



ประมวลสาระรายวิชา

วิชา 703202 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2

(Mental Health and Psychiatric Nursing II)

โดย

อาจารย์ ดร.ศักดา ชำคม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2561



ประมวลสาระรายวิชา

วิชา 703202 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2

(Mental Health and Psychiatric Nursing II)

โดย

อาจารย์ ดร.ศักดา ชำคม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2561

คำนำ

เอกสารประมวลสาระประกอบการสอนวิชา วิชา 703202 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 นี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอนสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย บทที่ 1 การสัมภาษณ์และการตรวจประเมินสภาพจิต บทที่ 2 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เฉพาะผู้ที่เผชิญภาวะสูญเสียและเศร้าโศกและผู้ป่วยโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder) บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด และ บทที่ 5 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช จำนวน 18 ชั่วโมง คิดเป็น 1.5 หน่วยกิต

เนื่องจากเนื้อหาความรู้ในประมวลสาระประกอบการสอนเล่มนี้เป็นสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อใช้เป็นฐานความคิดในการเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติเพื่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาลในอนาคต ดังนั้นผู้เขียนจึงได้รวบรวมความรู้จากหนังสือ ตำรา บทความวิจัย และสอดแทรกความรู้ที่ตกผลึกจากประสบการณ์ที่ได้สอนและปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาโดยตลอด ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดได้ปรับปรุงและเพิ่มเติมจากประมวลสาระการสอนที่เคยใช้จัดการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 จนถึงปัจจุบัน

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ถูกต้องและเหมาะสมและนำไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

ศักดา ชำคม

ธันวาคม 2561

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ.....	I
สารบัญ.....	II
สาระการสอน.....	
บทที่ 1 การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต.....	1
1. การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวช.....	1
2. การตรวจประเมินสภาพจิต.....	5
3. แนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิต.....	12
4. บรรณานุกรม.....	14
5. ตัวอย่างแบบทดสอบ.....	16
บทที่ 2 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์.....	16
1. ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก.....	17
2. โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder)	23
2.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression).....	23
2.2 ภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania)	25
2.3 ภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า (Bipolar disorder).....	27
3. บรรณานุกรม.....	30
4. กรณีตัวอย่าง.....	31
5. ตัวอย่างแบบทดสอบ.....	32
บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน.....	33
1. การพยาบาลผู้มีความผิดปกติด้านเพศ (Sexual disorder).....	34
1.1 ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ (Sexual dysfunction).....	35
1.2 ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศ (Sexual deviation or Paraphillia).....	41
1.3 ความไม่พอใจในเพศตัวเอง (Gender Dysphoria).....	42
2. การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านการกิน.....	48
2.1 อะนอนอเรกเซีย เนอโวซา (Anorexia Nervosa).....	48
2.2 บูลิเมีย เนอโวซา (Bulimia Nervosa).....	50

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
สาระการสอน(ต่อ).....	
บทที่ 3 (ต่อ)	
3. บรรณานุกรม.....	56
4. ตัวอย่างแบบทดสอบ.....	57
บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด.....	58
1. การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด (substance related disorder).....	59
2. การพยาบาลผู้ติดสุรา (alcohol dependence).....	70
3. บรรณานุกรม.....	74
4. กรณีตัวอย่าง.....	75
5. ตัวอย่างแบบทดสอบ.....	76
บทที่ 5 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช.....	77
1. การบำบัดรักษาด้วยยา.....	77
2. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า.....	101
3. การบำบัดรักษาทางจิต.....	109
4. การบำบัดทางพฤติกรรม.....	114
5. การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมและกลุ่มกิจกรรมบำบัด.....	116
6. บรรณานุกรม.....	126
7. ตัวอย่างแบบทดสอบ.....	127
ภาคผนวก.....	
ภาคผนวก ก เฉลยและวิเคราะห์แบบทดสอบท้ายบท.....	128
ภาคผนวก ข กรณีศึกษาและแนวทางการวิเคราะห์กรณีศึกษา.....	140
ภาคผนวก ค แผนบริหารการสอนประจำวิชา ตาม มคอ.3.....	155

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 1 (3 ชั่วโมง)

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท

- 1) การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวช
- 2) การตรวจประเมินสภาพจิต
- 3) แนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิต

