



การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอน ทางการได้ยินในผู้ป่วยจิตเวช

Nursing Interventions in Reducing the Severity of Auditory Hallucinations in Psychiatric Patients

Received: April 2, 2024

Revised: June 19, 2024

Accepts: June 28, 2024

พุทธรณ ชูเชิด (ปร.ด.)¹, สุวรรณา เชียงขุนทด (ปร.ด.)¹

Puthawan Choocherd (Ph.D.)¹, Suwanna Chiangkuntod (Ph.D.)²

บทคัดย่อ

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภท โรคจิตชนิดอื่น ๆ และโรคซึมเศร้าในระยะรุนแรง นอกจากนี้ยังพบอาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติดบางชนิดทั้งในระยะเมสสารและระยะถอนสาร และในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากและยังเป็นปัจจัยสำคัญในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม การบำบัดเพื่อควบคุมอาการประสาทหลอนทางการได้ยินที่ได้ผลดีที่สุดคือการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมโดยการให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวอยู่กับเสียงแว่วจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม สติบำบัด และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา เป็นต้น การบำบัดทางการพยาบาลมุ่งเน้นการบำบัดแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีอาการประสาทหลอนลดลง ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดฟังเสียงแว่ว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงบวก การบริหารยา การพัฒนาทักษะการคิดและทักษะทางสังคม การดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยินและแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินสำหรับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลทั่วไป สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในคลินิก การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

คำสำคัญ: อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน, ผู้ป่วยจิตเวช, การบำบัดทางการพยาบาล, การพยาบาล

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, Thailand

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding author: suwanna@siam.edu

Abstract

Auditory hallucinations are the most common symptom in psychiatric patients, especially schizophrenia, other types of psychosis, and major depressive disorder. In addition, auditory hallucinations are also found in people with psychotic symptoms resulting from the use of substance drugs, both during the intoxication and withdrawal stages and in elderly people with dementia. It causes great distress to the patient and is also a key factor in the suicide of psychiatric patients, as well as a high risk of violence and a negative impact on the patient's overall quality of life. The most effective therapy for controlling auditory hallucinations is antipsychotic therapy, while psychosocial therapy, such as cognitive behavioral therapy, behavior therapy, mindfulness therapy, and developing coping skills, will help patients to accept and adapt to the sounds of auditory hallucinations and reduce the patient's suffering. Nursing therapy focuses on holistic therapy, intending to allow patients to adapt, have fewer hallucinations, have their physical needs properly met, encourage patients to stop listening to noises, and promote Participation in positive activities, medication administration, development of thinking and social skills, and continued care at home with the patient's family. As a result, patients can self-manage and have a better quality of life.

The purpose of this article is to review knowledge about auditory hallucinations and effective nursing treatment guidelines to help reduce the severity of auditory hallucinations for psychiatric nurses and general nurses, which can be applied in taking care of patients both in the clinic and in Continuing care at home and in the community.

KEYWORDS: auditory hallucinations, psychiatric patients, nursing interventions, nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรืออาการหูแว่ว (Auditory Hallucinations) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัจจัยสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการจำแนกโรคเพื่อวินิจฉัยโรคจิตที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย (APA, 2013) และพบมากถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Tsang et al., 2021) และผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น ๆ เช่น โรคไบโพลาร์ในระยะแมนีเนีย โรคเครียดหลังเผชิญภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Borderline personality disorder) โดยมีอัตราความชุกตลอดชีพ (Lifetime prevalence) สูงถึงร้อยละ 60-80 (Firdaus et al., 2023) อาการประสาทหลอนมักเป็นอาการของโรคทางจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภท แต่ก็อาจเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ความผิดปกติทางระบบประสาท และอาจเกี่ยวข้องกับอาการอื่น ๆ

เช่น ภาวะเพ้อ (Delirium) หรือสมองเสื่อม (Dementia) (APA, 2013) อาการหูแว่วพบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ประมาณร้อยละ 8.9 ส่วนภาวะสมองเสื่อม (Dementia with Lewy Bodies, DLB) พบได้ประมาณร้อยละ 30.8 โดยเสียงที่ได้ยินส่วนใหญ่เป็นเสียงพูด (Verbal hallucinations) เสียงอื่น ๆ หรือเสียงดนตรีพบได้น้อย (Eversfield & Orton, 2019) ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่มีภาวะหวาดระแวงร่วมด้วย (Frei & Truong, 2017)

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการเสพสารเสพติด (Substance Induced Intoxication) เกิดจากกลุ่มยาและสารกระตุ้นประสาท (Stimulating Substances) เช่น ยากลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้าและไอซ์) โคเคนและกระท่อม กลุ่มยาและสารหลอนประสาท (Hallucinogens) เช่น แอลเอสดี ไซโลไซบิน เมสคารีน



