบการณ์อาการเจ็บป่วยของตนเองได้มากขึ้น และผู้ศึกษาได้เรียนรู้ผู้ป่วยมากขึ้น มีจำนวน 30 ข้อ 4. แบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) นำมาจากแบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Trygstad (2002) ค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .73 ถึง .78 มีจำนวน 7 ข้อ ค่าคะแนนยิ่งมียิ่งมีลักษณะและอาการหูแว่วมาก 5. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว (Belief About Voices Questionnaire [BAVQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Chadwick & Birchwood (1995) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ปวยรายงานผลด้วยตนเองว่ามีความเข้าใจและตอบสนองต่อเสียงแว่วอย่างไร เพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยง

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	อันตรายที่อาจเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว มีจำนวน 30 ข้อ 6. แบบบันทึกการเตือนตนเอง เป็นแบบบันทึกที่นำมาจาก Self Monitoring Homework พัฒนาเครื่องมือโดย Buccheri et al. (1999) เป็นแบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยลงรายละเอียดเกี่ยวกับอาการหูแว่ว เช่น เวลา สถานที่ อะไรที่ทำให้หูแว่วดีขึ้น หรือแย่ลง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจประสบการณ์อาการหูแว่วมากขึ้น และผู้ศึกษาได้เรียนรู้อาการหูแว่วของผู้ป่วย 7. แบบบันทึกการวิธีการจัดการอาการหูแว่ว นำมาจาก Strategies for Managing Distressing Voices ซึ่งพัฒนาโดย Buccheri et al. (1999) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบด้วยวิธีการจัดการอาการหูแว่ว 6 เทคนิคให้ผู้ป่วยเลือกตอบเมื่อฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการอาการหูแว่วครบ 6 ครั้ง
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมกิจกรรมการสอนและฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 – 60 นาที โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกประสบการณ์โดยนารูปแบบการจัดการอาการหูแว่วมาศึกษาและฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เป็นระยะเวลา 3 เดือน มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย 2) การแนะนำวิธีการจัดการอาการหูแว่ว และการฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยเทคนิคการเตือนตนเอง (Self Monitoring)

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3) การฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) 4) วิธีการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ 5) การสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทายาต้านโรคจิต และทักษะการปฏิเสธสารเสพติด แอลกอฮอล์ 6) เทคนิคการหยุดความคิดด้วยการพูดคำว่า “หยุด” และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ
Results	With in group - ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วพบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ไม่มีวิธีการจัดการอาการหูแว่ว จำนวน 4 คน ไม่สามารถทำอะไรได้เลยเมื่อมีอาการหูแว่ว จำนวน 1 คน มีวิธีการที่ไม่เหมาะสมคือ การไม่พูดคุยกับใครกลัวว่าจะทำให้ได้ยินเสียงแว่วรบกวนมากขึ้น จำนวน 1 คน มีวิธีการจัดการอาการหูแว่วแตกต่างกันไป จำนวน 12 คน เช่น เดินหนี ใช้สำลืออุดหู สวมมuffs หรือพูดคุยโต้ตอบกับเสียง หลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยจำนวน 4 คน ที่ไม่มีวิธีการจัดการอาการหูแว่วสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหูแว่วให้กับตนเองได้ ผู้ป่วยจำนวน 14 คน ได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ใหม่ และสามารถเลือกวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมให้กับตนเองได้ วิธีการจัดการอาการหูแว่วที่กลุ่มเป้าหมายเลือกมากที่สุด คือ การพูดคุยกับคนอื่น จำนวน 9 คน รองลงมาคือ การฟังเพลง และเทคนิคผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ จำนวน 3 คนเท่ากัน วิธีการที่ไม่ถูกเลือกเลยคือ การอ่านออกเสียง และการหยุดความคิดโดยการพูดคำว่าหยุด 1. ด้านลักษณะอาการหูแว่ว พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมระดับคะแนนของด้านลักษณะอาการหูแว่วลดลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ -- ความถี่ (Frequency) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้ยินเสียงแว่วมีความถี่มาก (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 8 คน

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ได้ยินเสียงแว่ว 1- 2 ครั้ง/ วัน (ระดับคะแนนเท่ากับ 1) จำนวน 2 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วเลยจำนวน 17 คน และ 1 คน ยังได้ยินเสียงแว่ว แต่จากที่ได้ยินตลอดเวลาเป็นได้ยินวันละ 1-2 ครั้ง - ความดัง (Loud) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้ยินเสียงแว่วดังมาก (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 5 คน และได้ยินเสียงกระซิบ (ระดับคะแนนเท่ากับ 1) จำนวน 4 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วและ 1 คน ยังได้ยินเสียงแว่วดังลดลงจากที่ได้ยินเสียงดังมากเป็นได้ยินเสียงเบาๆ (ระดับคะแนนเท่ากับ 2) - การควบคุม (Control) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมเสียงแว่วที่เกิดขึ้นได้เลย (ระดับคะแนนเท่ากับ 5) จำนวน 11 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วและ 1 คน ยังได้ยินเสียงแว่วแต่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้เกือบทั้งหมด - ความชัดเจน (Clearly) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้ยินเสียงแว่วชัดเจนมากที่สุด (ระดับคะแนนเท่ากับ 5) จำนวน 7 คน ชัดเจนปานกลาง (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 6 คน ไม่ชัดเจน (ระดับคะแนนเท่ากับ 1) จำนวน 2 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วเลยและ 1 คน ยังคงมีอาการหูแว่วแต่ความชัดเจนลดลงจากที่ได้ยินเสียงชัดเจนมากเป็นได้ยินไม่ค่อยชัดเจน - ระดับเสียง (Tone) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้ยินเสียงแว่วที่มีระดับเสียงที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมาก (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 12 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วเลย 17 คน และ 1 คนยังได้ยินเสียงแว่วที่มีระดับเสียงที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานลดลง

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. การจัดการรบกวนจากเสียงแว่ว พบว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายมีวิธีการเพื่อจัดการรบกวนที่เกิดจากอาการหูแว่วแต่เสียงแว่วยังรบกวนมาก (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 9 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วเลย 17 คน และ 1 คนยังได้ยินเสียงแว่วแต่สามารถจัดการรบกวนที่เกิดจากอาการหูแว่วได้โดยง่าย 3. ความทุกข์ทรมาน (Distress) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วอย่างมากที่สุด (ระดับคะแนนเท่ากับ 5) จำนวน 10 คน ทุกข์ทรมานเล็กน้อย (ระดับคะแนนเท่ากับ 2) จำนวน 1 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วย 17 คน ความทุกข์ทรมานลดลง Between group -
Implication	- การศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการอาการหูแว่วอย่างได้ผล สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการหูแว่วได้ การนำโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วเพื่อหากลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว และลดลักษณะอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ควรมีกิจกรรมอย่างน้อย 6 กิจกรรม รูปแบบกิจกรรมเว้นระยะเวลาในการพบผู้ป่วยเนื่องจากอาการหูแว่วอาจไม่ได้เกิดทุกวัน และเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาฝึกปฏิบัติ อย่างน้อย 2 – 3 วัน / ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที - ผู้ดำเนินกิจกรรมควรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกประสบการณ์ โดยนำรูปแบบการจัดการอาการหูแว่วมาศึกษาและฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว อย่างน้อยเป็นระยะเวลา 3 เดือน - กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน ควรมีอาการทางจิตทุเลา และมีการประสานกับแพทย์และญาติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมจนครบทุกกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการ drop out ในระหว่างดำเนินกิจกรรม

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เรื่องอาการหูแว่ว และการหาวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมจะทำให้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเป็นไปได้ง่ายขึ้น ช่วยให้การแลกเปลี่ยนเรื่องกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่วมีประสิทธิภาพมากขึ้น - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการสอนสุขศึกษาร่วมกับการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมให้กับตนเองมากที่สุดและสามารถลดลักษณะของอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการบำบัดแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีความรู้สึกล้ายคลึงกัน และมีสนับสนุนช่วยเหลือกัน ทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น - การจัดสภาพหอผู้ป่วย ควรมีมุมที่สงบ ผ่อนคลายเพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้ป่วยใช้ในการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ การนำแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วมาใช้ในการประเมินความเสี่ยง จะช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วได้
Limitations	- กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีการ drop out ขณะทำการศึกษามากถึงร้อยละ 40 การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวางแผนให้รัดกุมมากขึ้น - การศึกษานี้ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเปรียบเทียบเรื่องของการให้ intervention ในกลุ่มทดลองและกับกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น - การศึกษานี้ทำการประเมินผลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมว่าได้ผลในระยะยาวหรือไม่ - การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล ไม่ได้มีการศึกษาและดำเนินกิจกรรมนอกโรงพยาบาลซึ่งมีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระดับครอบครัว หรือชุมชน

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้แต่ง จรุงจิต ชุมถาวร, อرنลิน สิงขร, นันทนา ทองด้วง และปลดา เหมโลหะ. แหล่งตีพิมพ์/ปี วารสารพยาบาลศาสตร์/ 2552	
หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วต่อพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)
Level	Level B
Setting	ห้องทำกลุ่มกิจกรรม หอผู้ป่วยชาย 3 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แพทย์รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท 2) มีประวัติมีอาการหูแว่ว ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา 3) มีอายุ 18 – 60 ปี 4) ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปัญญาอ่อน หรือโรคลมชัก 5) อาการทางจิตสงบ สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้โดยมีคะแนนผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะทางจิตเวช (Brief Psychiatric Rating Scale = BPRS) แล้วพบว่า มีคะแนนน้อยกว่า 36 6) ระดับคะแนนความสามารถในการจัดการกับอาการหูแว่วอยู่ในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2.66 คะแนน

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	7) สามารถฟังและอ่านภาษาไทยได้ 8) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวนทั้งหมด 30 คน แล้วสุ่มตัวอย่าง (random assignment) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยวิธีจับฉลาก
Research outcomes	- พฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยโรคจิตเภท
Research Instruments	1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ให้เงินใช้จ่าย ที่อยู่ อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1.2 แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการหูแว่ว ของจรรยา ธัญญาดิ และ ชินานาฏ จิตตารมย์ (2546) ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการเมื่อมีอาการหูแว่ว และประสิทธิผลของวิธีนั้นๆ 1.3 แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก นฤมล สุริยะ (2550) ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น 1.4 แบบบันทึกการวิธีจัดการอาการหูแว่วของ นฤมล สุริยะ (2550) เป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย วิธีการจัดการอาการหูแว่ว ทั้ง 6 เทคนิค และวิธีอื่นๆที่ผู้ป่วยใช้ในขณะฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม (2550) เป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย วิธีการจัดการอาการหูแว่ว ทั้ง 6 เทคนิค และวิธีอื่นๆที่ผู้ป่วยใช้ในขณะฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม 1.5 แบบบันทึกการเตือนตนเองของ นฤมล สุริยะ (2550) จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยสังเกตตนเองว่า เวลา สถานที่ และอะไรที่ทำให้มีอาการหูแว่วดีขึ้นหรือแย่ลง และทำอย่างไรกับเสียงนั้นในแต่ละวัน

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 2.1 โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วของ นฤมล สุริยะ (2550) ที่พัฒนาตามแนวคิดของลาร์สัน และคณะ (Larson et al., 1994)
Intervention	กลุ่มควบคุม - ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยให้เข้าใจในพิกัดสิทธิ์ และขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นครั้งที่ 1 (pre – test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบแล้ว ให้การพยาบาลตามปกติ และนัดหมายพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 นับจากวันตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 - ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในกลุ่มควบคุมตามที่นัดหมาย และขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นครั้งที่ 2 เมื่อสมาชิกในกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว กลุ่มทดลอง - ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้เข้าใจในพิกัดสิทธิ์ ขอให้ตอบแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว แบบสอบถามวิธีจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นครั้งที่ 1 และเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว โดยให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 – 2 ชั่วโมง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ๆละ 3 ครั้ง โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มปิด ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ ครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา และการประเมินประสบการณ์หูแว่ว ครั้งที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง แนะนำวิธีการจัดการอาการหูแว่ว และฝึกเทคนิคการเตือนตนเอง ครั้งที่ 3 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกหายใจ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ครั้งที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การจัดการอาการหูแว่วด้วยวิธีการพูดคุยกับคนอื่น วิธีการฟังเพลง การดูทีวี การอ่านออกเสียงดัง ครั้งที่ 5 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง การสื่อสารเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต และเทคนิคการปฏิเสธสารเสพติด ครั้งที่ 6 กิจกรรมกลุ่ม เรื่อง เทคนิคหยุดความคิด การพูดคำว่าหยุดหรือปฏิเสธตามที่เสียงสั่ง และทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมวิจัยตามโปรแกรม (post – test) แจ้งความก้าวหน้าในการเข้าร่วมวิจัยตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งบอกพฤติกรรมการฝึก - ให้กลุ่มทดลองทำแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว แบบสอบถามลักษณะของอาการ หูแว่ว แบบสอบถามการจัดการกับอาการหูแว่ว เป็นครั้งที่ 2 ทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว เมื่อสมาชิกในกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคำตอบว่ามีครบถ้วนหรือไม่
Results	With in group - กลุ่มทดลองทั้งหมดจำนวน 15 คน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการหูแว่วภายหลังการทดลอง (103.200) สูงกว่าก่อนการทดลอง (48.733) โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการหูแว่วภายหลังการทดลอง (SD=15.2839) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (SD=22.0598) ผลการทดสอบ Paired Samples T-Test พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วก่อน และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=8.36$, $P=.000$) Between group - ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-4.48$, $P=.000$)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมในการจัดการอาการหูแว่ว สามารถนำไปใช้ในการลดหรือจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทให้หายไปได้ - การนำประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว และวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่สมาชิกร่วมไปใช้ได้ผลมาพูดคุยกันในกลุ่มของผู้ป่วย โดยมีผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นควบคุมกลุ่ม สนับสนุนความรู้ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงวิธีการจัดการร่วมกัน จะช่วยให้ได้ประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิกได้แนวทางในการจัดการอาการหูแว่วสูงสุด - การให้การบ้านเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกมีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันต่อเนื่อง แสวงหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ - การใช้แบบบันทึกประจำวันในการมีอาการหูแว่วให้ผู้ป่วยไปบันทึกและได้นำมาพิจารณากับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตตนเองยอมรับอาการของตนเอง และเกิดแรงจูงใจที่จะพยายามควบคุมตนเอง
Limitations	- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ลำพัง - การศึกษานี้ทำการประเมินผลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมว่าได้ผลในระยะยาวหรือไม่ - การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล ไม่ได้มีการศึกษาและดำเนินกิจกรรมนอกโรงพยาบาลซึ่งมีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระดับครอบครัว หรือชุมชน

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 4

ชื่อเรื่องงานวิจัย Effects of symptom management program for patient with schizophrenia on character and severity of auditory hallucination

ผู้แต่ง Kanungpairn, T.

แหล่งตีพิมพ์/ปี วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล/ 2005

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) ออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)
Level	Level B
Setting	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา
Sample	เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยนอกที่รับประทานยาสม่ำเสมอแต่ยังมีอาการหูแว่ว 3) ไม่มีพยาธิสภาพทางสมองหรือมีปัญหาคำความจำบกพร่อง 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก 1) อยู่ระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า 2) ใช้สารเสพติดที่ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เช่น กัญชา, แอมเฟตามีน และเฮโรอีน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 9 คน กลุ่มควบคุม 9 คน อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 56 ปี เป็นชาย 14 คน หญิง 4 คน นับถือศาสนาพุทธ 17 คน ศาสนาคริสต์ 1 คน การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 8 คน มัธยมศึกษา 6 คน สถานภาพสมรสโสด 11 คน สถานภาพสมรสคู่ 7 คน ด้านอาชีพไม่ประกอบอาชีพ 12 คน ค้าขาย 3

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	คน รับจ้าง 3 คน) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 4 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจับคู่เพศให้ตรงกันและอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี
Research outcomes	ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท
Research Instruments	1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การรักษาที่ได้รับก่อนมาโรงพยาบาล 1.2 แบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว ดัดแปลงจาก The Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ของ Trygstad และคณะ (2002) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อเกี่ยวกับอาการหูแว่วในลักษณะต่างๆ 10 ด้านดังนี้ 1) ความถี่ของการเกิดเสียง 2) ความดัง 3) ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว 4) ความชัดเจน 5) ลักษณะของเสียง 6) การทำให้วอกแวกเสียสมาธิ 7) ความทุกข์ทรมาน 8) การได้ตอบต่ออาการหูแว่ว 9) ความสามารถในการจัดการกับอาการ 10) ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเมื่อเกิดอาการหูแว่ว การแปลผลคะแนนยิ่งค่ามากหมายถึงอาการหูแว่วมีมาก 2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 2.1 โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วของ ดอดด์และคณะ (Dodd and associates, 2001)

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	กลุ่มควบคุม - ได้รับการดูแลแบบปกติจากโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มทดลอง - ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท ได้รับการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 – 60 นาที ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งมีรายละเอียดรูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตและการจัดการกับอาการทางจิต 2) ประเมินประสบการณ์ในการมีอาการหูแว่วโดยให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์การมีอาการหูแว่ว และผลกระทบรวมทั้งการตอบสนองต่ออาการที่ผ่านมา 3) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีการสังเกตตรวจตราตนเอง (Self - monitoring) 4) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีการการพูดคุยกับผู้อื่น 5) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีการการพูดคำว่า “หยุด” หรือเพิกเฉย/ไม่ทำตามเสียงที่ได้ยิน 6) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีการดูโทรทัศน์ 7) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีการอ่านหนังสือ

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	8) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีการฮัมเพลง 9) การสอนวิธีการกับอาการหูแว่วด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยใช้วิธีฝึกฝนคล้ายลมหายใจ 10) ประเมินผลโปรแกรม และสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม
Results	Within group - ผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วมีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะความรุนแรงของอาการหูแว่วลดลงกว่าก่อนได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Between group - ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วมีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะความรุนแรงของอาการหูแว่วน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
Implication	- โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยนอก มีผลต่อการลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการลดหรือจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทให้หายไปได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป - พยาบาลสามารถนำรูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ได้โดยอิสระ แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติอาจต้องผ่านการฝึกอบรมทักษะการทำกลุ่มเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้มีคุณภาพมากขึ้น