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากหลังการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

- 1) บอกจุดมุ่งหมายสำคัญในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
- 2) ระบุประเด็นต่างๆในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
- 3) อธิบายถึงแนวทางในเริ่มสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
- 4) บอกวิธีการตรวจประเมินสภาพจิตผู้ป่วยในแต่ละประเด็นได้ถูกต้อง
- 5) ระบุแนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิตได้ถูกต้อง

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

- 1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
- 2) การอภิปราย
- 3) การสาธิตการตรวจประเมินสภาพจิต

4. สื่อการเรียนการสอน

- 1) PowerPoint
- 2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT e - Learning

5. การวัดผลและการประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
- 2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 3) การทดสอบย่อย

บทที่ 1

การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต

การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยในการตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยทางจิตเวช การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักการทั่วไปเหมือนกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ แต่มีข้อแตกต่างในรายละเอียดอยู่บ้าง เช่น ควรสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพราะตัวผู้ป่วยเองอาจจะไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดได้เนื่องจากมีอาการโรคจิตหรือไม่สามารถมองเห็นพฤติกรรมของตนเองและผลกระทบต่อคนอื่นๆ ได้ดีเท่ากับบุคคลรอบๆ ตัวผู้ป่วยมองเห็น

การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิตจำเป็นต้องอาศัยการสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการมากหรือไม่ให้ความร่วมมือ เช่น มีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ทำทางตื่นตกใจ หรือมีการแสดงอาการโต้ตอบกับประสาทหลอน ซึ่งจะช่วยบอกหรือประเมินความผิดปกติของผู้ป่วยได้มาก

การสัมภาษณ์ประวัติ

การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันทั้งในแง่ของปัญหา ความต้องการ และแนวทางการแก้ปัญหาในเบื้องต้น (การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ) ตลอดจนประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในครั้งนี้ วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูล นำมาใช้ในการวินิจฉัยวางแผนรักษาและให้การพยาบาล ที่ครอบคลุม Bio-Pscho-Social โดยทีมสหวิชาชีพ

1. จุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ประวัติ

ในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลผู้สัมภาษณ์จะต้องมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการสัมภาษณ์ (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2556) ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจในตัวผู้สัมภาษณ์ รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ อยากร่วมช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยยินดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิตและการดำเนินการรักษาในขั้นตอนต่อไป
2. ทำความเข้าใจและรวบรวมหาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ การเจ็บป่วยและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป
3. ประเมินสภาพจิตและสังเกตอาการ พฤติกรรม การแสดงออกในด้านต่างๆของผู้ป่วย ระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจอารมณ์ ความคิด และสภาพจิตด้านต่างๆของผู้ป่วย

2. การเริ่มต้นการสัมภาษณ์

ในการเริ่มต้นการสัมภาษณ์นั้น ผู้สัมภาษณ์ควรดำเนินการดังนี้

1. กล่าวทักทายและแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและญาติ
2. ชี้แจงจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์
3. ในการดำเนินการสัมภาษณ์ควรมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวน โดยทั่วไปควรสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยตามลำพัง ไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย
4. แสดงความสนใจในตัวผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลหรืออึดอัดกับการสัมภาษณ์ ควรสอบถามและให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก และให้การช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายในขณะที่ให้การสัมภาษณ์

3. ประเด็นในการสัมภาษณ์ประวัติ

สำหรับประเด็นในการสัมภาษณ์ประวัติมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554 ; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556)

3.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief Complaint: CC)

อาการสำคัญ 2 – 3 อาการ + ระยะเวลาที่นำมาโรงพยาบาล

ตัวอย่าง : หูแว่ว หวาดกั้ว พกอาวุธหูทำร้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

3.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness: PI)

เป็นการรวบรวมข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนศักยภาพในการแก้ปัญหา ได้แก่ การสังเกตพบอาการเจ็บป่วยของตนเอง การประเมินความรุนแรง แนวทางการแก้ปัญหาในเบื้องต้น ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขที่มีผลต่อการตัดสินใจ และควรระบุสิ่งแวดล้อมในขณะที่เกิดอาการผิดปกติเป็นอย่างไร ระบุว่ามิเหตุการณ์ใดที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต เช่น การพลัดพราก การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียของรัก สูญเสียอวัยวะ สูญเสียชื่อเสียง การเปลี่ยนงานใหม่หรือตกงาน การต้องโทษ การปลดเกษียณ การประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ล้มละลาย การขาดทุน ไม่มีเงินเป็นต้น