ฟิซีฟิ เคตามีน กลุ่มยาและสารเสพติดอื่นๆ (Others) ได้แก่ ยาอี กัญชา ภาวะพิษจากสารกระตุ้น (Amphetamine Intoxication) ในผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในปริมาณมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วว่ามีคนสั่งให้กระโดดจากที่สูง หรือสั่งให้ทำร้ายบุคคลอื่น ส่งผลให้กระทำการบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนอาการหูแว่วจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) จะได้ยินเสียงขมขู่ พูดให้ร้าย โดยอาการจะเป็นมากในเวลากลางคืน (พฤทธิทองเพ็งจันทร์ และอัจฉรา วิไลสกุลยง, 2564)

ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน วิดกกังวลและรบกวนผู้ป่วยมาก (Chadwick et al., 2016) แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาสม่ำเสมอก็ตามก็ยังมีผลกระทบต่อนิสภาพจิต ความผาสุก และคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง เป็นปัจจัยสำคัญในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท (Turkington et al., 2016; Pandarakalam, 2016) มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินกับอาการซึมเศร้า และการขาดดุลทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (Abdelraof et al., 2023) อาการประสาทหลอน หูแว่วว่าจะถูกทำร้ายส่งผลให้มีโอกาสก่อความรุนแรงที่จะตอบโต้กลับ คือ มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม อารมณ์ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม (Darrell-Berry et al., 2016)

การลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางหูทำได้หลายวิธี ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การทำจิตบำบัดและการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (Mindfulness Training Program) ที่ได้รับการพัฒนามาอย่างเหมาะสม (Bergmann et al., 2021; ปาจิตบุตรสุวรรณและคณะ 2566) โดยทั่วไปพยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยินได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามอาการประสาทหลอนทางการได้ยินนั้นยังพบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ผู้เขียนจึงเสนอแนะแนวทางการบำบัดทางการแพทย์เพื่อลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอน

ทางการได้ยินสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกมิติของการดูแลเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ลดความทุกข์ทรมาน และช่วยส่งเสริมความผาสุกให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์บทความ

1. เพื่อทบทวนความรู้และแนวทางการบำบัดเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินที่มีประสิทธิภาพ

2. นำเสนอแนวทางการบำบัดทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินสำหรับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลทั่วไป สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในคลินิก การดูแลต่อที่บ้านและในชุมชน

ลักษณะของเสียงแว่วและอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรืออาการหูแว่ว (Auditory Hallucinations) หมายถึงการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ผิดปกติดังกล่าวความจริงโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก (APA, 2013) ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้รบกวนและการรับรู้รสของลิ้น แต่อาการประสาทหลอนทางการได้ยินเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 75 ลักษณะที่พบบ่อยคือแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงๆ เดียวที่คอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็วิจารณ์ไปหมด เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนก็ได้ยินพอๆ กัน ถ้าเสียงภายนอกดังเสียงนี้อาจเบาลงหรือหายไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น เห็นคนที่คุ้นเคยมาพูดด้วย หรือได้ยินแต่เสียง เสียงแว่วที่ได้ยินมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว อาจเป็นเสียงของบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักหรือไม่รู้จักก็ได้ และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวที่อยู่ตลอด เสียงแว่วนั้นอาจดังอยู่ในหูหรือก้องอยู่ในหัวของผู้ป่วย หรืออาจเป็น

เสียงความคิดของผู้ป่วยเอง หรือได้ยินเสียงของตนเอง ขณะที่คิดในใจ

สาเหตุของอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน อธิบายด้วยทฤษฎีชีวเคมีเกี่ยวกับด้านปัจจัยทางชีวภาพ ได้ว่าเกิดจากสารสื่อประสาทโดพามีนที่หลั่งมากเกินไปใน Mesolimbic tract และน้อยเกินไปที่ Mesocortical (พิมพ์ชนา ศิริหมอนนดและคณะ, 2555) อาการหูแว่วที่มีสาเหตุจากโรคทางกาย (Organic Psychosis) เสียงที่ได้ยินมักจะเป็นเสียงที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราว (Elementary Hallucination) เช่น เสียงวี๊ ๆ เสียงหึ่ง ๆ ของแมลง เสียงลม เสียงดนตรี เสียงผิวลมปาก ส่วนเสียงแว่วที่มีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ (Functional Psychosis) เสียงแว่วจะเป็นเสียงคนที่พูดคุยกันเป็นเรื่องเป็นราว เป็นคำหรือประโยคก็ได้ อาจเป็นคนเดียวหรือหลายคน เป็นเพศใดก็ได้ หรือเป็นการโต้ตอบกันของเสียงทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยอาจจะรู้จักเจ้าของเสียงนั้นหรือไม่รู้จักก็ได้ คำพูดนั้นในด้านเนื้อหาอาจเป็นคำชม คำติเตียน วิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือตัวผู้ป่วย คำสั่ง คำขอร้อง คำหยาบคาย หรือผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Audible thought) เสียงแว่วที่ได้ยินจะได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวัน กลางคืนมีความถี่ของการได้ยินใกล้เคียงกัน เสียงจะเบาเลงหากรอบตัวผู้ป่วยมีเสียงที่ดึงดูดความสนใจและดังกว่า