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 4(ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitations	- การศึกษานี้ทำการประเมินผลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที ไม่ได้มีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพโปรแกรมว่า ได้ผลในระยะยาวหรือไม่ - การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีขนาดเล็ก และเป็นการออกแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง การศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการออกแบบวิจัยให้รัดกุมขึ้น และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษา - ผลการศึกษานี้อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลานานได้ อาจไม่ได้เป็นผลจากโปรแกรม เนื่องจากไม่ได้กำหนดระยะเวลาป่วยและรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย การพัฒนาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้แต่ง นางสาวณัฏฐาภรณ์ เป้าเรือง

แหล่งตีพิมพ์/ปี รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น / 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์
Design	การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท(Schizophrenia)ตาม มาตรฐานการจำแนกโรคของ DSM-IV หรือ ICD – 10 และมีอาการหูแว่ว เป็นอาการสำคัญประการหนึ่งในระหว่างการรักษา โดยเสียงแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน อาจเป็นเสียงคนพูดเป็นคำ เป็นประโยค หรือเป็นเรื่องราวทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่ เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงในลักษณะอื่นๆที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็น เสียงแว่ว ซึ่งกลุ่มเป้าหมายมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 และมี อาการหูแว่วขณะรักษาในโรงพยาบาล 2) อาการทางจิตสงบ สามารถพูด สื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) ไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางระบบประสาท 4) ไม่พบปัญหาความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติดหรืออยู่ในภาวะถอนยา กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย อายุระหว่าง 21-30 คน จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพโสด

ตาราง 7 ผลการก่อกำเนิดข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	นับถือศาสนาพุทธ อาชีพทำไร่ – ทำนา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคจิตเภท 1 – 5 ปี อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภท 16 – 30 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์แผนกผู้ป่วยในครั้งแรก ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2549 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2549
Research outcomes	- กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสม - ลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วเพิ่มขึ้น และความรู้สึกรับประกันและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง
Research Instruments	1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว 2.แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG – S]) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG – S]) ที่พัฒนาโดย Buccheri et al. (2004) ซึ่งผู้ศึกษาแปลเป็นภาษาไทย โดยให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและให้จิตแพทย์เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา 3. แบบสอบถามลักษณะของอาการหูแว่ว (Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) ที่พัฒนาโดย Buccheri et al. (2004) ซึ่งผู้ศึกษาแปลเป็นภาษาไทย โดยให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและให้จิตแพทย์เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง 1) การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม จำนวนสมาชิกกลุ่ม 6-8 คน การดำเนินกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ตาราง 7 ผลการก้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	เกี่ยวกับ การจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทที่ห่อผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวนผู้ป่วย 15 คนมีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 2) กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและการให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษา โรคจิตเภท โดยการสอนรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น โดยใช้เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) 3) การสอนวิธีการสังเกตอาการตนเองเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (Self monitoring) 4) การฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วด้วยการฝึกผ่อนคลาย (Relaxation technique) 5) วิธีการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ 6) การฝึกทักษะปฏิเสธในการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสารเสพติด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการสื่อสารเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ 7) เทคนิคการพูดคำว่า “หยุด” และไล่เสียงนั้นไปและสรุปผลการฝึกปฏิบัติ
Results	- ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วใช้วิธีการจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมกับตนเองอย่างน้อย 3 วิธี และใช้มากที่สุดหลังการดำเนินการศึกษา 1 สัปดาห์ คือการพูดคุยกับคนอื่น จำนวน 14 คน อันดับสองรองลงมาคือการดูโทรทัศน์ จำนวน 13 คน และฟังเพลง จำนวน 11 คน การอ่านออกเสียงดัง จำนวน 7 คน การผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ จำนวน 5 คน วิธีการถูกเลือกน้อยที่สุด คือการหยุดความคิดโดยการพูดคำว่า “หยุด” จำนวน 2 คน - ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่ว และความรู้สึกถูกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว พบว่าก่อนการศึกษาผู้ป่วยรู้สึกรำคาญเมื่อได้ยินเสียงแว่ว

ตาราง 7 ผลการถนองรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่าความรู้สึกรำคาญลดลง พบระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเอง - ความรู้สึกรบกวนหลังการจัดการกับอาการหูแว่วและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยเป็นดังนี้ 1) การควบคุมตนเอง (Self - control) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถควบคุมเสียงแว่วที่เกิดขึ้นได้เลย (ระดับคะแนนเท่ากับ 5) จำนวน 10 คน ควบคุมเสียงแว่วได้เล็กน้อยมาก (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 8 คน ควบคุมได้เล็กน้อย (ระดับคะแนนเท่ากับ 3) จำนวน 2 คนหลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ยินเสียงแว่วสามารถควบคุมได้จำนวน 16 คนและ 4 คน ยังได้ยินเสียงแว่วแต่สามารถควบคุมอาการหูแว่วได้เกือบทั้งหมด (ระดับคะแนนเท่ากับ 1) 2) ความรู้สึกรบกวนหลังการจัดการกับอาการหูแว่ว (Distractibility) พบว่าหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ พบว่าความรู้สึกรบกวนจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลงทุกคน 3) ความทุกข์ทรมาน (Distress or bothered) ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วอย่างมากที่สุด (ระดับคะแนนเท่ากับ 5) จำนวน 9 คน ทุกข์ทรมานมาก (ระดับคะแนนเท่ากับ 4) จำนวน 8 คน ทุกข์ทรมานปานกลาง (ระดับคะแนนเท่ากับ 3) จำนวน 3 คน หลังดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วย 17 คน ไม่ได้ยินเสียงแว่ว และไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และมีจำนวน 3 คน ยังคงได้ยินเสียงแว่วแต่ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง (ระดับคะแนนเท่ากับ 1)
Implication	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหูแว่วมีการเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารได้ระบายความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว กลไกของกลุ่มทำให้เกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดูแลรักษาตนเอง

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษา โรคจิตเภท โดยการสอนรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น โดยใช้เทคนิควิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) สามารถนำมาใช้เพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ - โปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วมีผลต่อการลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นโปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำไปใช้ในการลดหรือจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทให้หายไปได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
Limitations	- ระดับความรุนแรงของอาการหูแว่วหลังห้การดำเนินกิจกรรม ที่พบว่า ลักษณะอาการหูแว่วในเรื่องความถี่ ความดัง ความชัดเจนลดลง อาจเป็นมาจากการรักษาด้วยยา หรือการทำกิจกรรมอื่นๆภายในหอผู้ป่วย อาจไม่ได้เป็นผลจากโปรแกรมเนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเปรียบเทียบเรื่องของการให้ intervention ในกลุ่มทดลองและกับกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น - การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล ไม่ได้มีการศึกษาและดำเนินกิจกรรมนอกโรงพยาบาลซึ่งมีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระดับครอบครัว หรือชุมชน

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย แนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
ผู้แต่ง นางสาวผ่องศรี เหล่าทะนันท
แหล่งตีพิมพ์/ปี รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
/ 2550

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
Design	การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 20 คนทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD – 10 หรือ DSM-IV 2) มีอาการหูแว่วในรูปแบบและลักษณะต่างๆ ในขณะที่เข้ารับการรักษา 3) ไม่มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ 4) สามารถพูดสื่อความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นเพศชาย 15 คน และเพศหญิง 5 คน อายุระหว่าง 13-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 อายุระหว่าง 21-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 อายุระหว่าง 36-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ว่างงานนอกนั้นประกอบ อาชีพทำนาทำไร่และรับจ้างทั่วไป และรายได้ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ แต่มีผู้ป่วยที่ดำเนินกิจกรรมจนครบทุกกิจกรรม จำนวน 16 คน เนื่องจากผู้ป่วย 4 คนแพทย์สั่งจำหน่ายและมีญาติมาติดต่อรับกลับบ้าน

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 6(ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcomes	- กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว - ลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่ว - ความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว
Research Instruments	1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา อายุเมื่อเริ่มเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งในการอยู่ในโรงพยาบาล 2. แบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination Interview Guide Short Form [AHIG - S]) โดยประยุกต์จากแบบสัมภาษณ์อาการหูแว่ว ที่พัฒนาโดย Buccheri et al. (2004) แปลโดยผู้ศึกษาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและจิตแพทย์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา 3. แบบสอบถามลักษณะอาการหูแว่ว (Characteristic of Auditory Hallucination Questionnaire [CAHQ]) พัฒนาเครื่องมือโดย Buccheri et al. (2004) แปลโดยผู้ศึกษาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและจิตแพทย์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง การให้ Intervention เป็นรายกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมกิจกรรมการสอนและฝึกปฏิบัติการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 – 60 นาที โดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม (ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์) ผู้ป่วยกลุ่มละ 5-8 คน ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชขั้นสูงเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่วและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 11 คน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (A model for symptom management) 5 กลยุทธ์ โดยผู้ศึกษาได้เพิ่ม

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วที่ได้จากการฝึกประสบการณ์มาเพิ่มอีก 3 กลยุทธ์เป็น 8 กลยุทธ์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่หลากหลายวิธีขึ้น มีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังนี้ 1) กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 2) กลุ่มการสอนวิธีการติดตามสังเกตอาการหูแว่วของตนเอง (Self Monitoring) 3) ฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการอาการหูแว่วด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) 4) ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว 2 วิธี ได้แก่ 4.1) การสั่งและไล่ให้เสียงนั้นไปหรือหยุด ปฏิเสธไม่ทำตามเสียงสั่ง 4.2) การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน 5) ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว 2 วิธี ได้แก่ 5.1) การพูดคุยกับคนอื่น 5.2) การอ่านออกเสียงดัง 6) ฝึกปฏิบัติการใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว 3 วิธี ได้แก่ 6.1) การดูโทรทัศน์ 6.2) การฟังเพลงโดยไม่ใช้หูฟัง 6.3) การทำตนเองไม่ให้ง่วงโดยการทำกิจกรรมที่ชอบ
Results	With in group - ด้านกลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 16 คน อาการหูแว่วยังคงอยู่ในลักษณะเหมือนเดิม แต่ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง แต่จากการประเมินผลหลังการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 1 สัปดาห์ พบว่าวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การพูดคุยกับคนอื่น จำนวน 7 คน รองลงมา คือ การดูโทรทัศน์ และเทคนิคผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ และการประเมินผล 1 เดือนหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าวิธีการจัดการอาการ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 6(ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	หูแว่วที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ จำนวน 10 คน รองลงมาคือ การไม่สนใจเสียงที่ได้ยิน และวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้น้อยที่สุด คือ การอ่านออกเสียงดัง จำนวน 1 คน - ด้านลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่ว และความรู้สึกรบกวนและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว พบว่าผู้ป่วยทุกคนยังมีลักษณะอาการหูแว่วไม่เปลี่ยนแปลง แต่การประเมินอาการหูแว่ว พบว่าก่อนการศึกษาผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด รำคาญเมื่อได้ยินเสียงแว่ว หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่าความรู้สึกรำคาญจากอาการหูแว่วลดลง พบระดับคะแนนของลักษณะการควบคุมตนเอง ความรู้สึกรบกวน หลังการจัดการกับอาการหูแว่วและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยหลังการดำเนินการศึกษา 1 สัปดาห์และ 1 เดือน เป็นดังนี้ 1) การควบคุมตนเอง (Self - control) หลังดำเนินกิจกรรมและนำวิธีการจัดการอาการหูแว่วไปใช้ 1 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมตนเองได้มากขึ้นตั้งแต่สามารถควบคุมได้เล็กน้อยมากจนถึงควบคุมได้เล็กน้อย (ระดับคะแนนเท่ากับ 4 - 3) และหลังจากผู้ป่วยนำวิธีการจัดการอาการหูแว่วไปใช้ 1 เดือนหลังจากนั้น พบว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้นตั้งแต่สามารถควบคุมได้เล็กน้อยมากจนถึงควบคุมได้เล็กน้อย (ระดับคะแนนเท่ากับ 4 - 3) 2) ความรู้สึกรบกวนหลังการจัดการกับอาการหูแว่ว (Distractibility) พบว่าหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์และ 1 เดือนหลังจากนั้น พบว่าความรู้สึกรบกวนจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยลดลงทุกคนอย่างน้อย 1 ระดับ 3) ความทุกข์ทรมาน (Distress or bothered) หลังดำเนิน กิจกรรมและนำวิธีการจัดการอาการหูแว่วไปใช้ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนหลังจากนั้น พบว่าความรู้สึกรบกวนของผู้ป่วยทุกคนลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ Between group -

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการอาการหูแว่วที่เหมาะสมขึ้น ลักษณะการควบคุมตนเองจากการอาการหูแว่วเพิ่มขึ้น และความรู้สึกรับรองและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วลดลง จึงควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมนี้ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากมีการติดตามหลังจำหน่ายพบว่าโปรแกรมนี้สามารถใช้ได้ผลดีหลังจากจำหน่าย - การจัดสภาพหอผู้ป่วยควรมีการจัดมุมสำหรับให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และคู่มือทักส์ เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด และสามารถลดลักษณะอาการหูแว่วอย่างได้ผล
Limitations	- ควรมีการประสานกับแพทย์และญาติผู้ป่วยเพื่อลดการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง - การศึกษานี้ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเปรียบเทียบเรื่องของการให้ intervention ในกลุ่มทดลองและกับกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น - ควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อพิสูจน์ผลของโปรแกรม เช่น 6 เดือน 1 ปีหลังจำหน่าย

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย Behavioral Management of Persistent Auditory hallucinations in Schizophrenia: Outcome From a 10 Week Course

ผู้แต่ง Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., & White, K.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Journal of The American Psychiatric Nurses Association, 8(3) / 2002

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	ทดสอบประสิทธิภาพของ Behavioral Management strategies ต่อลักษณะอาการของเสียงแว่วในผู้ป่วยจิตเภท คือ frequency, loudness, self-control, clarity, tone, distractibility, distress และทดสอบสภาวะอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) การศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	โครงการผู้ป่วยนอกในเมือง Northern California
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV - มีประวัติได้ยินเสียงแว่วอย่างน้อย 10 นาที ต่อวัน เป็นเวลานาน 3 เดือน - มีความต้องการเรียนรู้วิธีใหม่ ๆ ในการจัดการกับอาการ - รับประทานยาต้านโรคจิตในขนาดคงที่อย่างน้อย 4 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย - สามารถอ่านและเขียนภาษาอังกฤษได้ - ไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด (cognitive) โดยผลการทดสอบ MMSE มากกว่า 24 เกณฑ์คัดออก ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาหรือสารเสพติด (substance abuse) อย่างรุนแรง

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 62 คน เป็นเพศชาย 45 คน หญิง 17 คน อายุมีตั้งแต่ 23-27 ปี (อายุเฉลี่ย 44.1 ปี) ระยะเวลาที่เกิดเสียงแว่ว 1-47 ปี (ระยะเวลาเฉลี่ย 24.8 ปี) ช่วงอายุเฉลี่ยที่เกิดเสียงแว่วคือ 20 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด 39 คน สถานภาพสมรสคู่ 11 คน สถานภาพสมรสหย่า 12 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ 42 คน อีก 20 คน ทำงานเป็นอาสาสมัคร เป็นชาวคอเคเซียน 44 คน ชาวแอฟริกัน-อเมริกา 9 คน ชาวลาติโน 3 คน ชาวจีน 7 คน และอื่นๆ 2 คน
Research outcomes	ลักษณะอาการของเสียงแว่วในผู้ป่วยจิตเภท คือ frequency, loudness, self-control, clarity, tone, distractibility, distress และสภาวะอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า
Research Instruments	1. The Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ค่าความเที่ยง .74 (test-retest correlations) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยรวบรวมและดัดแปลงมาจากนักวิชาการคนอื่น ๆ (เช่น Husting & Hafnes, 1990; Allen et al, 1995 เป็นต้น) แต่ละหัวข้อผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินคะแนนด้วยตนเอง ประกอบด้วย clarity, tone, distractibility, loudness, frequency, self-control, distress แต่ละหัวข้อแบ่งระดับการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลางน้อย และน้อยที่สุด 2. The Tension-Anxiety subscale of the Profile of Mood States (POMS) ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม การให้คะแนนแบ่งเป็น 0 คือ ไม่มีเลย ถึง 4 คือมากที่สุด รวมคะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวล/เครียดคะแนนน้อยคือวิตกกังวลน้อย เครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงโดยผู้ชำนาญด้านจิตเวช ค่าความเที่ยงเชิงโครงสร้าง (Internal reliability) มากกว่า .90 และทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ก่อนการบำบัดเท่ากับ .70

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. The Beck Depression Inventory, second edition (BDI-II) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เป็นเครื่องมือให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองว่า อาการแสดงและระดับความซึมเศร้าเป็นอย่างไร ใช้ประเมินสำหรับผู้ใหญ่ คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ อีก 2 ข้อคำถามเป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีระดับความซึมเศร้าสูง BDI-II สร้างมา 35 ปี ค่าความเที่ยงแบบแอลฟา .92 (coefficient alpha) ค่าความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ .93 ค่าความตรงประกอบด้วย ตรงเนื้อหา ตรงเรื่อง (construct validity)
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง - พยาบาลผู้ทำกลุ่มต้องมีทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาเอก ใช้เวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 50 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ขั้นเตรียม ใช้เวลา 5 นาที โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ, POMS, BDI-II ในสัปดาห์แรกของการเข้ากลุ่ม 2. ขั้นตอนดำเนินการ ใช้เวลา 10 สัปดาห์ เป็นการสอนรายกลุ่ม ผู้ป่วยได้รับโอกาสทำความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกแต่ละคนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและการใช้วิธีจัดการกับอาการในอดีต แต่ละสัปดาห์สอนและปฏิบัติวิธีจัดการกับอาการหูแว่ว 1 วิธี วิธีที่สอนประกอบด้วย การติดตามตัวเอง, พูดกับบางคน, ฟังเพลงโดยใช้หรือไม่ใช้หูฟัง, ดูโทรทัศน์, พูด”หยุด”หรือไม่สนใจเสียงที่พูด, ใช้หูฟัง, เทคนิคคลายเครียด, ทำกิจกรรมที่ชอบหรือช่วยผู้อื่น, รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และไม่ใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์แต่ละสัปดาห์ที่เข้ากลุ่มมีรูปแบบที่แน่นอนดังนี้ - ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ ในขณะที่ผู้ดำเนินกลุ่มรวบรวมสมุดบันทึกอาการจากสัปดาห์ก่อน (5 นาที)