กรณีที่เพิ่งมีอาการครั้งแรก ระบุระยะเวลาและอาการที่เป็น อาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร คิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือสิ่งอื่นอย่างไรบ้าง เช่น การรับประทานอาหาร การนอน กิจกรรมประจำวัน รวมถึงการแสดงออกทางร่างกายต่างๆ เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะเป็นต้น แนวทางการแก้ปัญหาในเบื้องต้น และตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะอะไร

กรณีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระบุระยะเวลา อาการที่เป็นและแนวทางการรักษา การดูแลตนเองโดยสรุปตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน การเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นอย่างไร สังเกตอาการและดูแลแก้ปัญหาด้านสุขภาพอย่างไรเมื่ออยู่ที่บ้าน มีเงื่อนไขหรือข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อดูแลสุขภาพอย่างไร

คิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เมื่อรู้ว่ามียาการรุนแรงมากขึ้นดูแลรักษาอย่างไรมาก่อนหรือไม่ เพราะเหตุใด และอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness)

การเจ็บป่วยทางฝ่ายจิตและทางฝ่ายกายที่อาจมีสาเหตุมาจากจิตใจ เช่น หอบหืด ปวดศีรษะ ผลในกระเพาะอาหาร นอนไม่หลับ ลมชัก ระบุว่าเคยมีอาการอย่างไรก่อนเข้าโรงพยาบาล ได้รับยาหรือพบแพทย์สม่ำเสมอหรือไม่ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้เคยเจ็บป่วย ได้รับอุบัติเหตุหรือการถูกระทบกระเทือนทางสมองหรือไม่ รักษาอย่างไร รวมถึงการผ่าตัด การแพ้ยา แพ้อาหาร

3.4 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family History)

ระบุถึงบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยาบุตร ประกอบอาชีพอะไร ระดับการศึกษา ฐานะทางการเงิน ยังมีชีวิตหรือถึงแก่กรรม (ระบุสาเหตุการตาย) บุคลิกภาพของบุคคลในครอบครัวแต่ละคนเป็นอย่างไร สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นอย่างไร บุคคลในครอบครัวมีใครเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางจิตหรือไม่ อย่างไร มีประวัติการใช้สารเสพติดประวัติการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย ประวัติการรักษา ระบุว่ามีหรือไม่อย่างไร เช่น

บิดา อายุ 61 ปี อาชีพ เกษตรกร ระดับการศึกษา ป.6 อุปนิสัยใจร้อน โผงผาง โกรธง่าย หายเร็ว สุขภาพ แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว บิดาเป็นหัวหน้าครอบครัวดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวดี มีพูดบ่นบ้างเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ผู้ป่วยสนิทสนมกับบิดามาก

3.5 ประวัติส่วนบุคคล (Personal History)

ระบุประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ ลักษณะเด่น อุปนิสัย พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต แบ่งเป็น

- ก่อนคลอด ระบุสภาพครอบครัวของบิดามารดาขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด การคลอด การวางแผนครอบครัว
- วัยเด็กตอนต้น (แรกเกิด-3ปี) ลักษณะการเลี้ยงดู ความสนใจ ความเอาใจใส่ พัฒนาการ พฤติกรรมผิดปกติเช่น การกัดเล็บ ดูดนิ้ว
- วัยเด็กตอนกลาง (3ปี-11ปี) พัฒนาการ สภาพทั่วไปขณะอยู่โรงเรียน ทักษะติดต่อครูและการเรียน ผลการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมผิดปกติเช่น การกัดเล็บ ดูดนิ้ว ปัสสาวะรดที่นอน เกเร หนีเรียน รังแกสัตว์ เป็นต้น
- วัยเด็กตอนปลาย-วัยรุ่น (11ปี-19ปี) บุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบตัว การเรียน พฤติกรรมที่สื่อถึงปัญหา อุปนิสัย การใช้จ่ายและสารเสพติด การคบเพื่อน การคบเพื่อนต่างเพศ
- วัยผู้ใหญ่ (20 ปีขึ้นไป) อุปนิสัย การเรียน เกณฑ์ทหาร การทำงาน การเปลี่ยนงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน การแต่งงาน ชีวิตสมรส