กล่าวโดยสรุปคือ เสียงแว่วที่ได้ยินนั้นพบได้ทั้งเสียงแว่วที่ดี (Positive voice hearing) และเสียงแว่วที่ไม่ดี (Negative voice hearing) ถ้าเป็นเสียงแว่วที่ดีจะเป็นเสียงที่พูดให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ สร้างความสนุกสนานและเป็นมิตร ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวเข้ากับเสียงแว่วได้ ส่วนเสียงแว่วที่ไม่ดี เช่นเสียงต่อว่า ดุด่า คำสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น คำพูดหยาบคาย ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานในเสียงที่ได้ยิน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้ มีความเชื่อที่ผิด ๆ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า (Brand et al., 2022) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง คิดหมกมุ่นกับเสียงแว่วที่ได้ยิน รู้สึกว่าเสียงแว่วนั้นมีพลังและมีอำนาจควบคุมชีวิต ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคุณภาพชีวิต

ไม่ดี ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทต่อการกระตุ้นการได้ยินจากภายนอกลดลง (Knott et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความดังของเสียงที่ได้ยินกับความรุนแรงของอาการหลงผิด โดยร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ยินเสียงแว่วชนิดสั่งการมีความรู้สึกรุนแรงกว่าการได้ยินเสียงคำทักหรือต่อว่าและเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (Suicides) หรือฆ่าคนในครอบครัว (Homicides) (Pandarakalam, 2016)

การประเมินอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

การประเมินทำได้ใน 2 รูปแบบคือ การสังเกตและการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างมาโดยเฉพาะหรือแบบสอบถามอาการทางจิต ดังนี้

1. การประเมินโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ ควรประเมินอาการประสาทหลอนเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะเนื้อหาของอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วจะแสดงพฤติกรรมผิดปกติที่สังเกตได้ เช่น ทำท่าทางคล้ายกำลังฟังเสียงบางอย่าง หรือมีอาการพูดคนเดียวซึ่งเป็นการโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน โดยใช้คำถามว่า “ได้ยินเสียงคน มาพูดคุยแต่ไม่เห็นตัวคนพูดบ้างหรือไม่” หรือ “ได้ยินเสียงคนมาพูดหรือสั่งให้ทำอะไรบ้าง หรือไม่” ควรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยินของผู้ป่วยให้ครอบคลุมว่าเกิดขึ้นอย่างไร ช่วงเวลาที่เกิด ความถี่ระดับความดังของเสียง การควบคุมตนเองขณะได้ยินเสียง ความชัดเจนของเสียง กระแสเสียงหรือความสูงต่ำของเสียง อาการขาดสมาธิ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน และประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ได้แก่ ความรุนแรง การสั่งให้กระทำการที่เป็นอันตราย ความตั้งใจที่จะทำตามคำสั่งจากเสียงแว่วนั้น (Buccheri et al., 2013) สาเหตุและกระตุ้นก่อนเกิดอาการประสาทหลอนหรือความสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพฤติกรรมตอบสนองหรือวิธีการต่อสู้กับปัญหาของผู้ป่วย ควรบันทึกคำพูดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการปฏิบัติกรพยาบาลในขณะนั้น



2. การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ฐิตารัตน์ คณิงเพียร (2548) ได้พัฒนาแบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว (Characteristics and Severity of Auditory Hallucination Scale: CSAH) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-50 โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับประสาทหลอนทางหูที่สูงขึ้น มีค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .78 นอกจากนี้ บุคเซอร์และคณะ (Trygstad et al., 2015) ได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย ชื่อว่า Auditory Hallucination Interview Guide Short Form (AHIG) เป็นการประเมินประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันของผู้ป่วย มีจำนวน 32 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

สำหรับแบบประเมินอื่น ๆ ที่แปลเป็นภาษาไทยสามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และมีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) การประเมินภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ แบบประเมิน MINDS (Minneapolis Detoxification Scale) แบบประเมินอาการขาดสุรา (AWS: Alcohol withdrawal scale) และแบบประเมิน CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised) เป็นต้น

การบำบัดอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

1. การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยยาเป็นการรักษาลำดับแรกที่จะช่วยลดความรุนแรงของอาการลงได้อย่างรวดเร็วและแพร่หลายมากที่สุดในการช่วยควบคุมอาการเสียงแว่วและช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) ทุกชนิดมีฤทธิ์ต้านอาการประสาทหลอนได้ (Pandarakalam, 2016) ร่วมกับการบูรณาการการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ทางจิตสังคม (Integrated approach) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาในขนาดที่เหมาะสมก็ยังคงพบว่