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบรรยายประสบการณ์ใช้วิธีการในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ซักถามหรือให้ข้อเสนอแนะ (15 นาที) - สอนวิธีใหม่และอธิบายว่าวิธีการนี้มีประโยชน์อย่างไร ให้ผู้ป่วยซักถามและให้ข้อเสนอแนะ (10 นาที) - ให้แต่ละคนฝึกปฏิบัติวิธีการใหม่และอภิปรายกันในกลุ่ม (15 นาที) - แจกสมุดบันทึกการจัดการกับอาการสำหรับสัปดาห์ต่อไป (5 นาที) 3. ขั้นสุดท้าย ผู้ป่วยทำแบบประเมิน CAHQ, POMS, BDI-II ในครั้งสุดท้ายของกลุ่ม
Results	Within group - คะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ frequency ($p < .001$), self-control ($p < .03$), clarity ($p < .01$), tone ($p < .03$), distractibility ($p < .006$), distress ($p < .001$) ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยของ loudness ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .072$) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และ .001 ตามลำดับ Between group -
Implication	- ผลของโปรแกรม behavioral management strategies มีประสิทธิภาพในการลดลักษณะอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในโรงพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมนี้ไม่มีความเสี่ยงและไม่มีค่าใช้จ่ายในการนำไปใช้ และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระแต่พยาบาลผู้ทำกลุ่มควรจบการศึกษาขั้นต้นระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม - โปรแกรมนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการสอนแบบกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การสนับสนุนภายในกลุ่มในเรื่องการจัดการอาการหูแว่ว

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitations	- การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย	Long-term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations.
ผู้แต่ง	Buccheri, R., Trygstad, L., Dowling, G., Hopkins, R., & White, K.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Journal of psychosocial nursing, 42 (1.) January / 2004

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลระยะยาว (1 ปี) ของ Behavioral Management strategies
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	ศูนย์จิตเวช/โรงพยาบาลกลางวัน 3 แห่ง โครงการผู้ป่วยนอกด้านจิตเวช 6 แห่งในเมือง Northern California

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV - มีประวัติได้ยินเสียงแว่วอย่างน้อย 10 นาที ต่อวัน เป็นเวลานาน 3 เดือน - มีความต้องการเรียนรู้วิธีใหม่ ๆ ในการจัดการกับอาการ - รับประทานยาต้านโรคจิตในขนาดคงที่อย่างน้อย 4 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย - สามารถอ่านและเขียนภาษาอังกฤษได้ - ไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด (cognitive) โดยผลการทดสอบ MMSE มากกว่า 24 เกณฑ์คัดออก ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาหรือสารเสพติด (substance abuse) อย่างรุนแรง กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 62 คน เป็นเพศชาย 45 คน หญิง 17 คน อายุมีตั้งแต่ 23-27 ปี (อายุเฉลี่ย 44.1 ปี) ระยะเวลาที่เกิดเสียงแว่ว 1-47 ปี (ระยะเวลาเฉลี่ย 24.8 ปี) ช่วงอายุเฉลี่ยที่เกิดเสียงแว่วคือ 20 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด 39 คน สถานภาพสมรสคู่ 11 คน สถานภาพสมรสหย่า 12 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ 42 คน อีก 20 คน ทำงานเป็นอาสาสมัคร เป็นชาวคอเคเชียน 44 คน ชาวแอฟริกัน-อเมริกา 9 คน ชาวลาติโน 3 คน ชาวจีน 7 คน และอื่นๆ 2 คน
Research outcomes	ผลระยะยาว (1 ปี) ของ Behavioral Management strategies ด้านต่างๆดังนี้ 1) ลักษณะอาการหูแว่ว 2) ภาวะวิตกกังวล 3) ภาวะซึมเศร้า
Research Instruments	1. Characteristics of Auditory Hallucination Questionnaire (CAHQ) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม เพื่อประเมินลักษณะอาการหูแว่วใน 24 ชั่วโมง แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ทดสอบค่าความเที่ยงคะแนนเฉลี่ย .73 ถึง .78 ($p < .001$)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. Symptom Management Log. เป็นเครื่องมือช่วยเตือนความจำให้ผู้ป่วย ปฏิบัติวิธีการจัดการกับอาการ 2 ครั้งต่อวัน 3. Profile of Mood States (POMS) เพื่อประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย จิตเวชและบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ค่าความเที่ยงในการประเมินความวิตกกังวล >.90 และทดสอบค่า ความเที่ยงก่อนการบำบัดเท่ากับ .70 4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) เพื่อประเมินอาการแสดงและ ระดับ ของภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ระดับคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดย 2 ข้อ คำถามประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง - ผู้ดำเนินกิจกรรมหลักเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทั้งในการทำกลุ่มและ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้อำนวยการความสะอาดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท หรือแพทยศาสตรบัณฑิต กิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) ระยะก่อนดำเนินการ เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบ ประเมิน CAHQ, POMS, BDI-II CAHQ 2) ระยะดำเนินการ ใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ ในการสอนวิธีการ จัดการกับอาการหูแว่ว โดยมีวิธีกระบวนการดังนี้ 3) สร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกเล่า ประสบการณ์ได้ยินเสียงและการจัดการกับเสียง 4) ให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ว่ามีวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วและ สาธิตวิธีจัดการกับอาการหูแว่วในกลุ่ม 5) กระตุ้นให้สมาชิกฝึกปฏิบัติในกลุ่มก่อนกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน 6) กระตุ้นให้สมาชิกเล่าประสบการณ์และผลการใช้วิธีการจัดการกับ อาการหูแว่วในกลุ่ม

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	7) กระบวนการกลุ่มแต่ละครั้งมีรูปแบบดังนี้ - สมาชิกทำแบบประเมิน CAHQ ในขณะที่ผู้ดำเนินกลุ่มรวบรวมสมุดบันทึกอาการจากสัปดาห์ก่อน (5 นาที) - ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบรรยายประสบการณ์ใช้วิธีการในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ซักถามหรือให้ข้อเสนอแนะ (15 นาที) - สอนวิธีใหม่และอธิบายว่าวิธีการนี้มีประโยชน์อย่างไร ให้ผู้ป่วยซักถามและให้ข้อเสนอแนะ (10 นาที) - ให้แต่ละคนฝึกปฏิบัติวิธีการใหม่และอภิปรายกันในกลุ่ม (15 นาที) - แจกสมุดบันทึกการจัดการกับอาการสำหรับสัปดาห์ต่อไป (5 นาที) 8) ระยะประเมินผล ติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีเมื่อครบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน
Results	Within group ช่วง Baseline and post – intervention - การติดตามประเมินผลเดือนที่ 3 เมื่อเทียบกับ base – line พบว่าด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .04$ และ $p < .029$ ตามลำดับ) ส่วน Loudness, Tone, Distractibility, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1) ภาวะอารมณ์ (ความวิตกกังวล) ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$) 2) ภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การติดตามประเมินผลเดือนที่ 6 พบว่า 1) ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$, $p < .01$, $p < .001$ และ $p < .027$ ตามลำดับ)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ภาวะอารมณ์ (ความวิตกกังวล) ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .041$) 3) ภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การติดตามประเมินผลเดือนที่ 9 พบว่า 1) ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .04$, $p < .003$, $p < .002$ และ $p < .028$ ตามลำดับ) ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ภาวะอารมณ์ (ความวิตกกังวล) ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .018$) 3) ภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การติดตามประเมินผลเดือนที่ 12 พบว่า 1) ด้านลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว พบว่า frequency, self – control, clarity, Distractibility ปรับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .012$, $p < .008$, $p < .001$ และ $p < .017$ ตามลำดับ) ส่วน Loudness, Tone, Distress ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ภาวะอารมณ์ (ความวิตกกังวล) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Between group -
Implication	โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดลักษณะอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน เนื่องจากผลของโปรแกรมสามารถลดลักษณะอาการหูแว่วของผู้ป่วย รวมทั้งความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ระยะเวลานาน

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitations	- การศึกษาเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตามผล - กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนมากพอควร (N = 62) และเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอก อาจทำให้ยากในการควบคุม และอาจมีการเปลี่ยนการรักษาด้วยยาหรือเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในขณะที่ติดตามผล

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 9

ชื่อเรื่องงานวิจัย	What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomized control trial.
ผู้แต่ง	Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., & Surguladze, S.
แหล่งตีพิมพ์/ปี	Schizophrenia Research, 77. / 2005

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	ศึกษาประสิทธิผลของ Cognitive Behavioural Therapy (CBT) ที่มีต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและความรุนแรงของอาการหูแว่ว
Design	Randomized Control Trial
Level	Level A
Setting	ผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการส่งต่อมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตในชุมชน

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample	เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (โดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย) 2) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วอยู่ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป เมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมิน PANSS) 3) ไม่มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาด้วยระหว่างการศึกษา 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป 5) ไม่ใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่ออาการหูแว่ว เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว จำนวน 85 คน ถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ 40 คน
Research outcomes	ผลลัพธ์หลัก - ปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) - อาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว (The Hallucinations Scale) ผลลัพธ์รอง - ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) - ประสิทธิภาพของกลยุทธ์การจัดการอาการ (Effective Coping strategies)
Research Instruments	1. Social Behavioural Schedule (SBS) เป็นแบบวัดที่ใช้การสัมภาษณ์ ถ้าคะแนนรวมสูงหมายถึงมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคมมาก 2. The Hallucinations Scale เป็นการประเมินอาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วที่นำมาจาก PSYRATS ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม วัดทั้งประสบการณ์อาการหูแว่ว ความทุกข์ทรมานจากลักษณะอาการหูแว่ว (เช่น ความถี่ ความดัง)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3. Self esteem ของ Rosenberg เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง 4. Effective Coping strategies เป็นการประเมินย่อยมาจาก the Mental Health 5. Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS) ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของกลยุทธ์การจัดการอาการ
Intervention	ผู้บำบัดเป็นนักอาชีวบำบัด, นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการบำบัดแบบ CBT และทั้งหมดต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่อง brief treatment for voices โดยกลุ่ม CBT สำหรับอาการหูแว่วใช้เวลา 7 ครั้ง แต่แต่ละครั้งมีเป้าหมายเฉพาะประกอบด้วย 1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่ว 2. การพูดคุยเกี่ยวกับโรคทางจิต 3. ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหูแว่ว 4. ร่วมกันพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว 5. วิธีการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6. การพัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการหูแว่ว 7. ติดตามประเมินผล
Results	With in group การประเมินผลลัพธ์หลัก - ด้านคะแนนปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของ SBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) - ด้านอาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว พบว่า คะแนนช่วงหลังได้รับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	การประเมินผลลัพธ์รอง - ด้าน self – esteem พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.71$) - ด้าน coping strategies พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับ treatment มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกลยุทธ์การปรับตัวเพิ่มขึ้นจากระดับ 8 เป็น 10.5 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังระดับค่าคะแนนเฉลี่ยคงที่ เท่ากับ 5 Between group การประเมินผลลัพธ์หลัก - ด้านคะแนนปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคม (SBS) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของ SBS ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .018$) - ด้านอาการทางจิตและความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว พบว่า ก่อนทดลองหลังทดลอง, follow – up ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินผลลัพธ์รอง - ด้าน self – esteem พบว่า มีแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.1$) ด้าน coping strategies พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.21$)
Implication	- กลุ่ม CBT สามารถช่วยลดปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้ - กลุ่ม CBT สามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้
Limitations	- การศึกษาเป็นเวลานานทำให้มีการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง (17.6%)

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว

เรื่องที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in Schizophrenia :A naturalistic follow-up study of the durability of effects.

ผู้แต่ง Wiersma, D., Jenner, J.A., van de willige, G., Spakman, M., & Nienhuis, F. J.

แหล่งตีพิมพ์/ปี ACTA Psychiatric Scandinavia, 103. / 2001

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	ทดสอบประสิทธิผลของ Cognitive behaviour therapy (CBT) กับ coping training ต่ออาการทางจิตและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
Design	Cohort studies
Level	Level B
Setting	ผู้ป่วยนอกจาก Voices Outpatient Department, Netherlands
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยจิตเภท หรือโรคจิตเวชอื่นที่มีอาการหูแว่ว เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน - วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท 26 คน อาการทางจิตที่ไม่เฉพาะเจาะจง 14 คน Dissociative disorder 4 คน Borderline personality disorder 5 คน Major depress with psychotic features 2 คน Autistic disorder 1 คน Generalized anxiety disorder 1 คน และ Multiple personality disorder 1 คน - ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดอาการหูแว่ว 1-37 ปี (เฉลี่ย 8 ปี) - กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-60 ปี (เฉลี่ย 37 ปี) เป็นผู้หญิงร้อยละ 55 ร้อยละ 35 ของผู้ป่วย - มีสถานภาพสมรสคู่ สถานภาพสมรสหย่าร้อยละ 5 สถานภาพโสดร้อยละ 60 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- อยู่กับครอบครัวตนเองหรือญาติร้อยละ 18 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 30 อยู่คนเดียว และร้อยละ 15 ไม่มีบ้านอาศัย - ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38) ไม่มีอาชีพ และร้อยละ 15 หน้าที่ดูแลบ้าน ร้อยละ 25 ทำงานอาสาสมัคร ร้อยละ 10 มีอาชีพ และร้อยละ 5 เป็นนักเรียน - ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่า 5 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตาย
Research outcomes	- อาการหูแว่ว - ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม
Research Instruments	1. The Auditory Hallucination Rating Scale (AHRs) ใช้ประเมินจำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้งการเกิดเสียงแว่ว ระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วและเนื้อหาของเสียงแว่ว วัดระดับความรู้สึกรบกวน (burden) จากอาการประสาทหลอนโดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ประเมินจากระดับความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุม การรบกวนความคิดและรบกวนกิจวัตรประจำวัน 2. The Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS) ใช้ประเมินหน้าที่ทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม และด้านการดูแลตนเอง โดยแบ่งค่าคะแนนออกเป็น 4 ระดับ 3. The Positive And Negative Symptom Scale (PANSS) มี 30 ข้อ ใช้ประเมินจิตพยาธิสภาพของโรคจิตและโรคทางจิตอื่น ๆ แบ่งเป็นอาการด้านบวก อาการด้านลบ และจิตพยาธิสภาพทั่วไป
Intervention	การบำบัดเป็นการผสมผสานแนวคิดของ Medication control and Advice, Psychoeducation, Supportive Counseling, CBT, Coping strategies นักผู้ปวยมาเข้ากลุ่มและใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาการบำบัดอยู่ระหว่าง 1-32 เดือน (เฉลี่ย 12 เดือน)

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	จำนวนครั้งการนัดพบ 2-51 ครั้ง (เฉลี่ย 15 ครั้ง) และติดตามผลหลังเริ่มการรักษา 2 และ 4 ปี ซึ่งมีวิธีรายละเอียดดังนี้ 1. ปรับความเชื่อที่ผิดจากความเป็นจริง โดยให้เหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการพุดแบบเผชิญโดยตรง (confrontation) หากการอภิปรายและให้เหตุผลเกี่ยวกับความเชื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานยิ่งขึ้นให้หยุด และเริ่มใหม่อย่างระมัดระวังในครั้งต่อไป 2. การผ่อนคลายและการจัดการกับความวิตกกังวล เพื่อลดความวิตกกังวลที่อาจทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น 3. อธิบายปรากฏการณ์เกิดอาการประสาทหลอน สร้างความร่วมมือระหว่างบำบัดกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้ยินเสียงตามที่ผู้ป่วยนอก และอธิบายให้เข้าใจว่าเสียงแว่วเป็นลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วย คนอื่นจึงไม่ได้ยิน 4. มอบหมายการบ้าน (home work) เช่น ผู้ป่วยที่ได้ยินเสียงแว่วเกี่ยวกับศาสนาให้ผู้ป่วยสนทนากับอนุศาสนาจารย์ การบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความผิดปกติของความคิด บันทึกประจำวันนี้จะถูกใช้ทดสอบความเชื่อที่ผิดปกติ จำนวนครั้งการเกิดอาการและรูปแบบของการเกิดอาการ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การจัดการกับอาการ
Results	- เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาในขนาดลดลง (จาก 8.4 mg/d เป็น 6.2 mg/d) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ในขณะที่ 3 คน หยุดรับประทานยา และ 5 คน ไม่ต้องรับประทานยาด้านโรคจิต - การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าช่วง follow-up 4 ปี ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีถึงที่สุด ร้อยละ 33 ดีพอสมควรและร้อยละ 26 ไม่ดี ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงจากการ follow-up 2.5 ปี มีเพียง 3 ราย (8%) ที่ประเมินว่าแย่ลงเมื่อเปรียบเทียบกับ follow-up 2.5 ปี ผลการประเมินนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุและเพศ

ตาราง 7 ผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- อาการหูแว่ว จากการเปรียบเทียบลักษณะอาการหูแว่วและความรุนแรงก่อนการบำบัดและหลังการบำบัด 2 ปี และ 4 ปี พบว่าผู้ป่วย 7 ราย (18%) ไม่มีอาการหูแว่วเมื่อ follow-up ครบ 4 ปี ในการ follow-up 2 ปี พบว่าผู้ป่วย 8 ร้อยละ 80 ยังคงมีอาการหูแว่ว แต่จำนวนเสียงแว่ว จำนวนครั้ง การเกิดเสียงแว่วและระยะเวลาการเกิดเสียงแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ความรู้สึกรบกวนจากอาการหูแว่ว (burden of hearing voices) ความทนทุกข์จากความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกรบกวนทางความคิดและกิจกรรมประจำวัน ลดลงจาก 81% เป็น 20% ในการ follow-up 2 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 30% ในการ follow-up 4 ปี ช่วง follow-up 2 ปี ผู้ป่วยมากกว่า 50% สามารถควบคุมอาการหูแว่วและความคิดของตนเองได้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยรู้สึกว่าการหูแว่วไม่รบกวนชีวิตประจำวัน และไม่รู้สึกรบกวนวิตกกังวล เมื่อถามผู้ป่วยเปรียบเทียบอาการหูแว่วและความยุ่งยากระหว่าง follow-up 2 ปี และ 4 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 50 อาการดีขึ้น ร้อยละ 40 รู้สึกไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 18 รู้สึกแย่ลง - อาการทางจิต คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยอาการด้านบวกของกลุ่มตัวอย่างสูง โดยร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมีคะแนนอาการด้านบวกสูง ร้อยละ 49 มีคะแนนอาการด้านลบสูง ความสัมพันธ์ระหว่าง มิติของอาการ (symptom dimension) การเกิดอาการประสาทหลอนและความรู้สึกรบกวน ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - หน้าที่ทางสังคม ในการ follow-up 2 ปี พบว่า 41% การทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และ 16-22 % มีสัมพันธ์กับผู้อื่น การพบปะผู้อื่น และการแก้ไขสถานการณ์ (even further improved) พบว่า 59% ของผู้ป่วยดีขึ้น และ 31 % แย่ลงอย่างน้อย 1 ด้าน ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทางที่ดีขึ้นมากกว่าและมีความเสื่อมน้อย

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กว่าการ follow-up 4 ปี พบว่าร้อยละ 69 ของผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสังคม ลักษณะที่พบมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมทางสังคมและบทบาทคู่ชีวิต (partner role) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยทางอารมณ์และโรคจิตเภท หลังรักษาในโรงพยาบาล 2 ปี เพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรง ของความบกพร่องทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Implication	- การบำบัดแบบ Cognitive behaviour therapy (CBT) กับ coping training มีผลต่ออาการทางจิตลดลง และช่วยลดความทุกข์ทรมานและระดับอาการหูแว่วลดลง - การบำบัดแบบ Cognitive behaviour therapy (CBT) กับ coping training มีผลต่อหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น
Limitations	- มีการติดตามผลในระยะยาวอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 11

ชื่อเรื่องงานวิจัย Early psychological intervention for auditory hallucinations: An exploratory study of young people's groups.