3.6 ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

ระบุประวัติการใช้ยารักษาโรคและสารเสพติดทุกชนิดมีหรือไม่ ถ้ามีให้ระบุชนิด ขนาดที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการบำบัดรักษา ปัจจุบันยังคงใช้ยาหรือสารเสพติดเหล่านั้นหรือไม่ อย่างไร เช่น บุหรี่ (ยาเส้น) ผู้ป่วยเริ่มใช้เมื่ออายุ 15 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน เคยพยายามเลิกบุหรี่ด้วยการหักดิบเลิกได้นานประมาณ 3 เดือน หลังจากนั้นกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้งและเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆจนปัจจุบันยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่

การตรวจประเมินสภาพจิต (Mental Status Examination)

การตรวจสภาพการทำงานของจิตใจของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติทางจิต เปรียบได้กับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติทางกาย แล้วนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคจิตใจนั้น เป็นนามธรรมจึงไม่สามารถตรวจได้จาก การ ดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจทางจิตเป็นการอนุมานจากการสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ประเมินต้องใช้เทคนิคการสัมภาษณ์และทักษะในการสังเกต ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นผลมาจากสิ่งที่อยู่ในจิตใจ แล้วนำมาแปลความหมายและตัดสินใจว่าอาการเหล่านั้นผิดปกติหรือไม่ ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป (General appearance) ระดับความรู้สึก (Consciousness) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) ความคิด (Thinking) ความจำ (Memory) การพูด (Speech) อารมณ์ (Emotion) การรับรู้ (Perception) สมาธิและความตั้งใจ (Concentration and Attention function) เชี่ยวชาญปัญญา (Intellectual function) การพิจารณาการตัดสินใจ (Judgment) และการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วย (Insight) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ธนา นิลชัยโกวิท, 2558 ; เพียรดีเปี่ยมมงคล, 2556 ; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554 ; Sadock and Sadock, 2014 ; Shives, 2012)

1. **ลักษณะที่ปรากฏ (General Appearance)** มีประเด็นที่พยาบาลต้องสังเกตและบันทึก ดังต่อไปนี้

1.1 รูปร่างลักษณะทั่วไป และสภาพความสมบูรณ์ทางร่างกาย

ประเมินโครงสร้างทางร่างกายจากน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณค่า BMI พร้อมแปลความหมายความเหมาะสมของร่างกายกับอายุ รูปร่างมีความพิการหรือลักษณะเด่นในตัวผู้ป่วย

1.2 การแต่งกาย

ลักษณะการแต่งกายของผู้ป่วย เป็นอย่างไร มีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น เรียบร้อยเหมาะสมตามวัย เสื้อผ้าสกปรกหรือมีกลิ่น แต่งกายย้วยวน นุ่งห่มน้อย หรือแต่งกายประหลาด สีฉูดฉาด นำเข็มขัดมาคาดศีรษะ เป็นต้น

1.3 ท่าทาง (Posture) และการเคลื่อนไหว (Motor activity)

ผู้ป่วยท่าทางผ่อนคลายหรือเครียด และมีการเคลื่อนไหวอย่างไร เช่น ไม่เคลื่อนไหว กระวนกระวาย มีพฤติกรรมซ้ำๆ รวมถึงประเมินการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวด้วย

1.4 การแสดงสีหน้า

การประเมินการแสดงออกทางสีหน้าจะช่วยบ่งบอกอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นได้ เช่น สีหน้ากังวล เศร้า เรียบเฉย เครียด อึดอัด ร่าเริง เป็นต้น

1.5 ปฏิกริยาขณะสัมภาษณ์

ลักษณะท่าทางของผู้ป่วยจะช่วยบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีท่าทีต่อผู้สัมภาษณ์อย่างไร เช่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีจะมีท่าทีที่ผ่อนคลาย ตรงกันข้ามกับบางรายที่นั่งเกร็ง กอดอก บางรายไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามสั้นๆ บางรายมีท่าทางยั่วยวนหรือก่อกวนกับผู้สัมภาษณ์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้สามารถสะท้อนถึงความเป็นตัวตน และสัมพันธภาพระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ป่วยได้