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินยังคงมีอยู่ (Pandarakalam, 2016) ร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับประทานยาต่อเนื่อง 1 ปีจะยังคงมีอาการหูแว่วในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Trygstad et al., 2012) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีในการรักษาอาการหูแว่วมากที่สุด (Heinssen et al., 2000) โดยยาที่ใช้ คือ ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Conventional antipsychotic drug) ได้แก่ Haloperidol, Perphenazine หรือ Chlorpromazine

2. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นจะทำเมื่อรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล อาการหูแว่วยังคงมีอยู่ตลอดเวลาและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย แต่ให้ผลดีไม่เท่าการรักษาด้วยยา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

3. การบำบัดทางจิตสังคม

3.1 การบำบัดด้วยแนวคิดทฤษฎี

การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในระยะเกิดโรคครั้งแรกและระยะเรื้อรังได้ โดยเบคและคณะ (Beck et al., 1993) ให้ความหมายว่าเป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive emotional reactions) และพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ให้กับตัวเอง (Self-defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออก การรักษาด้วยแนวคิดนี้เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความถี่และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงแว่ว สำหรับผู้ป่วยโรคจิตหรือจิตเภทระยะเรื้อรังที่มีอาการหูแว่ว (Turner et al., 2020) ผู้บำบัดมีหน้าที่เหมือนครูฝึกที่กระตุ้นผู้ป่วย ช่วยให้เรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ และให้ฝึกฝนให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมินและตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดใน

ปัจจุบันและเรียนรู้กับทักษะใหม่ ๆ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าท้าทายการตีความความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลว่าเสียงแว่นนั้นมีอำนาจเหนือตนและไม่สามารถควบคุมได้ และปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการหันเหความสนใจออกไปจากเสียงด้วยเทคนิคการทำให้ขาดสมาธิ (Distraction technique) อย่างไรก็ตามการบำบัดด้วยการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมมีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่มีการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วย (Insight) มีระดับสติปัญญาสูงที่จะช่วยให้เข้าใจการคิดเชิงนามธรรม (Pandarakalam, 2016) และมีพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย

3.2 การบำบัดด้วยแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapies) ได้แก่ การยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and commitment therapy: ACT) พบว่าได้ผลดีในการลดอาการหูแว่วและเพิ่มความสามารถในการรู้สึกรับรู้ของผู้ป่วย (Ashry et al., 2021) จัดเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในยุคที่ 3 (Third wave CBT) ซึ่งเป็นการนำเอาแนวคิดทางพุทธศาสนา มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแบบตะวันตกโดยการบำบัดแบบนี้ เน้นการให้ผู้ป่วยเห็นธรรมชาติของความคิดและอารมณ์ที่ไม่เที่ยง มีทั้งสุขและทุกข์ เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ หลีกเลียงไม่ได้ ความตระหนักรู้ในธรรมชาติของอารมณ์และความคิด นำไปสู่การยอมรับและมีความยืดหยุ่นทางความคิดเพิ่มมากขึ้น โดยเทคนิคของ Third wave CBT นั้นอาจชวนให้คนไข้ข้ามไปมองเลยว่า “มันเป็นแค่ความคิด” แล้วไม่ต้องไปใส่ใจเนื้อหาความคิดนั้นเลยก็ได้ (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, 2565) แนวคิดการบำบัดดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ว่าผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญกับการค้นหาความหมายของเสียงแว่วมากเท่าไรก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและทุกข์ทรมานมากขึ้นจากความคิดหมกมุ่นที่จะพยายามแปลความหมายของเสียงแว่นนั้นอยู่ตลอดเวลา ผู้บำบัดจึงควรให้ความสำคัญกับปฏิบัติการตอบสนองต่อเสียงมากกว่าการค้นหาว่าผู้ป่วยรับรู้ต่อเสียงแว่นนั้นอย่างไร

4. การบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ

การบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการหูแว่วในปัจจุบันมีรูปแบบที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย รวมถึงแนวทางอภิปญญา (Metacognition) ซึ่งเป็นปัญญาระดับสูงสุดของการเรียนรู้เป็นความสามารถของบุคคลที่ระลึกถึงว่าตนรู้อะไร ยังไม่รู้ในสิ่งใด และสามารถควบคุมและตรวจสอบความคิดทั้งหมดของตนเองได้ (สรวงพร กุศลสง, และมนสิข สิริสมบุญ, 2560) บุคคลจะสามารถนำประสบการณ์ในการคิดนั้นมาใช้ในการเรียนรู้หรือการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ มีการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยอภิปญญาร่วมกับการฝึกสติหรือสติบำบัด (Mindfulness) ซึ่งเป็นการฝึกให้มีสมาธิและจดจ่อต่อสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการทำสมาธิเพื่อกำหนดการคิดซึ่งเป็นที่มาของอาการประสาทหลอนในโรคจิตเภท ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูจากอาการทางจิต ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้น (Hochheiser et al., 2020) แต่ก็มีข้อควรระวังคือในบางกรณีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถก้าวข้ามประสบการณ์ที่เจ็บปวด การใช้สติบำบัดอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกแปลกแยกเมื่อต้องฝึกสติเพื่อยู่อยู่กับตนเอง