ผู้แต่ง Newton, E., Lanau, S., Smith, P., Shergill, S., & Wykes, T.

แหล่งตีพิมพ์/ปี The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(1). /2005

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ CBT สำหรับผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่ทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental) ศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	Early Intervention Service and Department of Psychology, Mental Health Services, Newtown Hospital, Worcester, United Kingdom.
Sample	เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยจิตเวชที่เริ่มมีอาการหูแว่วก่อนอายุ 18 ปี มีอาการหูแว่วมานานน้อยกว่า 3 ปี 2) รับประทานยาต้านโรคจิตแต่ยังมีอาการหูแว่วและไม่มีอาการโรคทางสมองไม่ใช้สารเสพติด เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 22 คน เป็นผู้หญิง 17 คน ผู้ชาย 5 คน อายุระหว่าง 15 – 21 ปี (อายุเฉลี่ย 17 ปี) มี 12 คนที่เป็นผู้ป่วยใน ส่วนที่เหลืออาศัยอยู่กับครอบครัว โดยพื้นเพเป็นชาวอังกฤษ 11 คน African – Caribbean 6 คน ชาวเอเชีย 2 คน ชาวยุโรป 2 คน และ mixed race 1 คน มีผู้ป่วยออกจากการศึกษา 4 คน โดย 2 คน ออกจากการศึกษาช่วงหลังการประเมินก่อนให้ intervention และอีก 2 คนออกจากการศึกษาระหว่างการบำบัด

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มผ่านการบำบัดโดยแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ waiting period (weeks 0 – 6), treatment period (weeks 6 – 12), follow – up period (week 24)
Research outcomes	- อาการหูแว่ว - ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว - ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว
Research Instruments	1. The Auditory Hallucination Rating Scale (PSYRATS; Haddock, et al, 1999) 2. Positive and Negative Symptom Scale (Kay, et al, 1987) 3. Coping Strategies Questionnaire (Wykes, et al, 1999) 4. Beck Depression Inventory II (Beck, et al, 1996) 5. Beck Anxiety Inventory (Beck, et al, 1988) 6. The Activities Scale (Reeder, 2001) 7. Rosenberg Self – Esteem Scale (Rosenberg, 1965) 8. The Sale – Report Insight Scale for Psychosis (Birchwood, et al. 1994) 9. Beliefs About Voices Questionnaire (Chadwick, et al, 2000)
Intervention	การบำบัดจะนัดพบผู้ป่วย 7 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง มีรายละเอียดแต่ละสัปดาห์ดังนี้ ครั้งที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว ครั้งที่ 2 อภิปรายเรื่องรูปแบบของโรคจิต ครั้งที่ 3 อภิปรายเรื่องรูปแบบของประสาหลอน ครั้งที่ 4 วิธีจัดการกับอาการหูแว่วที่ได้ผล ครั้งที่ 5 การเสริมคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 6 นำทุกเรื่องที่ผ่านมาประยุกต์ใช้จัดการกับเสียงแว่ว ครั้งที่ 7 ติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	- ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว (PSYRATS) เปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง waiting period ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.12$) - ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการหูแว่ว (PSYRATS) เปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง treatment period (weeks 6 – 12) และ follow-up period (week 24) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 - ผลหลังการบำบัดช่วยเพิ่มการรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่ว และลดการรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .04 การรับรู้ในอำนาจของเสียงแว่วที่ลดลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ในความสามารถควบคุมเสียงแว่วที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่การเพิ่มความสามารถควบคุมเสียงและการลดซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Implication	- การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า CBT สามารถช่วยลดอาการหูแว่ว, ความทุกข์ทรมานและอาการซึมเศร้าจากอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่ทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วได้ - CBT ช่วยให้ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น รวมถึงสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่วได้ - CBT สามารถนำไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วได้ เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าวมักมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมเสียงแว่วได้
Limitations	- กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อยและศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและเปลี่ยนแปลงช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยยืนยันผลการศึกษา

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว

เรื่องที่ 12

ชื่อเรื่องงานวิจัย Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness
 ผู้แต่ง Wykes, T., Parr, A. M., & Landau, S.
 แหล่งตีพิมพ์/ปี British journal of psychiatry, 175. / 1999

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Cognitive Behavioural Therapy (CBT) ต่อการรับรู้อาการป่วย (insight) และอาการหูแว่ว
Design	การวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	ผู้ป่วยนอก
Sample	เกณฑ์คัดเข้า 1. เป็นผู้ป่วยทางจิตที่มารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภทตาม DSM-IV 2. มีคะแนนระดับอาการทางจิต (BPRS-E) สูงทั้งอาการด้านบวก และอาการด้านลบ 3. ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง 4. ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชแต่ยังคงมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว เกณฑ์คัดออก - เป็น Organic disorder กลุ่มตัวอย่าง - จำนวน 21 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี ระยะเวลาที่เกิดเสียงแว่วเฉลี่ย 14 ปี ¾ ของผู้ป่วยได้ยินเสียงแว่วทุกวัน เสียงที่ได้ยินส่วนใหญ่มีเนื้อหาทางลบ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอาศัยในสถานดูแลผู้ป่วยจิตเวช จาก 21 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยสมบรูณ์จนสิ้นสุดโปรแกรม จำนวน 10 คน

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research outcomes	ผลลัพธ์หลัก - ระดับคะแนนอาการหูแว่ว - อาการทางจิต - การรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการยอมรับการรักษา ผลลัพธ์เฉพาะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่ว - ความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว - กลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว ผลลัพธ์เสริม - ระดับคะแนนความซึมเศร้า - ระดับคะแนนความวิตกกังวล - ความมีคุณค่าในตนเอง
Research Instruments	1. Auditory Hallucination Rating Scale (PSYRATS) ที่ผ่านการพิสูจน์ความเที่ยงและความตรง ในการประเมินสภาวะอารมณ์ ลักษณะอาการทางจิตและความคิดที่ผิดปกติ 2. Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E) 3. Self-Report Insight Scale for Psychosis (IS) ประเมินลักษณะอาการการตระหนักถึงอาการป่วยและการยอมรับรักษา 4. Beliefs About Voices Questionnaire (BAVC) เป็นการบันทึกด้วยตนเองว่า ใช้วิธีใดตอบสนองต่อเสียงและประสิทธิภาพของวิธีการที่ใช้ได้ผลเป็นอย่างไร 5. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 6. Beck Anxiety Inventory (BAI) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวล 7. Rosenberg's Self-Esteem Scale เป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	สมาชิกเข้ากลุ่มทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามผล 3 เดือนต่อมา การประเมินด้วยเครื่องมือวัดเมื่อครั้งแรกก่อนเริ่มกลุ่ม, 6 สัปดาห์, 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1-6 pre-intervention สัปดาห์ที่ 7 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว สัปดาห์ที่ 8 อภิปรายเรื่องรูปแบบของโรคจิต สัปดาห์ที่ 9 อภิปรายเรื่องรูปแบบของประสาทหลอน สัปดาห์ที่ 10 สอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่ได้ผล สัปดาห์ที่ 11 การเสริมคุณค่าในตนเอง สัปดาห์ที่ 12 นำทุกเรื่องที่ผ่านมาประยุกต์ใช้จัดการกับเสียงแว่ว สัปดาห์ที่ 24 นัดมาติดตามผล
Results	ผลลัพธ์หลักในการวิจัย - อาการทางจิต (BPRS-E) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ BPRS-E เปรียบเทียบก่อนและหลังช่วง waiting period ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของ BPRS-E ก่อนและหลังช่วง treatment period พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเฉพาะในช่วง treatment period เท่านั้น - อาการหูแว่ว (PSYRATS) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ PSYRATS ในช่วง waiting period เปรียบเทียบก่อนและหลัง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยของ PSYRATS ในช่วง treatment period เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงช่วง Follow-up - การรับรู้ต่ออาการผู้ป่วยและการยอมรับการรักษา (IS) ค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ในช่วง waiting period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของ IS ช่วง treatment period เปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมี

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	นัยสำคัญทางสถิติ และค่าคะแนนเฉลี่ยยังคงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงช่วง Follow-up ผลลัพธ์เฉพาะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่ว 1. ค่าคะแนนเฉลี่ยของลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอาการหูแว่ว ประกอบด้วย อำนาจของเสียง (ownership) การควบคุมเสียง การรับรู้ อำนาจของเสียง ระดับความทุกข์ทรมาน (amount of distress) ความรุนแรงของความทุกข์ทรมาน ลักษณะอาการหูแว่ว (ระยะเวลา ความดัง ความบ่อย แหล่งเกิดเสียง) การรบกวนจากเสียง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ baseline และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดสอบ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงค่าคะแนนเฉลี่ยของ จำนวนการใช้วิธีการจัดการกับอาการที่มากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่ baseline และ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดสอบสูงกว่าการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ด้านกลยุทธ์ในการจัดการอาการหูแว่ว พบว่า ก่อนการบำบัดกลยุทธ์ ที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การดู TV หรือ การฟังเพลง ซึ่งผู้ป่วยเกือบครึ่ง บันทึกว่าได้ประโยชน์น้อย หลังจากการบำบัดพบว่าการเลือกใช้ กลยุทธ์หลากหลายวิธี แต่พบว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการอาการหูแว่ว เพิ่มขึ้น (baseline 73%, pre-treatment 54%, post-treatment 92%, Follow-up 78%) ผลลัพธ์เสริม การวิเคราะห์ด้วย Wald tests ไม่ได้แสดงผลของระยะเวลาการประเมินต่อ ภาวะวิตกกังวล ($p = 0.11$) และซึมเศร้า ($p = 0.26$) ส่วนคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในช่วง treatment period และ Follow-up เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$, $p = 0.017$)
Implication	- Group psychological treatment สำหรับลดความทุกข์ทรมานจาก อาการหูแว่วได้ และเพิ่มการรับรู้อาการป่วย (insight) ของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการหูแว่วได้

ตาราง 7 ผลการถนักรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่วมีความพึงพอใจในการบำบัด - ผลของการบำบัดนี้บรรลุวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการบำบัดรายบุคคล แต่ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า
Limitations	- การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลก่อนและหลัง ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - มีกลุ่มตัวอย่าง drop out ทั้งในช่วงการประเมิน และช่วงการบำบัด - แม้ว่าการประเมินอาการจะเป็นอิสระจากการให้ treatment แต่ไม่มีการปกปิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายยังได้รับ treatment อยู่

ตาราง 7 ผลการถนักรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 13

ชื่อเรื่องงานวิจัย Efficacy of Cognitive Nursing Intervention for Voice hearing

ผู้แต่ง England M .

แหล่งตีพิมพ์/ปี Perspectives in Psychiatric Care, 43(2), 69-76. / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ cognitive nursing intervention (CNI) กับ usual care (UC) ของผู้ป่วย schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ที่มีอาการหูแว่วในการพัฒนา psychiatric symptoms และ self-esteem ของผู้ป่วย
Design	randomizes controlled trial
Level	Level A

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting	clinical site 1 ใน 4 แห่ง ที่อยู่ใกล้กับ regional health science center ได้รับการส่งต่อเข้าร่วมในการศึกษา
Sample	เกณฑ์คัดเข้า 3 มีความสามารถในการพูดและเข้าใจภาษาอังกฤษ เป็นผู้ป่วย schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ที่ได้รับการวินิจฉัยโดย DSM-IV 3 ได้ยินเสียงแว่วลักษณะ negative voice เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน 3 อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 80% ของเวลาที่มีอาการ มีสมรรถภาพในการรับรู้และยินยอมปฏิบัติตามข้อแนะนำในการบำบัด เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหูแว่วที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia หรือ schizoaffective disorder จากการคัดเลือกมีอาสาสมัครจำนวน 65 คน ส่วนใหญ่ยังไม่ได้แต่งงาน (n=47, 72.3%), มีผิวขาว, เพศชาย, อายุเฉลี่ย 41 ปี, และได้รับการศึกษาเฉลี่ย 12.6 ปี ส่วนใหญ่ (n=53, 81.5%) ทำงานเฉลี่ย 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ งานที่ทำได้แก่ อาสาสมัคร (n=36) 55.4%, นักเรียน (n=8, 12.3%) และลูกจ้าง (n=9, 13.8%) นับถือศาสนาคริสต์นิกาย Protestant (n=23, 35.4%), Catholic (n=20, 30.8%), Christian (n=18, 27.7%) และอื่น ๆ (n=4, 6.1%) มีประวัติด้านอารมณ์ (n=25, 38.5%), ร่างกายและอารมณ์ (n=13, 20.0%), อุทกอารมณ์ทางเพศ (n=27, 41.5%), เป็นอันตรายต่อตนเอง (n=49, 75.4%), ใช้แอลกอฮอล์ (n=52, 80.0%) และใช้ยาเสพติด (n=37, 56.9%) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ (n=59, 90.8%) และสูบกัญชา (n=5, 7.7%) ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา neuroleptic medication เป็นเวลามากกว่า 80% ของช่วงเวลาที่มีอาการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ตารางเลขสุ่ม แบ่งออกเป็นกลุ่ม UC (n₁ = 21) และกลุ่ม UC+CNI (n₂ = 44) ซึ่งกลุ่ม UC+CNI มีจำนวนมากกว่าเป็นสองเท่า เพื่อที่จะได้รับทราบข้อมูลที่สำคัญจากการศึกษาได้อย่างรวดเร็วและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยลง ซึ่งการแบ่งกลุ่มที่

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ไม่เท่ากันนี้ใช้หลัก variance inflation factor (VIF) 1.49 เพื่อปรับศักยภาพของอำนาจที่หายไปในการตรวจจับความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทั้งสอง (Hsieh, Lavori, Cohen, & Feussner, 2003) และออกแบบการวัดผลซ้ำเพื่อพิจารณา psychiatric symptoms และ self-esteem ของผู้ป่วยที่ดีขึ้น
Research outcomes	1. Psychiatric symptoms 2. Self-esteem
Research Instruments	1. Medication adherence เป็นการวัดด้วยการให้คะแนนเป็นตัวเลข 5 ระดับ เพื่อบอกระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ antipsychotic medication ตามคำแนะนำของแพทย์ medication ดังกล่าว หมายถึงการได้รับยา antipsychotic ทั้งที่เป็น first generation (ยาสูตรดั้งเดิม) และ newer generation (ยาสูตรใหม่ๆ) ช่วงการวัดแบ่งออกเป็น 0%, 20%,...,80-100% ของระยะเวลา ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย schizophrenia ที่เป็นผู้ใหญ่ มีอัตรา medication adherence 60-70% (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband & Jeste, 2002) 2. McArther Competence Assessment Tool เป็นแบบวัดความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการรับการรักษา (Competence to give informed consent to treatment) คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สำหรับการศึกษานี้กำหนดไว้เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างไรถึงผลที่จะเกิดในอนาคตจากข้อมูลที่ได้รับ, เหตุผลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ, ความพึงพอใจกับลักษณะธรรมชาติที่เป็นอยู่และผลที่จะเกิดขึ้นจากการบำบัดที่ได้รับการเสนอ, และให้ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด 3. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัด Psychiatric Symptoms ได้แก่ hallucination severity ซึ่งประเมินโดยคะแนนรวมของผู้ป่วยหูแว่วจาก (Overall & Gorham, 1988) ซึ่งการวัดประกอบด้วย การให้คะแนน 18 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 7 ระดับ ซึ่งจะมีการให้คำจำกัดความของแต่ละ symptom ที่จะประเมิน สำหรับการศึกษานี้