เป้าหมายของการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางจิตได้ยีน คือ การควบคุมเสียงแว่วหรือการลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนโดยการให้ผู้ป่วยยอมรับอาการดังกล่าวและการสอนให้ผู้ป่วยเผชิญกับเสียงแว่น ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการอาการและการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมต่ออาการประสาทหลอน (Sari & Sriati, 2023) ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมอาการประสาทหลอนคือทัศนคติของผู้ป่วย เทคนิคในการบำบัดมีหลายวิธี เช่น การฝึกให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อการได้ยินเสียงแว่ว โดยการ “หยุด” ติดตามเสียง และให้สนใจกับสิ่งที่ เป็นจริงซึ่งอยู่รอบตัว เป็นต้น

การใช้ดนตรีบำบัดด้วยการให้ฟังเพลงเป็นประจำโดยการฟังเพลงที่มีจังหวะช้า โทนเสียงต่ำ มีเสียงประสานและเป็นเพลงที่มีเนื้อร้อง จะช่วยลด



อาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ป่วยจิตเภท และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Witusik & Pietras, 2019) รวมไปถึงการเล่นเครื่องดนตรีต่าง ๆ อีกด้วย ในทางกลับกันการพยายามกลบเสียงแว่วด้วยการฟังเสียงอื่นซ้ำ ๆ โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สม่ำเสมอ (White noise) เช่น เสียงธรรมชาติผ่านทางหูฟังนั้นกลับเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Turkington et al., 2016) เนื่องจากเสียงนั้นไม่มีความหมายเฉพาะต่อตัวผู้ป่วย และการใส่หูฟังยังทำให้ลดโอกาสติดต่อกับสังคมกับผู้อื่น ทำให้ไม่มีโอกาสพัฒนาทักษะในการจัดการที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย ในทำนองเดียวกันการพยายามตะโกนโต้ตอบ (Shouting) กับเสียงแว่วนั้นก็ เป็นวิธีจัดการอาการเสียงแว่วที่ไม่มีประสิทธิภาพเช่นกัน แต่จะยังทำให้เพิ่มความโกรธ ความเครียดและความทุกข์ทรมานยิ่งกว่าเดิม

การบำบัดด้วยการพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping) ที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้คำถามกระตุ้นการคิด (Socratic question) เทคนิคการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence technique) และการเผชิญความจริง (Reality testing) ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือเผชิญอาการเจ็บป่วยและการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับที่ประทับใจและไม่ประทับใจที่ผ่านมาในชีวิตและการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเองเพื่อสืบหาหลักฐานที่เป็นความคิดที่เกิดจากข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้อง และใช้การสอนให้เบี่ยงเบนความสนใจใหม่ (Distraction techniques) เช่น การทำงาน การอ่านหนังสือออกเสียงดัง ๆ หรือการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ที่ผู้ป่วยชอบและมอบหมายให้ผู้ป่วยไปฝึกใช้ กลยุทธ์การจัดการอาการตามแนวทางใหม่ที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ (ณัฐิกา ราชบุตร และสุริยา ราชบุตร, 2561) เพื่อลดความทุกข์ทรมานในระยะสั้น ๆ ก่อนที่จะฝึกให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีอยู่ของเสียงแว่วนั้น เมื่อเสียงที่ได้ยินแตกต่างกันแนวทางในการรับมือกับเสียงแว่วนั้นก็ย่อมต้องแตกต่างกันออกไปด้วย

กลยุทธ์ในการรับมือกับเสียงแว่วที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับยังมีอีกหลายวิธีให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการใช้สัตว์เลี้ยงมาเป็นเพื่อนเล่น การดูทีวีหรือภาพยนตร์ที่มีเนื้อหาไม่หนักเกินไปทำให้เกิดการติดตามเรื่องราวจากภาพและเสียงต่าง ๆ การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) จำนวน 8-12 ครั้งต่อวันที่จะช่วยให้รู้สึกสงบและลดอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ การใช้ศิลปะบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

ถึงแม้ว่าอาการประสาทหลอนทางการได้ยินจะเป็นอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางจิตหรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แต่การศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้โดยตรงมีไม่มากนัก (Gonçalves et al., 2021) สภานพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses, ICN) ให้แนวทางการบำบัดทางการพยาบาลผู้ที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินไว้ ดังนี้

1. การสังเกตอาการบางอย่างของผู้ป่วย เช่น มีท่าทางแสดงถึงการฟังเสียงบางอย่าง การหัวเราะแบบไม่มีที่มาที่ไป การพูดคนเดียว การมีความคิดหยุดชะงัก ขาดสมาธิและความสนใจ เมื่อมีอาการเหล่านี้ พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสตัวผู้ป่วยโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า เพราะอาจถูกผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าเป็นภัยคุกคามต่อเขา
2. แสดงท่าทียอมรับในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้บอกเล่าเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนที่เป็นอยู่ ไม่แสดงท่าทีต่อต้านหรือไม่ยอมรับโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเสียงสั่งการที่ผู้ป่วยได้ยิน
3. ไม่ส่งเสริมอาการประสาทหลอนที่เป็นอยู่ โดยการใช้คำว่า “เสียงที่ได้ยิน” แทนคำว่า “พวกเขาเหล่านั้น” เมื่อพูดถึงเสียงแว่ว
4. แสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีเสียงนั้นเป็นจริงสำหรับผู้ป่วยแต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงนั้น เพื่อให้

ผู้ป่วยตระหนักว่าเสียงนั้นไม่มีจริงและเกิดจากความเจ็บป่วย

5. ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction technique) เพื่อนำผู้ป่วยกลับมาสู่โลกแห่งความเป็นจริง เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ เป็นต้น

6. การใช้เทคนิคหรือกลยุทธ์ที่พัฒนามาโดยเฉพาะเพื่อการบำบัด

จากการทบทวนรายงานการวิจัยและเอกสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการประสาทหลอนทางการได้ยินพบว่า การบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล เป็นมิตรและอบอุ่น แสดงการยอมรับผู้ป่วย มีความอดทนในการรับฟัง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและยอมรับการเจ็บป่วย ใช้คำพูดที่สั้น ชัดเจน เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ เทคนิคการบอกความเป็นจริง (Present reality) (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อเกิดอาการประสาทหลอน และนั่งอยู่เป็นเพื่อนหรืออยู่ใกล้ ๆ พยาบาลควรให้ความสนใจ ไม่โต้แย้ง ขำ หรือเห็นเป็นเรื่องตลก ควรเอาใจใส่ผู้ป่วย สนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่พยาบาลสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีบรรยากาศผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทสะดวก ลดการกระตุ้นทางเสียง หรือแสงที่สว่างจ้า ไม่เป็นที่เสียงเกินไป ไม่เป็นมุมอับเพื่อช่วยลดภาวะเครียดของผู้ป่วย กรณีอยู่ในหอผู้ป่วยควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ห้องทำงานพยาบาล เก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วย มอบหมายงานในตึกที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

3. การกระตุ้นให้เข้ากลุ่มบำบัดและการให้สุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มกิจกรรม (Activity groups) กลุ่มให้ความรู้ (Educational groups) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา

(Therapeutic groups) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self – help groups) โดยส่วนใหญ่จะพบการจัดกลุ่มบำบัดเพื่อการรักษามากที่สุด เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่ม Cognitive behavioral therapy เป็นต้น รองลงมาคือกลุ่มให้ความรู้ต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม เป็นต้น

การเข้ากลุ่มบำบัดเป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดประสาทหลอน ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบใหม่โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก ๆ จัดอยู่ในระดับความสามารถน้อย (Lower level group) พยาบาลควรคัดเลือกให้เข้ากลุ่มที่ใช้ระดับความสามารถน้อย ๆ ได้ เช่น กลุ่มศิลปะบำบัด โดยการให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตรงหน้า เพิกเฉยต่อเสียงที่ได้ยิน ซึ่งพบว่าจะช่วยควบคุมอาการและเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่วได้ (Ibrahim & Samiaji, 2021) เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น สามารถจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความวิตกกังวลขณะอยู่ในสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับอาการหูแว่วผ่านการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบการบำบัดที่เน้นการรู้คิด (Cognitive - Oriented) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วและความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางและวิธีการในการเผชิญกับอาการหูแว่วทำให้หูแว่วลดลงได้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณมิตร และคณะ, 2559; พิมพ์นา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555) คุณสมบัติของพยาบาลที่จะบำบัดด้วยวิธีนี้ ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกทักษะกับผู้เชี่ยวชาญจนมีความชำนาญในการบำบัดด้วย CBT

นอกจากนี้ Buccheri และคณะ (2013) ได้พัฒนากลยุทธ์การสอนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนแบบรายบุคคล ภายใต้การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจ ปลอดภัย สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวย และการใช้สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังนี้ 1) พัฒนาการตระหนักรู้ถึงอาการประสาทหลอน 2) การพูดคุยกับใครสักคน 3) การฟังเพลง 4) การดูโทรทัศน์ 5) การพูดว่า “หยุด” การเมินเฉยและการไม่เชื่อฟัง 6) การใช้ที่อุดหู 7) การ