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	ผู้ป่วยจะให้คะแนน symptom ของเขาในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้คำจำกัดความและกลุ่มอ้างอิงจากผู้ป่วยรู้จักและมีการเฉพาะที่นำมาใช้เป็นฐานในการตัดสินใจของตัวเอง การให้คะแนนเริ่มต้นตั้งแต่ 1 คะแนน (“not experience” ไม่มีอาการ) ถึง 7 คะแนน (“very severe” มีอาการรุนแรงมาก) ได้ค่า coefficient α สำหรับ internal consistency ของการให้คะแนนเท่ากับ 0.82 4. Robson Self-Concept (RSCQ) ใช้การประเมิน Self-esteem ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 7 ระดับ เพื่อใช้ประเมินคุณค่าในตัวเอง (self-worth), significance, attractiveness, competence, และความพึงพอใจต่อความปรารถนาที่มี (Robson, 1989) ผู้ป่วยจะให้คะแนนตั้งแต่ 1 (“I completely disagree....”ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 (I completely agree with this reflection of me” เห็นด้วยอย่างยิ่งในความรู้สึกของฉัน) ได้ค่า coefficient α สำหรับ internal consistency จากการให้คะแนนเท่ากับ 0.79 จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม ในคะแนนพื้นฐาน (baseline) ของ psychiatric symptoms และ self-esteem เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะประชากร และผลการรักษาที่ไม่พบความแตกต่างภายในกลุ่ม (within-group difference) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกันเกี่ยวกับ psychiatric symptoms ($F=0.07$) และ self-esteem ($F=1.87$) ในการศึกษานี้ null hypothesis ของความแตกต่างที่ไม่จริงของคะแนน psychiatric symptoms และ self-esteem ของผู้ป่วยที่ได้รับ UC หรือ UC+CNI ไม่ได้ถูกตัดออกจากการศึกษา จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ รวมทั้งการปรับคะแนน baseline และเวลา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ Between group - ในช่วง 18 สัปดาห์, และ 54 สัปดาห์ หลังจากได้รับการบำบัด คะแนน psychiatric symptoms และ self-esteem ของผู้ป่วยที่ได้รับ UC+CNI เปลี่ยนแปลงมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่ได้รับ UC การเปลี่ยนแปลงของ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	psychiatric symptoms ไม่ได้มีผลจาก within-group difference ของผู้ป่วย แต่การเปลี่ยนแปลงของ self-esteem มีผลมาจาก within-group difference ของผู้ป่วย - จากผลการศึกษาที่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับ UC+CNI จะมี psychiatric symptoms ที่ดีขึ้นและยังยืนกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ UC มีค่า effect size สูงมาก = 0.711 ($F=102.98, p<.0001$) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวก็มี self-esteem ที่ดีขึ้นและยังยืนกว่าด้วยเช่นกัน แต่ effect size ไม่สูงนัก = 0.167 ($F=12.41, p<.001$) ซึ่งค่าที่ดีขึ้นแต่ไม่ค่อยสูงนี้ น่ามีผลมาจากคะแนนก่อนการบำบัดที่ ($F_{(interaction)} = 9.17, p<.004$) และผลกระทบบจากระยะเวลา ($F_{(interaction)} = 15.01, p<.001$) ซึ่งคะแนนก่อนการบำบัดที่สูงกว่ารวมกับคะแนน self-esteem ที่มีตัวแปรมากกว่าที่วัดผลในช่วง 1 ปีต่อมา จึงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับ UC+CNI ไม่ได้มี self-esteem ที่ดีขึ้นได้ทั้งหมด - การเปรียบเทียบในภายหลังถึง outcome ที่ได้จากการบำบัด พบว่าคะแนนที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยที่ดีขึ้นจากการให้ UC+CNI มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้นจากการได้รับ UC หรือ UC+CNI แต่คะแนนที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยที่ดีขึ้นจากการให้ UC+CNI ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ดีขึ้นจากการได้รับ UC นอกจากนี้การทดสอบในภายหลังยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนน psychiatric symptoms ในผู้ป่วยที่ดีขึ้นจากการได้รับ UC มีมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยที่ดีขึ้นจากการได้รับ UC+CNI
Implication	- การที่มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยที่ได้รับ UC+CNI บอกเป็นนัยได้ว่า วิธี CNI โดยเฉพาะ หรือการใช้ทั้งสองวิธีรวมกันจะมีส่วนช่วยเสริมประสิทธิภาพของ intervention วิธีการบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ การพัฒนา therapeutic relationship, case formulation และการวางแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ Socratic learning, verbal challenge, และ empirical test กลวิธีอื่นๆ ได้แก่ การประเมินประสบการณ์การได้ยินเสียงแว่วอย่างเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนใน session, การสร้างสร้าง cue-

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 13 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	card เพื่อการจัดการกับเสียง, และการช่วยเหลือและการติดตามการบ้านที่ผู้ป่วยได้รับ - ผลการศึกษานี้ได้ผลดีในการจัดการอาการหูแว่ว น่าจะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้พยาบาลมีการพัฒนา และพยายามค้นหา cognitive strategies เพื่อการบำบัด psychiatric symptoms สำหรับผู้ป่วยหูแว่วต่อไป
Limitations	- ผลที่ได้รับจากการศึกษาควรมีการแปรผลด้วยความระมัดระวัง เพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาก็ไม่ใช่ตัวแทนของผู้ป่วยหูแว่วทั้งหมด โดยมีเฉพาะผู้ป่วยหูแว่วดื้อยา, และมีประวัติได้รับบาดเจ็บ และคิดยาเสพติด แต่ไม่รู้ประวัติความเจ็บป่วยในช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา รวมทั้งสถานะความเป็นอยู่ของผู้ป่วย อาจเป็นไปได้ว่าลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่ได้วัดผล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ หรือรูปแบบของการบำบัดทำให้มีอิทธิพลต่อ outcome ที่ได้จากการบำบัด การขาดการควบคุมตัวแปรที่ได้ค่าปานกลาง (moderating variable) ทำให้เป็นการยากยิ่งขึ้นที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยหูแว่วกลุ่มอื่น - การศึกษาครั้งนี้ การดำเนินการ UC มีลักษณะคลุมเครือ โดย UC ที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบด้วย medication และ psychosocial support เช่น case management และ befriending (เพื่อนช่วยเพื่อน) ตัวอย่างเช่น การที่ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ก็อาจ มีส่วนช่วยให้ผลการบำบัดจากการศึกษานี้ออกมาดี เพราะว่ายาออกฤทธิ์ให้ neurochemistry ในสมองมีการเปลี่ยนแปลง แต่การศึกษานี้ไม่ได้ค้นหาว่ายามีส่วนทำให้ผลการบำบัดเปลี่ยนไปได้หรือไม่ - การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาส่วนประกอบของ UC+CNI ที่มีผลต่อการบำบัด ทำให้ยากแก่การเข้าใจว่ากลไกที่มีผลต่อการบำบัดคืออะไร

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว

เรื่องที่ 14

ชื่อเรื่องงานวิจัย Coping with Voices: Selective Attention Training for Persistent Auditory Hallucination in Treatment Refractory Schizophrenia

ผู้แต่ง Hatashita-Wong, M., & Silverstein, S. M.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Psychiatry, 66(3), 225-261. / 2003

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาการจัดการกับเสียงแว่วโดยการฝึกเลือกให้ความสนใจกับเสียงที่ได้ยิน
Design	การวิจัยเชิงคุณภาพ
Level	Level C
Setting	โรงพยาบาล New York Presbyterian Hospital แผนกผู้ป่วยใน
Sample	เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยในที่อยู่แบบ long-term และได้รับการฟื้นฟูด้านพฤติกรรม (behavioral rehabilitation) ด้วยวิธีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning procedures) และมีอาการหูแว่ว เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย
Research outcomes	อาการหูแว่ว
Research Instruments	ใช้เทปบันทึกเสียง Tascam Porta-03 ที่มี 4 track โดยเป็น target track เพียง 1 track ส่วนที่เหลืออีก 3 track เป็น distractor การบันทึกเสียงแต่ละ track นั้นทำอย่างง่าย ๆ โดยขั้นตอนแรก ใช้เครื่องให้จังหวะ Roland TR-707 เคาะจังหวะในอัตรา 22 ครั้งต่อนาที และบันทึกลงในเทปบันทึกเสียง track ที่ 1 ส่วนอีก 3 track ให้บันทึกเสียงคนพูด โดยให้ staff อ่านจำนวนจากตารางเลขสุ่มให้ตรงกับจังหวะ (ที่ได้ยินจาก earphone เท่านั้น เพื่อให้แน่ใจว่าเสียงจังหวะ จะไม่ไปทับกับเสียงพูด) ขั้นตอนสุดท้าย ให้บันทึกเสียง sound effect (ซึ่งหาซื้อได้ในราคาไม่แพงที่ร้านขายเพลง) ลงไปบน track ที่บันทึกเสียงเคาะจังหวะ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	ผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นแพทย์ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด จำนวน 25 session ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งจะเพิ่มระดับความยากขึ้น โดยการเพิ่ม additional track โดยเป็นกิจกรรมการฟัง (listening task) และบันทึกความก้าวหน้าไปเรื่อยๆ มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ - หลังให้ผู้ป่วยฟังเสียงในแต่ละ session แพทย์จะเปรียบเทียบการตอบสนองที่ผู้ป่วยแสดงออกมา โดยการตอบในกระดาษคำตอบที่เขียนจำนวนทั้งหมดจากทุก track ตามลำดับ ซึ่งอาจใช้ track ที่เป็นเสียงพูดบาง track เป็น target track ก็ได้ และอาจจะเริ่ม session ที่ช่วงไหนของเทปก็ได้ - ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยทำไม่ถูกต้อง ให้บันทึกในรายการว่าผิดที่ตรงจุดไหน และให้ feedback ภาพรวมของการทำกิจกรรมทั้งหมดหลังจากจบแต่ละ session ซึ่ง session หนึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที - หลังจากเริ่ม dichotic listening exercise เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ไม่ผิดพลาดเลย จากการฟัง single track ภายใน 2 session การ training ที่จัดรูปแบบไว้ต่อมาจะมีดังนี้ - ในแต่ละครั้งที่สามารถทำได้ไม่ผิดพลาดเลยใน set of track ก็จะเพิ่ม track ใหม่เข้ามา โดย track ใหม่ก็จะเริ่มด้วยการเปิด volume เสียงน้อยๆ ก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มเสียงให้ดังเท่าๆ กับ track อื่นๆ ซึ่ง อัตราการเพิ่ม volume เสียง จะพิจารณากำหนดจากการตัดสินใจทางคลินิกโดยดูจากการแสดงออกของผู้ป่วย และระดับ anxiety ของผู้ป่วย - เมื่อฟัง track ใหม่ แล้วมีการพัฒนาขึ้นโดยเมื่อแทบจะไม่มีข้อผิดพลาดเลย (ผิดพลาดน้อยกว่า 10 ครั้งต่อ session) ก็ให้ย้าย distractor sound ไปที่ target ear โดยใช้การเพิ่มทีละน้อย ซึ่งการปฏิบัติแบบนี้เป็นการฝึกที่เพิ่มเข้ามา เพื่อฝึกความสนใจในการเลือกรับเสียงที่เกี่ยวข้อง (relevant information)

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	- นอกจากนี้ยังมีการให้การบ้าน เพื่อพัฒนาให้มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการอยู่ได้อย่างปกติในสิ่งแวดล้อมทั่วไป โดยให้ผู้ป่วยได้เลือก distraction technique ของตัวเอง ที่จะนำไปใช้เมื่อใดก็ตามเมื่อรู้สึกว่ภาวะหูแว่วเริ่มคุกคามกิจวัตรประจำวันของเขา - หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม dichotic listening ให้ผู้ป่วยบันทึกตามกลวิธีทางเลือกเหล่านี้ลงในกระดาษบันทึก daily homework เช่น การพูดคุยกับเพื่อน การนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม และการฟังเพลงจากเครื่องเล่นเทปแบบพกพา และมีเทปเฉพาะ โดยเป็นเทปที่มีเสียง target stimuli ที่หูข้างหนึ่ง ส่วนที่หูอีกข้างหนึ่งจะเป็นเสียงเพลงปกติ ซึ่งเทปแบบ two-track tape นี้ สามารถเปิดฟังกับเครื่องเล่นเทปแบบพกพาเครื่องใดก็ได้
Implication	- attention training ที่เลือกมาใช้มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประคับประคองความสนใจต่อเสียงที่เกี่ยวข้องได้ในเวลาที่นานขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าจะอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มี distraction เพิ่มขึ้นด้วยก็ตาม - Intervention นี้สามารถนำไปใช้ได้ง่ายเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายไม่มาก อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกสามารถใช้เครื่องเล่นเทปภายในบ้านได้

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 14 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitations	- การทดลองมีกลุ่มตัวอย่างน้อย โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียว อาจให้ผลแตกต่างได้ในผู้ป่วยรายอื่น - การให้ intervention ต้องใช้ระยะเวลานานอาจทำให้เกิดการ drop out ได้ - ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคนี้กับ intervention อื่น

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 15

ชื่อเรื่องงานวิจัย A Self-Control Skills Group for Persistent Auditory Hallucinations

ผู้แต่ง Perlman, M. L. & Hubbard, A. B.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Cognitive and Behavioral Practice, 7, 17-21 /2000

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลการฝึกทักษะการควบคุมตนเองแบบกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการหูแว่วแม้จะได้รับการรักษาด้วยยา
Design	การศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design)
Level	Level B
Setting	ไม่ได้ระบุไว้ในรายงาน
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดย Diagnostic and Statistical Manual of - Mental disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association , 1994) ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เริ่มแรก มียังคงมีอาการหูแว่ว

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม neuroleptic เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง - สมาชิกของกลุ่มจัดการกับเสียงผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมรายวันเพื่อการบำบัดทางจิต (psychiatric day program) ได้รับการคัดเลือกจากการประกาศในชุมชน สมาชิกกลุ่มมีจำนวน 9 คน (หญิง 6 คน และชาย 3 คน) อายุ 35-50 ปี มีประวัติหูแว่วตั้งแต่ 5-30 ปี ทุกคนเคยผ่านการตรวจแยกประเภท Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เริ่มแรก และได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม neuroleptic ระดับการปฏิบัติหน้าที่ (functional level) ของสมาชิกในกลุ่มแตกต่างกันอย่างมาก บางคนเคยทำงานมาก่อน (มีหนึ่งคนที่สำเร็จ Ph.D) บางคนไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากป่วยเป็นจิตเภทตั้งแต่อายุยังน้อยๆ บางคนเคยเข้าร่วมในกลุ่ม day-treatment center ที่อื่นมาก่อน บางคนเพิ่งเข้าร่วมกับการรักษาแบบกลุ่มครั้งนี้เป็นครั้งแรก
Research outcomes	- อาการหูแว่ว
Research Instruments	การประเมินจากการตอบสนองต่อการรักษาโดยดูจากการรายงานด้วยคำพูด, การสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม, และรายงานที่ได้จาก case manager และ psychiatrist ของผู้ป่วย
Intervention	โปรแกรมการรักษาประกอบด้วย psychoeducation, treatment planning, skill planning, และ generalization (ในรายงานไม่ได้ระบุว่าแต่ละหัวข้อใช้เวลาที่ session) สมาชิกในกลุ่มจะมาพบกันทุกสัปดาห์ตลอดเวลา 5 เดือน รวม 23 session ใช้เวลา session ละ 1 ชั่วโมง รูปแบบของกลุ่มเป็นแบบปลายเปิด (open-ended format) เพื่อให้สมาชิกที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มสามารถเข้าร่วมกับกลุ่มระหว่างที่โปรแกรมได้ดำเนินการไปแล้ว โดยรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
1. Psychoeducation การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต	ใน session แรก ผู้นำกลุ่มจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการหูแว่ว โดยเน้นถึงการยอมรับอาการหูแว่วว่าเป็นอาการที่เรื้อรัง และแจ้งวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ตั้งขึ้น ก็เพื่อช่วยสมาชิกให้สามารถควบคุมตัวเอง ให้น้อยลงเสียงที่ได้ยิน โดยพัฒนาวิธีการจัดการกับเสียงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกลวิธีนี้ไม่ได้มุ่งหวังที่จะกำจัดภาวะหูแว่วนั้นให้หมดไปอย่างสิ้นเชิง แต่จุดมุ่งหมายก็เพื่อให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น และเมื่อควบคุมได้ จะสามารถมุ่งไปที่กิจกรรมมากกว่าจะสนใจกับเสียงแว่วนั้น
2. Treatment Planning การวางแผนการบำบัด	การวางแผนการรักษาสำหรับสมาชิกกลุ่มแต่ละคนต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันใน functional level เพื่อเป็นการประหยัดและใช้ได้ไม่ยุ่งยาก ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยทุกคนจะได้รับแจก earplug ลดเสียงรบกวน (noise-reducing foam earplug) สำหรับเสียบหูข้างเดียวหรือทั้งสองข้างตลอดทั้งวัน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่มียาอาการหูแว่ว ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการแนะนำให้พูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นวิธีเริ่มต้นในการเบนความสนใจจากเสียง หลังจากนั้นจะเพิ่มวิธี thought stopping สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบนความสนใจจากเสียงแว่วได้ ต่อมาเมื่อพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยไม่สามารถใช้วิธี self-talk อย่างได้ผล ก็ให้เบี่ยงเบนความสนใจโดยการเปล่งเสียงอย่างง่าย ๆ เช่น การฮัมเพลง และการร้องเพลง หรือการเบี่ยงเบนโดยไม่ต้องเปล่งเสียง เช่น การฟังวิทยุ, ดูโทรทัศน์ และอ่านหนังสือก็ได้
3. Skill training การฝึกทักษะ	Skill training เป็นการจัดการในรูปแบบ instruction และ modeling ตามด้วย in-group practice โดยต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามเทคนิคนี้ได้ รวมทั้งต้องมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยด้วย โดยมีหัวข้อการฝึกทักษะดังนี้