จัดการกับความวิตกกังวล 8) ทำตัวให้ยุ่งเข้าไว้ และการช่วยเหลือผู้อื่น 9) การรับประทานยา และ 10) การหลีกเลี่ยงยาเสพติดและแอลกอฮอล์

4. การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการดูแลให้ได้รับยาด้านโรคจิต (Antipsychotics) ซึ่งถือเป็นการดูแลระยะแรกๆ ที่พยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้นำในการสร้างความเชื่อมั่นในการบำบัดเพราะผู้ป่วยนอกจากจะทุกข์ทรมานจากอาการประสาทหลอนแล้วยังมีความยากลำบากในการปรับตัวต่ออาการข้างเคียงจากการรับประทานยาด้านโรคจิต ได้แก่ อาการทางระบบประสาท เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง อาการทางระบบต่อมไร้ท่อ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด อาการต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด และการดื่มน้ำมากผิดปกติคือมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน และเนื่องจากผู้ที่มีการหิวแวมักจะหมกมุ่นกับอาการดังกล่าว จนขาดความสนใจดูแลตนเอง พยาบาลจึงควรฝึกผู้ป่วยให้ควบคุมอาการประสาทหลอน การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมหรือกิจวัตรตามตารางเวลาและให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายทั้งในด้านอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอและการขับถ่ายอย่างเหมาะสมควบคู่กันไปอีกด้วย

5. การพัฒนาทักษะทางสังคม

การพัฒนาทักษะทางสังคมทำได้โดยการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน ทบทวนความรู้เรื่องโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เน้นย้ำการรับประทานยาตามอาการทางจิตเพื่อปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เพื่อที่จะควบคุมอาการ สามารถอยู่กับอาการหิวแวม ได้โดยไม่ให้ทุกข์ทรมานและไม่รบกวนชีวิตประจำวัน สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเมินสัมพันธภาพของญาติและครอบครัวรวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์แก่ญาติและผู้ดูแลให้มีแนวทางดูแลผู้ป่วยขณะมีอาการผิดปกติอย่างเหมาะสม ไม่ส่งเสริมอาการให้รุนแรงขึ้น ตลอดจน

การให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการควบคุมอาการประสาทหลอนทางการได้ยินของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ (Daryanto et al., 2023) เป็นการลดความวิตกกังวลของญาติและผู้ดูแลอีกด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ควรประยุกต์ทฤษฎี หลักการพยาบาลจิตเวช และใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นไปที่การบำบัดแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมและจิตวิญญาณ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดฟังเสียงแว่ว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงบวก การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Firdaus et al. 2023; ธนพลบรรดาศักดิ์, 2564) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง (Self-management) ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนและอาการประสาทหลอนพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น คือ มีอาการประสาทหลอนด้านลบลดลง ความรุนแรงน้อยลง การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นลดลง และไม่มีความคิดที่จะกระทำตามเสียงสั่ง

สรุป

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินเป็นอาการด้านบวกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช การบำบัดที่ได้ผลดีคือการให้ยาต้านอาการทางจิตร่วมกับการบำบัดด้วยวิธีการอื่น ๆ การบำบัดทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีอาการประสาทหลอนลดลง และได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การกระตุ้นให้เข้ากลุ่มบำบัดเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและให้การเรียนรู้ใหม่ในวิธีเผชิญปัญหาเพื่อจัดการกับอาการหิวแวม การบริหารยาและติดตามดูแลอาการไม่พึงประสงค์ การพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วย

ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลควรพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อให้สามารถใช้ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการใช้เทคนิคในการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินให้ปลอดภัยและมีความสุขในชีวิตมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐภา ราชบุตร และสุริยา ราชบุตร. (2561). การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนงานวิจัยเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(1), 163-177.
- ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร. (2565). *Basic skills in CBT*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนพล บรรดาศักดิ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 74(3):221-232.
- ปภาจิต บุตรสุวรรณ, สกาวรัตน์ พงษ์ลัดดา, รัตน์ดา นราภักดิ์, และพุทธรธรรม ชูเชิด. (2566). ผลของโปรแกรมสติบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 8(2), 168-181.
- พฤทธิ ทองเพ็ญจันทร์, และอัจฉรา วิไลสกุลยง. (2564). *คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สรวยพร กุศลส่ง และมนสิข สิริสมบุญ. (2560). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมยุทธวิธีการรู้คิดสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยราชภัฏ. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 19(1), 114-130.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนันต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, และอติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2): 235-248.

มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558).

จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับเรียบเรียง). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโรก, ธนเนตร

ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิไล

(บ.ก.). (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*

สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/

นักวิชาการสาธารณสุข) พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรม

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

Abdelraof, A., Hamed, S., & Abd Elhay, E.

(2023). The impact of auditory hallucinations severity on social skills and depressive symptoms among schizophrenic patients.

Mansoura Nursing Journal, 10(1), 155-166.

doi: 10.21608/mnj.2023.320383

American Psychiatric Association [APA]. (2013).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5). Arlington, VA: APA.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese,

B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.

Bergmann, N., Hahn, E., Hahne, I., Zierhut, M.,

Ta, T. M. T., Bajbouj, M., Pijnenborg, G. H. M., & Böge, K. (2021). The relationship between

mindfulness, depression, anxiety, and quality of life in individuals with

schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in psychology*, 12, 708808.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708808>

Brand, R. M., Badcock, J. C., & Paulik, G. (2022).

Changes in positive and negative voice

content in cognitive-behavioural therapy for distressing voices. *Psychology and psychotherapy*, 95(3), 807-819.

<https://doi.org/10.1111/papt.12399>

Buccheri, R. K., Trygstad, L. N., Buffum, M. D.,

Birmingham, P., & Dowling, G. A. (2013). Self-management of unpleasant auditory

hallucinations: a tested practice

model. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 51(11), 26-34.



- <https://doi.org/10.3928/02793695-20130731-02>
- Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A. M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., & Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, 175(1-3), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.001>
- Darrell-Berry, H., Berry, K., & Bucci, S. (2016). The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review. *Schizophrenia research*, 172(1-3), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.009>
- Daryanto D., Irfan A., & Triana S. M. (2023). Effect of psycho-education enrichment on family's ability to control hallucinations in people with schizophrenia: pre-experimental study. *Health Education & Health Promotion*, 11(1), 111-116.
- Deborah L. Ellison, Cynthia K. Meyer. (2020). Presence and therapeutic listening. *Nursing Clinics of North America*, 55(4), 457-465.
- El Ashry, A. M. N., Abd El Dayem, S. M., & Ramadan, F. H. (2021). Effect of applying “acceptance and commitment therapy” on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 35(2), 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.003>
- Eversfield, C. L., & Orton, L. D. (2019). Auditory and visual hallucination prevalence in Parkinson’s disease and dementia with Lewy bodies: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(14), 2342–2353. doi:10.1017/S0033291718003161
- Firdaus, R., Hernawaty, T., Suryani, S., & Banda, strategies - A case study on adolescents with hearing hallucinations. *The Journal of Palembang Nursing Studies*, 2(3), 186–195. <https://doi.org/10.55048/jpns89>
- Frei, K., & Truong, D. D. (2017). Hallucinations and the spectrum of psychosis in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*, 374, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.01.014>
- Gonçalves, P.D., Sampaio, F.M., da Cruz Sequeira, C.A., & Paiva e Silva, M.A. (2021). Nursing process addressing the nursing focus “hallucination”: A scoping review. *Clinical Nursing Research*, 30, 392 - 400.
- Hochheiser, J., Lundin, N. B., & Lysaker, P. H. (2020). The Independent Relationships of Metacognition, Mindfulness, and Cognitive Insight to Self-Compassion in Schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001065>
- Ibrahim, M., & Samiaji. (2021). The effectiveness of drawing occupation therapy on the ability to control hallucinations in schizophrenia: literature review. *KnE Life Sciences*, 6(1), 635-641. <https://doi.org/10.18502/kl.v6i1.8737>
- Knott, V., Wright, N., Shah, D., Baddeley, A., Bowers, H., de la Salle, S., & Labelle, A. (2020). Change in the neural response to auditory deviance following cognitive therapy for hallucinations in patients with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 11,555. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00555>
- Pandarakalam, J. P. (2016). Pharmacological and non-pharmacological interventions for persistent auditory hallucinations in schizophrenia. *British journal of medical practitioners*, 9(2), 1-8.
- Sari, L., & Sriati, A. (2023). Interventions to challenge auditory hallucinations through strengthening coping and motivation in patients with schizophrenia: case report. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, 3(10), 3234-3247. doi:<https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i10.1117>



- Trygstad, L. N., Buccheri, R. K., Buffum, M. D., Ju, D. S., & Dowling, G. A. (2015). Auditory hallucinations interview guide: promoting recovery with an interactive assessment tool. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 53(1), 20–28. <https://doi.org/10.3928/02793695-20141203-01>
- Tsang, A., Bucci, S., Branitsky, A., Kaptan, S., Rafiq, S., Wong, S., Berry, K., & Varese, F. (2021). The relationship between appraisals of voices (auditory verbal hallucinations) and distress in voice-hearers with schizophrenia-spectrum diagnoses: A meta-analytic review. *Schizophrenia research*, 230, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.02.013>
- Turkington, D., Lebert, L., & Spencer, H. (2016). Auditory hallucinations in schizophrenia: helping patients to develop effective coping strategies. *BJPsych Advances*, 22(6), 391–396. doi:10.1192/apt.bp.115.015214
- Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R., & van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophrenia bulletin*, 46(5), 1072–1085. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa045>
- Witusik, A., & Pietras, T. (2019). Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 47(282), 240–243.