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	3.1 Self-talk (การพูดกับตัวเอง) ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้พูดประโยคที่มีความหมายเชิงบวกโดยพูดซ้ำๆ บ่อยๆ ตามข้อความที่จดไว้ในกระดาษที่สามารถนำขึ้นมาดูเมื่อไรก็ได้ ถ้าอยู่เพียงลำพังให้พูดดังๆ และพูดไม่มีเสียงเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ
	3.2 Thought Stopping (การหยุดความคิด) ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้กำหนดคำว่า “หยุด” อย่างมั่นคงหนักแน่น เวลาที่เหือบเห็นสายรัดที่ข้อมือ หลังจากนั้นให้ใช้วิธีพูดกับตนเองในทางบวกหรือใช้การเบี่ยงความสนใจอื่นๆ ทันที
	3.3 Tape-administered thought Stopping (เทปช่วยหยุดความคิด) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดความคิดของตัวเองด้วยวิธี self-talk ก็จะทำให้ฟังข้อความผ่าน headphone จากเครื่องแบบพกพาได้ ซึ่งข้อความนั้นพูดโดยหัวหน้ากลุ่ม และตัดต่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจากข้อมูลที่เคยสัมภาษณ์ไว้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับข้อความที่พูดถึงตัวเองทางบวก, และการเปลี่ยนไปให้ความสนใจกับ simple distractor หรือกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจอื่นๆ เทปนี้จะใช้ช่วยได้เมื่อเกิดภาวะหูแว่วอย่างฉับพลัน โดยข้อความแต่ละข้อความจะถูกพูดซ้ำวนไปตลอดความยาวของเทป 90 นาที
	3.4 Simple distracter (สิ่งที่ทำให้เบี่ยงเบนความสนใจอย่างง่าย) ได้แก่ การฮัมเพลง และการร้องเพลง (ทั้งร้องออกเสียงและร้องในลำคอ) เป็นสิ่งที่แนะนำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้วิธี self-talk และ thought stopping ได้ นอกจากนี้ยังมี simple distracter อื่นๆ ได้แก่ โทรทัศน์, วิทยุ และหนังสือ ซึ่งวิทยุและเครื่องเล่นเทปแบบพกพาค่อนข้างเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่จะใช้ intervention นี้ได้ โดยไม่เป็นจุดเด่นในขณะที่อยู่ในที่สาธารณะ
	4. Generalization การขยายการใช้งานในวงกว้าง เมื่อผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งสามารถใช้เทคนิคเหล่านี้ได้ผลดี ก็จะได้รับกระตุ้นให้มาขยายผลในกลุ่ม เพื่อปรับปรุงความยืดหยุ่นในการ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้ ผู้นำกลุ่มต้องมีการปรึกษาร่วมกับ case manager และสมาชิกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้ช่วยเสริมแรงการใช้เทคนิคนี้กับผู้ป่วยต่อไป
Results	- สมาชิกกลุ่ม 7 คน จาก 9 คน บอกว่าสามารถผนวก self-control skill เข้ากับ lifestyle ของพวกเขาได้อย่างดี และได้ประโยชน์จากการฝึกทักษะดังกล่าวอย่างมาก โดยมีผู้ป่วย 1 คนบอกว่าภาวะหูแว่วหายไป แล้ว ส่วนที่เหลืออีก 6 คนบอกว่าอาการ distract และ distress จากภาวะหูแว่วลดลง ส่วนสมาชิกกลุ่ม 2 คนที่ปรากฏว่าอาการไม่ดีขึ้นเลยนั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนำเทคนิคใดๆ มาใช้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย 1 คน มีความเชื่อผิด ๆ อย่างมาก จนไม่สามารถยอมรับหลักการและเหตุผลของการรักษาได้ - ส่วนผู้ป่วยคนที่สองเป็นสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยที่สุด อาจเป็นเพราะในอดีตขาดการบำบัดใน day center group เป็นเวลาติดต่อกันหลายปีพบว่าไม่มีเทคนิคใดเทคนิคเดียวที่จะช่วยสมาชิกกลุ่มได้ทุกคน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบว่าต้องใช้ทักษะต่าง ๆ ผสมผสานกันจึงจะได้ผล การใช้ simple distracter ได้แก่ การฮัมเพลง, การร้องเพลง และการฟังวิทยุ เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย จากจำนวนผู้ป่วย 9 คน ที่ลองใช้ simple distracter พบว่ามีเพียง 1 คนที่ใช้ไม่ได้ผล นอกจากนี้มีรายงานการใช้ noise-reducing earplug เสียบไว้ที่หู จากผู้ป่วย 5 ใน 9 คนที่ใช้ได้ผล ผู้ป่วย 4 ใน 9 คน พบว่าวิธี self-talk เป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้แล้วได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับเสียงที่ได้ยิน และเหมือนคนที่มีอำนาจในการควบคุมตนเอง มีผู้ป่วย 2 ราย บอกว่าอาการ anxiety ที่เกิดจากการเผชิญกับเสียงที่ได้ยินจะถูกเบี่ยงเบนไปด้วยการใช้เทคนิคนี้ thought stopping เป็นวิธีที่ถูกนำมาใช้ได้น้อยครั้งที่สุด อาจเป็นเพราะว่าเป็นวิธีที่ยากที่สุดที่ผู้ป่วยจะ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ใช้ได้ด้วยตนเอง จากผู้ป่วยจำนวน 8 คนที่ใช้วิธี thought stopping พบว่ามีเพียง 2 คนเท่านั้นที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่ใช้วิธี thought stopping จากการฟังเสียงพูดจากเทปแล้วได้ผล พบว่า 2 คนไม่สามารถใช้เทคนิคนี้ได้ด้วยตนเอง และ thought stopping ได้ผลดีมากกว่าผู้ป่วยอีกคนหนึ่งที่เคยใช้ทั้ง earplug และ simple distraction มาก่อนแล้วไม่ได้ผล จึงได้เปลี่ยนมาใช้ในการฟังเทป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการเสริมแรงจากการใช้เทคนิคนี้ - level of functioning (ระดับของการปฏิบัติหน้าที่) มีความสัมพันธ์กับทักษะที่ผู้ป่วยแต่ละคนนำมาใช้ฝึกปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับ lower functioning จะชอบใช้วิธีแบบ passive และ nonverbal procedure (แบบเชิงรับ และไม่ใช้คำพูด) เช่น ใช้ noise-reducing earplug, ฟังวิทยุ, และฮัมเพลง แต่ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีระดับ higher-functioning จะชอบวิธีที่ใช้คำพูดในการเบี่ยงเบนมากกว่า
Implication	- รูปแบบการควบคุมตนเองแบบกลุ่ม คือ การฝึกเอาชนะเสียงที่รบกวนโดยหาจุดสนใจอื่นๆ ที่ทำให้หันเหความสนใจออกจากเสียงนั้นสามารถลดอาการหูแว่วได้ในผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการหูแว่วแม้จะได้รับการรักษาด้วยยา - รูปแบบของกลุ่ม (group format) ก็มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับอาการของพวกเขา โดยใน session แรกๆ จะมีการแบ่งปันประสบการณ์หูแว่วให้แกกัน ซึ่งผู้ป่วยหลายคนให้ข้อสังเกตว่าการเปิดเผยอาการหูแว่วอย่างตรงไปตรงมาให้ผู้อื่นรับรู้จะนำไปสู่การถูกปฏิเสธจากสังคม ดังนั้นพวกเขาจึงพยายามปกปิดไม่ให้ใครรู้ ซึ่งกลุ่ม Coping With Voice group จึงเป็นโอกาสแรกของพวกเขาในการจัดการกับอาการหูแว่วนี้โดยตรง - รูปแบบการบำบัดไม่มีเทคนิคใดเทคนิคหนึ่งที่จะดีที่สุด สมาชิกต้องใช้หลายวิธีผสมผสานกันในการฝึกทักษะเพื่อเอาชนะอาการหูแว่ว therapist ที่ทำงานกับประชากรกลุ่มนี้ ต้องทำความเข้าใจกับทักษะ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 15 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในการจัดการกับเสียงรบกวนทั้งการผนวกความรู้จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อช่วยผู้ป่วยหูแว่วได้อย่างดีที่สุด - functional level ไม่ใช่อุปสรรคของการฝึกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สัมพันธ์กับเทคนิคเฉพาะที่เป็นทางเลือกของผู้ป่วยแต่ละคน การจับคู่ระหว่าง functional level กับทักษะเฉพาะได้อย่างลงตัว จะทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการรักษาอย่างสูงสุด
Limitations	- ควรมีการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อผิด ๆ อย่างมาก จะไม่สามารถยอมรับหลักการและเหตุผลของการรักษาได้ ทำให้เกิดการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง - แบบวัดยังไม่ได้มีการออกแบบอย่างสมบูรณ์ อาจทำให้การแปลผลแตกต่างกันได้

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 16

ชื่อเรื่องงานวิจัย **Group Cognitive-Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations : A Pilot Study**

ผู้แต่ง Pinkam, A. E., Gloege, T. A., Fanagan, S., & Penn, L. D.

แหล่งตีพิมพ์/ปี Cognitive and Behavioral Practice, 11, 93-98 / 2004

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (group CBT) สำหรับผู้ป่วยหูแว่ว - เพื่อศึกษาระยะเวลาของ group CBT ที่สามารถบำบัดภาวะหูแว่วได้อย่างได้ผล โดยเฉพาะการเปรียบเทียบ protocol ต้นตำรับของ Wykes และคณะ (1999) ที่ประกอบด้วย 7 session กับ protocol ที่ขยายเป็น 20 session
Design	Randomize Control Trial
Level	Level A
Setting	ไม่ได้ระบุไว้ในรายงาน แต่เป็นการศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดย DSM-IV มีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว และยังคงมีอาการหูแว่วแม้จะได้รับยากลุ่ม neuroleptic ในปริมาณคงที่ (ได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน) - ผู้ป่วยกำลังได้รับยา atypical antipsychotic แบบที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน เกณฑ์คัดออก - ผู้ป่วยที่ปฏิเสธว่าไม่มีอาการหูแว่วและผู้ป่วยที่ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยในจำนวน 11 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย DSM-IV โดยป่วยเป็นโรค schizophrenia จำนวน 5 คน และ schizoaffective disorder จำนวน 6 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมีระยะเวลาบำบัดแต่ละกลุ่มต่างกัน (คือ 7 session และ 20 session) โดยกลุ่มที่ 2 จะดำเนินการหลังจากเสร็จสิ้นกลุ่มที่ 1 แล้ว 4 เดือน โดยมีผู้ป่วยจากกลุ่มที่ 1 จำนวน 1 คนที่ถูกส่งเข้ากลุ่มที่ 2 ด้วย

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับการ discharge ก่อนที่กระบวนการกลุ่มจะเสร็จสิ้น ข้อมูลของผู้ป่วยรายนี้จึงไม่ถูกนำมารวมในการวิเคราะห์ สำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการบำบัดครบสมบูรณ์ทั้งสองกลุ่ม จะใช้ข้อมูลจากกลุ่ม 1 เท่านั้นที่นำมาวิเคราะห์ และได้มีการปรับจำนวนสมาชิกในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 5 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชาย 8 คน และเพศหญิง 3 คน 63.6% เป็นชาว Caucasian อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.6 ปี เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาเฉลี่ย 44.6 เดือน ก่อนการเข้าร่วมกับกลุ่ม (ต่ำสุด 3 เดือน, สูงสุด 228 เดือน mode=20 เดือน)
Research outcomes	1) ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (BAVQ-R) 2) ลักษณะอาการหูแว่ว (PSYRATS) 3) ความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบ (PANSS)
Research Instruments	- แบบประเมินอาการหูแว่ว Auditory Hallucinations Rating Scale (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999) แบบ PSYRATS เป็นการวัดด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 11 item เพื่อประเมิน emotional content, physical characteristic , และ cognitive interpretation เกี่ยวกับภาวะหูแว่ว - แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับเสียงแว่ว Beliefs About Voices Questionnaire-Revised (BAVQ-R; Chadwick, Lees, & Birchwood, 2000) BAVQ-R เป็นรูปแบบของ self-report measure เพื่อประเมินความเชื่อ, emotion, และ behavior ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะหูแว่ว - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Opler, & Fiszbein, 1992) PANSS เป็นรูปแบบ clinical interview ที่ถูกออกแบบเพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทั้งด้านบวก และด้านลบ เลือกใช้เฉพาะ item ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมจากภาวะหูแว่วเท่านั้น ซึ่งประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับ frequency และ quality ของอาการหูแว่ว รวมทั้งระดับของผลกระทบจากหูแว่วที่มีต่อความคิดและพฤติกรรม

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	- Wide Range Achievement Test (WRAT 3; Wilkinson, 1993) WRAT3 ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความสามารถในการอ่านของสมาชิกแต่ละคน จะได้ทราบลักษณะทางสติปัญญาต่างๆ ไป ก่อนที่จะมีอาการป่วย (premorbid) - ทีมบำบัด ซึ่งประกอบด้วย psychiatrist, psychologist, social work, nurse, และ health technician อีก 2 คน โดยรูปแบบกิจกรรมแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ให้ intervention ตามคู่มือของ Wykes และคณะ(1999) โดยมีการใช้แบบ PSYRATS และ BAVQ-R ตั้งแต่ช่วงที่ได้รับการส่งต่อเข้ามาและเมื่อจบการบำบัดของแต่ละกลุ่ม และใช้แบบ PANSS เพิ่มเข้ามาเพื่อประเมินเมื่อเสร็จสิ้นการบำบัด นักรับการบำบัด 7 session เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ละ 1 ชั่วโมง แต่ละ session มีหัวข้อดังนี้ session 1 : การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว session 2 : ตัวแบบของโรคจิต session 3 : ตัวแบบของการหลอน session 4 : วิธีจัดการที่มีประสิทธิภาพ session 5 : stigma (ความอับอายสอศดู, ความรู้สึกเหมือนถูกตีตรา มีมลทิน) และบทบาทของ medication session 6 : การปรับปรุงความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) session 7 : ตัวแบบทั้งหมดของการจัดการกับเสียง กลุ่ม 2 ได้รับ intervention ด้วย expanded version ตามคู่มือของ Wykes และคณะ ซึ่งได้รับการปรับปรุงใหม่จากสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มผู้วิจัย (DLP) เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย คู่มือถูกปรับปรุงโดยการขยายการบำบัดเป็น 20 session มีการใช้แบบ PSYRATS, BAVQ-R และ PANSS ตั้งแต่ช่วงที่ได้รับการส่งต่อเข้ามาและเมื่อจบการบำบัดของแต่ละกลุ่ม และแบบ WRAT3 ถูกเพิ่มเข้ามาเมื่อสิ้นสุดของกลุ่ม โดยจะถามคำถามที่เกิดขึ้นภายหลังว่า cognitive functioning มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถนำประโยชน์ของ intervention ที่ได้รับใช้ได้หรือไม่ ดังนั้น

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	WRAT3 จึงต้องดำเนินการภายหลังจากการให้ intervention แล้ว ในกลุ่ม 2 การบำบัดนัดทุกสัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เนื้อหาของ intervention ตามคู่มือต้นฉบับถูกปรับเปลี่ยนไปบ้างเล็กน้อย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับในเรื่องของเวลาที่จะต้องใช้มากขึ้นในหัวข้อที่ยากๆ ดำเนินการหลังจากกลุ่มแรกปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้ว 4 เดือน ซึ่ง intervention มีดังต่อไปนี้ session 1-3 : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับเสียงแว่ว และเสียงปกติ (normalization) session 4 : การให้ความรู้เกี่ยวกับจิตเวช และตัวแบบของโรคจิต session 5 : สารสำคัญ และเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ session 6-10: การวิเคราะห์พฤติกรรมของเสียงแว่ว โดยเน้นการใช้ตัวแบบ Antecedents -beliefs-Consequences (ABC) model โดยเฉพาะ session 11-13: การทำให้มีการควบคุมเหนือเสียงด้วยหลักของ ABC model (วิธีการเพิ่มและการลด) session 14-17: การจัดการกับเสียง session 18 : stigma (ความอับอายสอศดู, ความรู้สึกเหมือนถูกตีตรา มีมลทิน) session 19-20: ตัวแบบทั้งหมดของการจัดการกับเสียง และการสิ้นสุดการบำบัด
Results	1. ประสิทธิภาพของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (group CBT) สำหรับผู้ป่วยหูแว่ว Within group กลุ่มที่ 1 ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (BAVQ-R) พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 52.6(22.69) เป็น 40.8(21.78)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ลักษณะอาการหูแว่ว (PSYRATS) พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยลักษณะอาการหูแว่วลดลงจาก 25.4(6.31) เป็น 21.8(4.15) - ความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบ (PANSS) ช่วงก่อนและหลังได้รับ treatment ไม่ได้รับการประเมิน
	กลุ่มที่ 2 - ความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่ว (BAVQ-R) พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับอาการหูแว่วลดลงจาก 61.8 (10.62) เป็น 55.6 (9.66) - ลักษณะอาการหูแว่ว (PSYRATS) พบว่า หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยลักษณะอาการหูแว่วลดลงจาก 27.4 (5.98) เป็น 22.4 (8.56) - ความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบ (PANSS) หลังได้รับ treatment ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางคลินิกทั้งด้านบวก และด้านลบลดลงจาก 5.4 (.89) เป็น 4.6 (.55)
	Between group - - การทดสอบสมมติฐานที่ว่า group CBT มีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมที่มีต่อภาวะหูแว่ว ด้วยการทดสอบ t-test เพื่อพิสูจน์ว่าขนาดของการเปลี่ยนแปลงจากการวัดแต่ละวิธีภายหลังการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ ผลการทดสอบพบว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังการบำบัด โดย BAVQ-R, $t(9) = 2.91, p < .05$, effect size = .51 PSYRATS ก็มีนัยสำคัญทางสถิติ $t(9) = 2.07, p = .0689$, effect size = .7213 ส่วนการทดสอบเฉพาะในกลุ่ม 2 จาก PANSS ไม่พบการเปลี่ยนแปลงจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญ $t(4) = 2.14, p = .0993$, effect size = 1.1188) - การพิสูจน์สมมติฐานว่าการบำบัดด้วย protocol ที่นานกว่าให้ผลดีกว่าการบำบัดด้วย protocol ที่สั้นกว่า จึงใช้การทดสอบ MANOVA ด้วยคะแนนดิบจาก BAVQ-R และ PSYRATS ผลการทดสอบทุกตัวแปร

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	พบว่ากลุ่มไม่ใช่ตัวทำนายที่มีนัยสำคัญของ outcome รวม ขนาดของการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง function ของกลุ่ม Wilks's $\lambda = .9088$, $F(2,7) = .35$, ns กลุ่มไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งแบบ BAVQ-R, $F(1,8) = .80$, ns หรือแบบ PSYRATS, $F(1,8) = .10$, ns ดังนั้นจึงขัดแย้งกับสมมติฐานเนื่องจากการบำบัดด้วย protocol ที่นานกว่าไม่ได้ให้ผลที่ดีกว่าการบำบัดด้วย protocol ที่สั้นกว่า ส่วนผู้ป่วย 1 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทั้งสองกลุ่ม จากการวิเคราะห์คะแนน BAVQ-R และ PSYRATS ของผู้ป่วยรายนี้ ทั้งก่อนและหลังการบำบัดในแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วในทางที่ดีขึ้นเมื่อเข้าร่วมในกลุ่มที่ 1 หลังจากนั้นกลับมีความเชื่อในทางลบเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าร่วมในช่วงแรกของกลุ่มที่สอง สิ่งที่น่าสนใจคืออาการ distress ที่เกิดจากการได้ยินเสียงแว่วมีแนวโน้มลดลงภายหลังสิ้นสุดการบำบัดในกลุ่มที่สอง - การพิสูจน์สมมติฐานว่า intellectual functioning มีอิทธิพลต่อความสามารถของสมาชิกที่ได้รับประโยชน์จากกลุ่ม จึงใช้การทดสอบ multivariate regression (การวิเคราะห์ถดถอยพหุตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป) เป็นเครื่องมือพิสูจน์ความสามารถในการทำนายของ intellectual ability ก่อนป่วย ผลการทดสอบพบว่าความสามารถในการอ่านไม่สามารถทำนายการวัด clinical outcome รวมได้ Wilks's $\lambda = .1174$, $F(1,3) = 2.51$ ns รวมทั้งการวัดแบบแยกด้วย BAVQ-R : $F(1,3) = 2.32$ ns , PSYRATS : $F(1,3) = 1.45$ ns , PANSS : $F(1,3) = .03$ ns ดังนั้น intellectual functioning ก่อนป่วยจึงไม่สัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการบำบัดในการศึกษานี้

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- การบำบัดนี้มีศักยภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการดีขึ้น รวมทั้งให้ประโยชน์ทางคลินิกที่ดีมากๆ ด้วย - การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า Group CBT เป็น intervention สำหรับผู้ที่มีภาวะหูแว่วสำหรับผู้ป่วยใน ที่สามารถนำมาใช้ได้จริงและให้ผลทางคลินิกที่ดี - การวัดแบบ self-report มีการดำเนินการในผู้ป่วยกลุ่มที่สองเมื่อสรุปผลการบำบัด และผู้ป่วยทุกคนรายงานว่ารู้สึกควบคุมเสียงได้ดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากเสียงแว่ว และเรียนรู้เกี่ยวกับเสียงแว่วได้ดีขึ้นด้วย ซึ่งการพัฒนาที่ดีขึ้นนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมในกลุ่ม - ในผู้ป่วยรายเดียนี่เป็นการแนะนำถึงผลจากการบำบัดเฉพาะ และชี้ให้เห็นว่าบุคคลอาจได้รับประโยชน์อย่างมากจากการ repeat exposure กับเทคนิคและวิธีการที่สอนกันในกลุ่ม - การศึกษาพบว่า intellectual functioning ไม่จำกัดความสามารถของผู้ป่วยในการได้ประโยชน์จากกิจกรรมกลุ่มซึ่งสนับสนุนสมมติฐานทางอ้อม คาดว่าผู้ป่วยที่บกพร่องทางความคิดจะได้ประโยชน์จากการบำบัดที่มีความถี่มากขึ้น - การศึกษาพบว่าการบำบัดด้วย protocol ที่นานกว่าไม่ได้ให้ผลที่ดีกว่าการบำบัดด้วย protocol ที่สั้นกว่า group CBT สำหรับบำบัดภาวะหูแว่วเป็นวิธีที่ประหยัด และมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่ยังคงมีหูแว่วแม้จะได้รับการรักษาด้วยยา
Limitations	- การขาดกลุ่มควบคุม, การสุ่มเลือกกลุ่ม, การประเมินผล follow-up , และ blinding of rater - การดำเนินการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการดี และรุนแรงกว่าผู้ป่วยนอก การศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกด้วย

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 17

ชื่อเรื่องงานวิจัย Cognitive behavioral therapy group work with voice hearers.

ผู้แต่ง McLeod, T., Morris, M., & Birchwood, M.

แหล่งตีพิมพ์/ปี British Journal of Nursing, 16(4), 248- 252. / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมกลุ่มบำบัดความคิดพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหูแว่ว
Design	Randomize Control Trial
Level	Level A
Setting	Community mental health center
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกคนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยโดย DSM-IV ที่มีอาการหูแว่วอยู่ภายใต้การดูแลของ local mental health trust และต้องได้รับการยินยอมเข้าร่วมจาก consultant, ตัวผู้ป่วย และ key worker เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหูแว่วจำนวน 20 คน แล้วสุ่มเลือก 10 คน เข้าร่วมในโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมการรับรู้ 8 session และอีก 10 คนที่เหลือได้รับการรักษาแบบปกติ ผู้เข้าร่วมต้องได้รับการประเมินขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะมีการวัดการควบคุม power, frequency, และ symptom ของ distress และ anxiety และบันทึกข้อมูลการประเมินในระยะแรก และระยะเสร็จสิ้นของกลุ่ม
Research outcomes	- ความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) - อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) - ความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. Beliefs About Voice Questionnaire (BAVQ/BAVQ-R) เป็นแบบสอบถามในลักษณะ self-report แบบง่าย ๆ ซึ่งจะวัดว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นเสียงที่ได้ยินนั้นเป็น malevolent หรือ benevolent และมีวิธีการจัดการกับเสียงแบบ engagement หรือ resistance จึงเป็นการวัดว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและตอบสนองต่อเสียงอย่างไร 2. Auditory Hallucination Rating Scale (PSYRATS) เป็นการให้คะแนน self-report เพื่อการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional content), บุคลิกทางกายภาพ (physical characteristics) และการแปลความหมายการรับรู้ (cognitive interpretation) 3. The Beck Depression Inventory เป็นแบบสอบถามในลักษณะ self-report เพื่อวัดความรุนแรงของ depression ตั้งแต่ระดับน้อย (mild) จนถึงระดับรุนแรง (severe) 4. The Power Scale เป็นการวัดความแตกต่างของอำนาจ (power) ระหว่างเสียงที่ได้ยินกับผู้ที่ได้ยินเสียง ซึ่งประกอบด้วย strength, confidence, respect, ability to inflict harm, superiority และ knowledge โดยใช้ Semantic differential methodology ในการให้คะแนน โดยดูจากการให้ผู้ป่วยเติมประโยคที่ไม่สมบูรณ์ที่แบบสอบถามให้มา โดยจัดเป็นคะแนน 5 ระดับ ได้ค่า internal reliability (Cronbach's alpha) = 0.85 (N=59) จากการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์/reliability of $r = 0.82$ (N=25) 5. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) เป็นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาและกำหนดเป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบสอบถามมี 30 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 7 ระดับ ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อใช้เป็นวิธีในการประเมินมิติด้านบวก ด้านลบ และอาการอื่น ๆ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการและแบบ semi-structural clinical interview รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังนำมาประยุกต์ใช้ได้ด้วยเวลาที่ย่อลง และสามารถใช้ในการ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ประเมินซ้ำได้ด้วยการประเมินทั้งหมด ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 60-120 นาที ประเมินโดยผู้ประเมินอิสระ
Intervention	กลุ่มควบคุม - กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาแบบธรรมดาทั่วไป ถ้าประสบความสำเร็จ กลุ่มควบคุมจะได้รับ intervention แบบเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ กลุ่มทดลอง - กลุ่มทดลองได้รับการรักษาแบบ group CBT โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ตามโปรแกรมที่กำหนด - การประเมินผลต้องดำเนินการ 2 ช่วง คือ (1) ช่วง pre-treatment (สัปดาห์ที่ 0) และ (2) ช่วง post-treatment (สัปดาห์ที่ 12) การเปลี่ยนแปลงระหว่าง (1) และ (2) ทราบได้จากการวัด treatment effect การจัดกิจกรรม session ทั้ง 2 กลุ่ม รวมทั้งการประเมินผลด้วย ใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 20 สัปดาห์ - โปรแกรม 8 สัปดาห์นั้น จะใช้เวลา 1½ ชั่วโมง โดยมีการพักเมื่อครบ 45 นาทีแรก กลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มปิด โดย issue ที่จะใช้ในแต่ละ session เป็นความลับ กลุ่มจะทราบเมื่อเริ่มต้น session ซึ่งก่อนที่จะเข้าร่วมในโครงการนี้ ทุกคนจะได้รับเอกสารซึ่งมีข้อมูลชี้แจงเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการในแต่ละ session Session 1 เพื่อทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนร่วมทุกคน เกี่ยวกับโครงสร้างของการจัดกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งความรับผิดชอบของสมาชิก และความรับผิดชอบของ facilitator ที่มีต่อกลุ่ม Session 2 เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนมีความตระหนักถึงเสียงในลักษณะปกติ และแบ่งปันความรู้สึกนั้นกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม Session 3 ผู้มีส่วนร่วมทุกคนตรวจสอบผลจากเสียงที่มีต่อชีวิตความเป็นอยู่ของพวกเขาในลักษณะ safe and structured manner

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	Session 4 ให้ผู้มีส่วนร่วมทุกคนแบ่งปันสิ่งที่ประสบในชีวิตจริง และวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสิ่งที่ได้ประสบนั้น session 5 ทดสอบความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงที่มีต่อรายบุคคล และทดสอบการคาดการณ์ว่าเสียงนั้นจะสามารถควบคุมผู้ที่ได้ยินเสียงนั้นได้หรือไม่ และการพยากรณ์ที่เที่ยงตรงในอนาคต Session 6 การเพิ่มกลวิธีการจัดการกับเสียง โดยใช้ความช่วยเหลือจากกลุ่ม Session 7 การฝึกปฏิบัติวิธีจัดการกับเสียง โดยการแบ่งกลุ่มฝึก session 8 การพัฒนากลวิธีจัดการกับเสียงในอนาคต และการทำให้เกิดความมั่นคงยั่งยืน ทั้งสองกลุ่มจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม 8 สัปดาห์เหมือนกัน หลังจากนั้น 6 เดือน กลุ่มจะได้รับการประเมินอีกครั้ง
Results	With in group เมื่อเปรียบเทียบกับระยะ baseline กับระยะ 12 week หลังให้ intervention - ด้านความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 2.6(0.7) เป็น 1.4(0.97) ส่วนระดับค่าเฉลี่ยของความถี่ของเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมลดลงจาก 2.8 (0.92) เป็น 2.7 (0.67) - ด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มทดลองลดลงจาก 4.2 (1.0) เป็น 3.3 (1.06) ส่วนระดับค่าเฉลี่ยด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 3.9(0.88) เป็น 4.1 (0.99)

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ด้านความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มทดลองลดลงจาก 3.2 (0.79) เป็น 2.6 (1.26) ส่วนระดับค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก 2.5 (1.18) เป็น 3.0 (1.33) Between group - ด้านความถี่ของเสียงแว่ว (Frequency) พบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ของเสียงแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) - ด้านอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย (Perceived power) พบว่า กลุ่มทดลองมีอำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) - ด้านความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่ว (Level of distress) พบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มในการลดความทุกข์ทรมานลงน้อยกว่า ($p < 0.795$)
Implication	- การบำบัด CBT แบบกลุ่มสามารถลดความถี่ของเสียงแว่ว อำนาจของเสียงแว่วต่อผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานจากเสียงแว่วได้ - สมาชิกกลุ่มรู้ถึงคุณค่าของกลุ่มและเห็นประโยชน์ที่ได้จาก session ที่จัดขึ้น - กลุ่มที่มีสมาชิกที่มีประสบการณ์กับเสียงในลักษณะที่คล้ายคลึงกันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ intervention นี้เกิดประโยชน์สูงสุด
Limitations	- ควรมีการประเมินผลที่ได้การติดตามการรักษา (follow-up assessment) ตามที่มีงานวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของภาวะหูแว่วลดน้อยลงรวมทั้งกิจกรรมกลุ่มที่ดำเนินต่อไปมีอิทธิพลทางบวกสำหรับผู้ป่วย - ควรมีการสุ่มเลือกกลุ่มควบคุมให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อทดสอบถึงประโยชน์ที่ได้จากการใช้ CBT แบบกลุ่ม โดยให้มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ, สังคม/วัฒนธรรม และประชากร รวมทั้ง medication ที่ผู้ป่วยได้รับ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ควรมีการวัดคุณภาพชีวิต, ระดับคะแนน Self-esteem และการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินตาม therapeutic factors - Facilitator ควรได้รับการฝึกอบรมการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่มีลักษณะ structure และ protocol เฉพาะ

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 18

ชื่อเรื่องงานวิจัย A Pilot Study of Exposure Control of Chronic Auditory Hallucination in Schizophrenia
ผู้แต่ง Persaud, R., & Marks, I.
แหล่งตีพิมพ์/ปี British Journal of Psychiatry, 167, 45-50. / 1995

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ exposure control ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีหูแว่วเรื้อรัง
Design	การวิจัยเชิงคุณภาพ
Level	Level C
Setting	แผนกผู้ป่วยนอก Mandsley Hospital

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 18 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample	เกณฑ์คัดเข้า เลือกผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วแม้ได้รับการรักษาด้วยยาจาก Mandsley Hospital โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก 3 ข้อ คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจาก DSM-III-R (2) มีอาการหูแว่วที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามานานน้อยกว่า 1 ปี (3) ได้รับการรักษาด้วยกลุ่ม neuroleptic คงที่ เกณฑ์คัดออก - กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน โดยจากผู้ป่วยทั้งหมด 20 คน มีผู้ป่วยที่เข้าได้ตามเกณฑ์ ทั้ง 3 ข้อ จำนวน 12 คน แต่มีเพียง 5 คนเท่านั้นที่ยอมตกลงร่วมในการรักษา ตั้งแต่ session แรก โดยผู้ป่วยทั้ง 5 คนนี้จมอยู่ในความทุกข์จากภาวะหูแว่วเฉลี่ย (และค่ามัธยฐาน) 5 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลาเฉลี่ยมากกว่า 6 ปี ผู้ป่วยเคยได้รับการบำบัด (รวมทั้งการให้ยา) มาก่อนหน้านี้แต่ไม่ได้ผล มีผู้ป่วย 4 ราย เคยเข้ารับการบำบัดเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย (และค่ามัธยฐาน) 2 ครั้ง รวมเวลาที่เป็นผู้ป่วยในเฉลี่ย (และค่ามัธยฐาน) นาน 5 เดือน อาการหูแว่วของเขามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการวิตกกังวล และความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย
Research outcomes	- อาการหูแว่ว - ความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่ว - การแยกตัวออกจากสังคม - อาการวิตกกังวล
Research Instruments	ไม่ได้กล่าวไว้ในรายงาน

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 18 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	การบำบัดเป็นรายบุคคล ผู้บำบัดไม่ได้ระบุว่าเป็นวิชาชีพใด ระยะเวลาเฉลี่ยที่ therapist ใช้บำบัดผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ที่ 31 ชั่วโมงในเวลา 3 เดือน โดยในช่วงเริ่มต้นของการรักษาจะนัดพบผู้ป่วย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังจากนั้นความถี่จะค่อย ๆ ลดลง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ ระยะที่ 1 (2 session) ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายว่าการรักษาจะช่วยในการควบคุมอาการหูแว่ว ไม่ใช่การกำจัดภาวะหูแว่ว และจะได้รับคำแนะนำถึงหลักการในการเผชิญ กับสิ่งที่เกิดขึ้น (Marks, 1978) ระยะที่ 2 (3 session) ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ใช้วิธีผ่อนคลายอย่างง่ายของ Jacobsen (1929) เพื่อลดการ avoidance ผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้ผ่อนคลาย เมื่อพวกเขา รู้สึกวิตกกังวล ในขณะที่ให้ความสนใจกับอาการ หูแว่ว เมื่ออาการวิตกกังวลหายไป ให้ผู้ป่วยให้ความสนใจต่อภาวะหูแว่ว อีก และกำจัดความรู้สึกวิตกกังวลออกไป จนกระทั่งพวกเขาทำได้โดยไม่ต้อง ต้องใช้วิธีผ่อนคลาย ระยะที่ 3 (4 session) ผู้บำบัดจะถามผู้ป่วยถึงลักษณะของเสียงแว่ว (เช่น ระดับเสียง , ความดัง รวมทั้งความรู้สึกต่อเสียง) มากกว่าจะถามถึงความเชื่อ (ส่วน ใหญ่เป็นสิ่งลวง) และแหล่งของเสียง ผู้บำบัดจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างเสียงแว่วกับความรู้สึกที่เกิดจากภายนอก ซึ่งเสียงแว่วจะไม่เหมือน เสียงที่มีแหล่งกำเนิดจากภายนอก กล่าวคือ เสียงแว่วจะไม่ลดลงหรือ เปลี่ยนทิศทางไม่ว่าผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวไปทางไหน หรือไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ ในห้องแคบ ๆ ที่ปิดสนิทหรืออยู่กลางแจ้ง หรือแม้ว่าจะอยู่ในห้องที่มีเสียง อื่นก็ตาม ในห้องที่เสียงจากภายนอกก่อให้เกิดเสียงสะท้อน แต่ในห้อง เดียวกันนั้นเสียงแว่วจะไม่ก่อให้เกิดเสียงสะท้อน

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 18 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกถามเพื่อบันทึกรายการที่คล้ายและต่างกันระหว่างรูปแบบของเสียงแว่วที่ได้ยินกับเสียงจากภายนอกที่ได้ยิน โดยให้นับที่รูปแบบมากกว่าเนื้อหาของเสียง เช่น เสียงที่ได้ยินมีลักษณะอย่างไร (ระดับเสียง, ความดัง, ตำแหน่ง) ไม่ใช่เสียงนั้นพูดว่าอะไร หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยพิจารณาใหม่ว่าเสียงที่เขาได้ยินนั้นมีลักษณะเป็นเสียงจากภายใน และย้ำเตือนว่าเสียงที่มีแหล่งกำเนิดจากภายนอกบุคคลอื่นก็ต้องได้ยินด้วย และสามารถบันทึกได้ด้วยเทปบันทึกเสียง ผู้บำบัดต้องไม่ได้เสียงเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย แต่ให้พยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างเสียงแว่วกับเสียงที่มีแหล่งจากภายนอก หลังจากนั้นให้ทดสอบความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามของผู้บำบัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแยกแยะเสียงแว่วออกจากเสียงอื่น ๆ ได้ก่อนระยะที่ 3 โดยต้องจบระยะที่ 2 ก่อน จึงจะมั่นใจได้ว่าพวกเขาจะเข้าใจว่าเสียงแว่วนั้นมีจุดกำเนิดจากภายใน ระยะที่ 4 (5 session) ผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้หยุดทำอะไรก็ตามที่กำลังทำอยู่ เพื่อจะได้ให้ความสนใจกับเสียงแว่วอย่างเต็มที่ และต้องไม่มีอะไรมาทำให้วอกแวก ซึ่งในช่วงแรกๆทำได้ยากลำบาก เนื่องจากโดยทั่วไปเสียงแว่วมักจะทำให้ผู้ป่วยตื่นตกใจ ดังนั้นในช่วงแรก พวกเขาจะได้รับคำแนะนำให้สนใจเสียงแว่วเพียงช่วงเวลาสั้นๆ หลังจากให้ค่อยเพิ่มเวลาให้นานขึ้น ในที่สุดผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้มุ่งสนใจที่เสียงแว่วให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ (จาก 2-3 นาที จนกระทั่งถึงหลายชั่วโมง) โดยให้ฟังลักษณะของเสียงมากกว่าฟังเนื้อหา (ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น) และให้รู้สึกผ่อนคลาย จะได้เพิ่มความสนใจ และตกลงรับการรักษา ระยะที่ 5 (4 session) ภายใต้การดูแลของผู้บำบัด , ผู้ป่วยจะบันทึกเนื้อหาของเสียงแว่วลงในเทปบันทึกเสียง และให้ฟังเทปนั้น เพื่อเพิ่มช่วงเวลาที่ไม่มีอาการหูแว่วให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 18 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	ระยะที่ 6 (4 session) เมื่อผู้ป่วยสามารถให้ความสนใจกับเสียงแว่วได้อย่างสมบูรณ์ และฟังการพรรณนาจากเทพจนหมดโดยมีอาการวิตกกังวลน้อยลง ผู้ป่วยจะได้รับการบอกให้ผู้ป่วยเข้าอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยเคยหลีกเลี่ยงมาก่อนเพื่อปลุกอาการหูแว่วให้เกิดขึ้น และเมื่ออาการหูแว่วหายไปก็ให้ปลุกมันขึ้นมาอีก เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ ผู้บำบัดจะค้นหาความแตกต่างที่ยังหลงเหลืออยู่ระหว่างเสียงแว่วโดยธรรมชาติ หรือเสียงแว่วที่เกิดจากตัวเอง และเมื่อความแตกต่างปรากฏขึ้นก็จะถูกใช้เพื่อปรับปรุงความพยายามของผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดเสียงแว่ว จนกระทั่งรู้สึกว่าเป็นธรรมชาติโดยสมบูรณ์ ระยะที่ 7 (4 session) ผู้ป่วยทำให้เกิดเสียงแว่วตามแบบที่ทำเป็นประจำ หลังจากนั้นก็ให้มันออกไป โดยให้เพิ่มความถี่ขึ้น ท้ายที่สุดก็สามารถทำได้โดยไม่ใช้เทพเสียง จนกระทั่งพวกเขาสามารถจะทำให้มันเกิดขึ้นและหยุดมันได้โดยไม่ต้องมีกฎเกณฑ์อะไร เหมือนกับสิ่งที่เกิดในจิตใจใครๆก็ได้ เมื่อสิ้นสุดของแต่ละระยะ (ค่าเฉลี่ย 4 ½ session ต่อ 1 ระยะ) ผู้ป่วยจะใช้เวลากับเสียงแว่วต่อวัน, อาการวิตกกังวลที่เกิดจากเสียงแว่ว, การควบคุมการรับรู้ที่มีต่อเสียงแว่ว, และกิจกรรมทางสังคม ตามสเกลที่กำหนดไว้ 9 จุด
Results	การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแต่ละระยะของการดำเนินกิจกรรม พบว่าคะแนนอาการเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ศึกษาอาการดีขึ้นที่เห็นได้ชัด คืออาการวิตกกังวลลดลงและความรู้สึกสามารถควบคุมอาการหูแว่วได้มากขึ้น นอกจากนี้ช่วงเวลาที่มียาอาการหูแว่วก็ลดลง รวมทั้งการแยกตัวออกจากสังคมลดลง โดยผลการศึกษาเป็นดังนี้ - ด้านอาการหูแว่วพบว่า ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วต่อวันมากที่สุดคือระยะที่ 4 (ประมาณ 7 ครั้ง / วัน) และหลังจากนั้นความถี่ของอาการหูแว่วจะค่อยๆลดลง จนความถี่ของอาการหูแว่วน้อยที่สุดคือ เมื่อสิ้นสุดระยะที่ 7 (ประมาณ 4 ครั้ง / วัน)

ตาราง 7 ผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 18 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ด้านการควบคุมอาการหูแว่ว พบว่า เมื่อสิ้นสุดแต่ละระยะผู้ป่วยจะมีความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่วได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และควบคุมได้มากที่สุดเมื่อสิ้นสุดระยะที่ 7 - ด้านการแยกตัวออกจากสังคม พบว่า ผู้ป่วยจะแยกตัวออกจากสังคมลดลงเมื่อสิ้นสุดแต่ละระยะ และแยกตัวออกจากสังคมน้อยที่สุดเมื่อสิ้นสุดระยะที่ 6 - ด้านอาการวิตกกังวล พบว่า จะมีอาการวิตกกังวลมากที่สุดเมื่อสิ้นสุดระยะที่ 3 แต่หลังจากนั้นอาการวิตกกังวลจะลดลงเรื่อยๆ จนต่ำสุดเมื่อสิ้นสุดระยะที่ 6 และรายงานผลเป็นรายกรณีได้ดังนี้ Case 1 ผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย อายุ 28 ปี ถูกก่อกวนจากการภาวะหูแว่วเหมือนมีบุคคลที่สอง และบุคคลที่สามมานานประมาณ 5 ปี หลังจากการใช้วิธี exposure therapy เขายังคงมีการสังเกตที่จะทำให้เกิดขึ้นแล้วกำจัดการออกไปอยู่บ่อยๆ แต่เขารู้สึกว่าเขาสามารถที่จะควบคุมมันได้มากขึ้น (30 session ในเวลา 4 เดือน) Case 2 เพศหญิง เชื้อสายแอฟริกันแคริบเบียน อายุ 40 ปี มีประวัติหูแว่วและเห็นภาพหลอน หรือตาฝาดมานาน 13 ปี โดยเธอจะเห็นตำรวจชั้นผู้ใหญ่ผู้มีชื่อเสียง และได้ยินเสียงพูดกับเธออย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับครอบครัวของเธอ และปัญหาทางสังคม ถึงแม้ว่าหลังจากการใช้วิธี exposure treatment แล้วภาวะหลอนไม่ได้ลดลง แต่เธอก็เพิ่มความสามารถในการควบคุมมันได้ และลดอาการทางประสาทที่เกิดจากภาวะหลอนนั้นได้ (31session ในเวลา 3 เดือน) Case 3 เพศหญิง อายุ 33 ปี ถูกก่อกวนจากภาวะหูแว่วเหมือนมีบุคคลที่สองและบุคคลที่สามมานาน 3 ปี หลังจากใช้วิธี exposure treatment เธอสามารถทำงานได้ในขณะที่ได้ยินเสียงแว่ว (ซึ่งเธอไม่คิดว่ามันจะเป็นไปได้) โดยทำได้นานเท่าที่เสียงแว่วนั้นไม่รุนแรงจนเธอทนไม่ได้ (29 session ในเวลา 3 เดือน)

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 18 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	Case 4 เพศหญิง เชื้อสายเอเชีย อายุ 23 ปี มีอาการ anorexia จากการป่วยจิตเภท และถูกก่อกำแพงจากภาวะหูแว่วเหมือนมีบุคคลที่สองและบุคคลที่สามมานาน 5 ปี เมื่อสิ้นสุดการรักษา เธอยังคงมีการลงเลที่ที่จะทำให้เสียงแว่วแล้ว กำจัดมันออกไป แต่เธอก็รู้สึกว่ามีความสามารถในการควบคุมมันได้มากขึ้นเรื่อยๆ (30 session ในเวลา 3 เดือน) Case 5 พยาบาลซึ่งป่วยจิตเภท อายุ 30 ปี มีภาวะหูแว่วได้ยินเสียงพูด และเสียงดนตรีที่ไม่รู้สึกรู้ว่ามีความไพเราะยาวนาน 4 ปี โดยได้ยินเสียงแบบนี้วัน 6 ชั่วโมงต่อวัน ในช่วงเวลา 1 เดือนต่อครั้ง และเธอจะมีอาการแบบนี้ 2-3 ครั้งต่อปี หลังจากการใช้วิธี exposure treatment อาการหูแว่วของเธอก็มีความถี่ลดลงอย่างสังเกตเห็นได้ แต่ยังยังมีแนวโน้มว่าจะเกิดได้เมื่อเวลาที่มี stress (32 session ในเวลา 3 เดือน)
Implication	- การบำบัดแบบ exposure treatment ควรใช้เวลาในการทำกิจกรรมอย่างน้อย 29 session ใช้เวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป - การบำบัดแบบ exposure treatment ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่วได้
Limitations	- เนื่องจากการ approach ผู้ป่วยค่อนข้างมีอุปสรรคมาก ผู้บำบัดจะเสียเวลาในระยะแรกๆ - การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมนาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเลวลงขณะดำเนินกิจกรรมได้ - ยังไม่มีการติดตามผลการศึกษาในระยะยาว - ไม่มีการเปรียบเทียบผลการศึกษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ให้การบำบัดโดยไม่ใช้วิธี exposure treatment ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรจะมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบกับ

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว
เรื่องที่ 19

ชื่อเรื่องงานวิจัย Effects of a symptom management program on auditory hallucination in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia : A pilot study
ผู้แต่ง Kanungpairn, T., Sitthimongkol, Y., Wattanapailin, A., & Klainin, P.
แหล่งตีพิมพ์/ปี Nursing and Health Sciences, 9, 34-39. / 2007

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	เพื่อศึกษา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีหูแว่ว
Design	A quasi-experimental research design with non-equivalent control group (Burn&Grove,2001) was employed in order to examine the effect of the symptom management program on patient's auditory hallucinations.
Level	Level B
Setting	ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย
Sample	เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทด้วยICD-10 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้ใหญ่อายุ มากกว่า/เท่ากับ 18ปี 2) มีอาการหูแว่ว 3) ไม่มีความผิดปกติของสมองและการรับรู้ 4) สามารถอ่านเขียนได้ ต้องคัดออกจากการศึกษา เกณฑ์คัดออก - ผู้ป่วยที่มีอาการร่วมของอาการทางจิตเวช(โรคซึมเศร้า ,โรควิตกกังวล) - ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 18 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 9 คน โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยเพศชาย 7 คน เพศหญิง 2 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 9 คนแรก ถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุระหว่าง 24-56 ปี โดยกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ตาราง 7 ผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 19 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	จำนวน 4 คน สถานภาพโสด ว่างงานและไม่มีรายได้ จำนวน 5 คน ส่วนกลุ่มควบคุม นับถือศาสนาพุทธ 8 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 5 คน สถานภาพโสด 6 คน ว่างงานและไม่มีรายได้ จำนวน 7 คน
Research outcomes	- อาการหูแว่ว
Research Instruments	1. การวิจัยโดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวทำให้ได้ข้อมูลส่วนบุคคล และการจัดการของอาการหูแว่วและความรุนแรงของอาการหูแว่ว โดยใช้แบบวัด Characteristics and Severity of auditory hallucination scale (CSAH scale) (Buccheri & Trystad, 2002) พัฒนามาจากภาษาอังกฤษและแปลมาเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเอง ซึ่งเป็นการออกแบบที่ยึดมั่นถึงความแตกต่างในทุกแง่มุมของอาการหูแว่ว และการตอบสนอง ซึ่งประกอบด้วย 1. ความถี่ 2. เสียงดัง 3. ความชัดเจน 4. ระดับของเสียง 5. ความสามารถในการควบคุมเสียง 6. ความสับสน 7. ความกังวล 8. การตอบสนองต่อเสียง 9. ความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว ความสามารถในการรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขณะที่มีการหูแว่ว

ตาราง 7 ผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 19 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	การบำบัดเป็นรายกลุ่ม ผู้บำบัดเป็นพยาบาล จัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 50 นาที ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งมีรายละเอียดรูปแบบกิจกรรมแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1. การแนะนำตัวและการประเมิน - ทดสอบก่อนใช้โปรแกรม และสร้างสายสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วม - เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตและการรักษาหูแว่ว 2. สนับสนุนให้สมาชิกแบ่งปันประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับอาการเสียงแว่ว - อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดและผลทางลบของอาการหลอน 3. การสอนเทคนิคการควบคุมด้วยตนเอง - การสอนสมาชิกและฝึกการใช้ 7 วิธีการควบคุมด้วยตนเอง โดยการบันทึกอาการหูแว่วที่เขาได้ยิน - สนับสนุนสมาชิกที่จะบันทึกหูแว่วในแต่ละวันที่บ้านโดยใช้เทคนิคการควบคุมด้วยตนเอง 4. การสอนเทคนิคการพูดกับคนอื่น - อธิบายวิธีการพูดกับสิ่งอื่น/คนอื่น ๆ ที่สามารถใช้ได้กับผู้ที่มีอาการหูแว่วมาทราบดี - สนับสนุนสมาชิกให้มีการอภิปรายพูดถึงการเลือกบุคคลที่จะรับฟังที่บ้าน, หัวข้อที่จะพูดถึง และสถานที่ที่จะประชุมที่เหมาะสม - การฝึกเทคนิคใหม่ๆร่วมกัน 5. การสอนเทคนิคการหยุดและการไม่ใส่ใจต่อเสียง - กล่าวถึงเกี่ยวกับเทคนิคใหม่ๆและประโยชน์ของการใช้เทคนิคนี้ - สอนให้สมาชิกพูดคำว่าหยุด ออกไปดังๆ เมื่อได้ยินหูแว่ว - สอนให้สมาชิกไม่ใส่ใจต่อเสียงที่ได้ยิน และหลบหลีกการติดตามคำสั่งนั้นๆ - ฝึกเทคนิคในกลุ่มและอนุญาตให้กลุ่มอภิปรายร่วมกัน

ตาราง 7 ผลการกั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 19 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	6.การสอนเทคนิคการดูโทรทัศน์ - สอนสมาชิกให้เริ่มดูโทรทัศน์ และมุ่งประเด็นไปที่โปรแกรมนั้นเมื่อพวกเขาเริ่มที่จะได้ยินเสียง - สมาชิกควรเปลี่ยนโปรแกรมหรือช่อง เมื่ออาการยังคงอยู่ 7.การสอนการใช้เทคนิคการอ่าน - กล่าวถึงเกี่ยวกับเทคนิคการอ่านและสอนสมาชิกที่จะเลือกหนังสือด้วยตัวเองและเริ่มอ่านหนังสือเมื่อได้ยินเสียง - ฝึกในกลุ่ม : ให้สมาชิกผลัดกันอ่านบทความที่พวกเขาเลือกจากหนังสือพิมพ์ที่จัดหาให้ และให้ในกลุ่มอภิปรายร่วมกัน 8. การสอนเทคนิคการร้องเพลงอย่างมีจังหวะ - อธิบายให้ทราบถึงการร้องเพลงอย่างมีจังหวะให้ทราบว่าสามารถใช้เป็นวิธีลดหูแว่วที่มาทวนใจ - ฝึกในกลุ่ม บอกสมาชิกในกลุ่มให้เลือกร้องเพลงจากเพลงโปรด และเริ่มร้องเพลงและอนุญาตให้สมาชิกพูดความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด 9. เทคนิคของการหายใจเพื่อผ่อนคลาย - แบ่งปันประสบการณ์การฝึกของสมาชิกที่บ้าน กล่าวถึงเกี่ยวกับกระบวนการคลายเครียดและประโยชน์ของการใช้โดยมุ่งประเด็นไปที่การฝึกหายใจทางหน้าท้องและอนุญาตให้ฝึกในกลุ่ม 10.ทดสอบหลังใช้โปรแกรม ประเมินผลของการใช้โปรแกรมและการสิ้นสุดของกลุ่ม
Results	สมมติฐานที่ 1 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการกับอาการในผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองควรมีความสำคัญของระดับของหูแว่วต่ำกว่าก่อนมีโปรแกรม ผลการทดสอบ โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนของหูแว่วน้อยลงกว่าเดิมหลังมีการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

ตาราง 7 ผลการถนองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 19 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	สมมติฐานที่ 2 หลังจากควบคุมตัวแปรร่วมใน pre-test scores ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองควรมีความสำคัญของระดับหูแว่วน้อยลง หลังจากใช้โปรแกรมกว่าในกลุ่มควบคุม ผลการทดสอบ โดยใช้สถิติ ANCOVA พบว่าหลังจากควบคุมตัวแปร pre-test scores ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของหูแว่วลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$
Implication	- ผู้เข้าร่วมถูกสนับสนุนให้ประเมินอาการหูแว่วเหล่านั้น, ฝึกทักษะการบริหารจัดการอาการเพื่อลดหูแว่วในกลุ่ม, การฝึกทักษะในการบริหารจัดการกับชีวิตที่เป็นจริงในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของเขาและประเมินผลลัพธ์จากการรับรู้ของพวกเขา, ผู้เข้าร่วมถูกขอให้อ่านบทกวีการใช้แผนการจัดการกับอาการในรูปแบบการมีเงื่อนไขโดยผู้วิจัย โดยบันทึกการประเมินและการควบคุมอาการของเขาเอง โดยผู้เข้าร่วมต้องรายงานความรู้สึกของเขาเกี่ยวกับอาการและการควบคุมอาการด้วยตนเอง - โปรแกรมมีเงื่อนไขในกลุ่มที่ได้รับประโยชน์ อาการหูแว่วเป็นความรุนแรงของอาการทางจิตซึ่งสร้างความเครียดให้กับผู้ที่มีประสบการณ์เพราะเป็นตราประทับที่ถูกเชื่อมโยงกับอาการของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญ รวมทั้งความรู้สึกของบุคคลอื่นๆ ในสังคมปกติผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากสังคมในลักษณะที่เหมือนกับบุคคลอื่นๆ และได้รับการดูแลทางสุขภาพ เช่น แผนการจัดการที่มีประสิทธิภาพและการลดความเครียดจากหูแว่วในการอภิปรายของกลุ่มในการศึกษารุ่นนี้ ช่วยผู้ป่วยมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการและรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ผู้นำกลุ่มเป็นผู้นำในการแบ่งปันประสบการณ์และสนับสนุนทางอารมณ์แก่สมาชิก - ความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยเกี่ยวกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการลดอาการหูแว่ว หรือแม้แต่ว่าในกลุ่มผู้ป่วยกันเองก็ยังมีแบ่งปันแบบแผนการปฏิบัติเพื่อลดอาการที่บ้าน ดังนั้นควรมีการให้แรงสนับสนุนเชิงบวก เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของเขาเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีและพึงพอใจ และ

ตาราง 7 ผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหูแว่ว เรื่องที่ 19 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
	มีการบอกกล่าวกับครอบครัวให้ช่วยเหลือและสนับสนุนเขาด้วย - การบำบัดช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมอาการหูแว่วได้ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท สามารถเรียนรู้และจัดการบริหารแผนการอย่างมีประสิทธิภาพในการลดลักษณะนิสัยและความรุนแรงของหูแว่วและประสบการณ์มีนัยสำคัญในการลดอาการ
Limitations	- ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีขนาดเล็ก และไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกที่เผชิญการเปลี่ยนแปลงจากการได้ยินเสียงและต้องการที่จะรักษาได้ - ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมควรจะทดสอบเพิ่มเติมในคลินิกที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ - กลุ่มในแต่ละ session ทำโดยผู้นำคนเดียว อนาคตควรมีการทดสอบโปรแกรมในบุคคลจำนวนมากหรือจากผู้นำกลุ่มหลายๆคน - การประเมินผลเป็นการติดตามทันทีหลังทำกิจกรรม ควรมีการติดตามผลระยะยาวด้วย

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาวจุฬารัตน์ ฟิลา

วัน เดือน ปี เกิด 31 กรกฎาคม 2524

สถานที่เกิด จังหวัดเลย

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา, พ.ศ. 2546
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2)
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี, พ.ศ. 2553
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
จังหวัด สุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์: 077-311308
E-mail: hemmuhemmu@yahoo.com

ที่อยู่ปัจจุบัน 298 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตำบล ท่าข้าม
อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์: 077-311308