2. ระดับความรู้สึก (Consciousness)

ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยขณะทำการประเมินสภาพจิต ได้แก่ รู้สึกตัวดี สับสน ไม่ค่อยรับรู้สิ่งแวดล้อม หรือไม่รู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวจะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ทราบความสามารถของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการทำการประเมินสภาพจิต กับการแปลผลการประเมินสภาพจิตในแต่ละด้านได้

3. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)

3.1 วัน เวลา : ควรถามถึงเวลาว่าขณะนี้เป็นเวลาเท่าไร รวมทั้ง วัน เดือน ปี ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานผู้ป่วยอาจลืมวันที่ เดือน หรือปี พ.ศ.ไป ผู้สัมภาษณ์อาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อน แล้วจึงกลับมาประเมินใหม่ในช่วงท้าย

3.2 สถานที่ : โดยถามชื่อโรงพยาบาล หอผู้ป่วย หรือตำแหน่งของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอยู่ขณะนั้น

3.3 บุคคล : โดยถามชื่อและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลนั้นที่กล่าวถึงอาจเป็นบุคคลที่อยู่ในบริเวณนั้นที่ผู้ป่วยรู้จัก หรือเป็นคนในครอบครัวที่ผู้สัมภาษณ์สามารถตรวจสอบสถานะบุคคลนั้นๆ ได้ รวมทั้งถามชื่อผู้ป่วย และสถานะของตนเอง หากผู้ป่วยไม่ทราบแม้กระทั่งว่าตนเองเป็นใคร ถือว่าเป็นกรณีที่อาการรุนแรงมาก

ความผิดปกติในส่วนนี้มักบ่งบอกความผิดปกติของสมอง (Organic brain disease) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะ delirium ผู้สัมภาษณ์ควรพยายามสืบหาความผิดปกติทางกายที่ทำให้เกิดอาการ ความผิดปกตินี้มักเกิดเรียงลำดับโดยสูญเสียการรับรู้วันเวลาก่อน ตามมาด้วยสถานที่ และบุคคลตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นการรับรู้จะดีขึ้นเป็นลำดับกลับกัน คือ บุคคล สถานที่ และเวลา ที่สำคัญหากพบว่าผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่สามารถบอกข้อมูลได้ถูกต้อง ผู้สัมภาษณ์ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเสมอ

4. ความคิด (Thinking)

ในการประเมินความคิดของผู้ป่วย พยาบาลอาจใช้คำถามและการสังเกต ดังนี้

4.1 กระแสความคิด (Stream of thought)

ประเมินจากความต่อเนื่องและความสัมพันธ์กัน (association) ระหว่างเรื่องที่พูด ตรงเรื่องราวหรือววน เร็วหรือช้า ดีที่สุดคือ การสังเกตตอนที่ผู้ป่วยเล่าประวัติของเขา

4.2 เนื้อหาความคิด (Content of thought)

ประเมินเนื้อหาความคิดของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ผู้สัมภาษณ์ควรตรวจทานว่าความคิดนั้นอยู่ในความเป็นจริง ถูกต้อง มีเหตุผล และเหมาะสมหรือไม่ และแยกแยะให้ถูกต้องระหว่างความผิดปกติทางความคิดกับการรับรู้

ในการประเมินความคิดของผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากอาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบันและการเจ็บป่วยในอดีตมาประกอบกัน ซึ่งในการประเมินสภาพจิตนั้น พยาบาลควรใช้คำถามที่ประเมินความคิดแบบสั้น กระชับ รัดกุม ไม่ถามนำ ให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจในการตอบหรือใช้คำถามกดดัน สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย (เอกอุมา อัมคำ, 2560) ดังเช่นตัวอย่างคำถามต่อไปนี้

ความคิด	คำถาม
ความคิดหลงผิด (delusion)	“คุณมีความเชื่ออะไรบ้าง ที่คนอื่นไม่เชื่อและอธิบายด้วยเหตุผลไม่ได้”
หลงผิดคิดว่าถูกปองร้าย (delusion of persecution)	“ที่ผ่านมา คุณรู้สึกกลัวอะไรบ้าง ที่ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยเลย” ... “แล้วทำอะไร” “คุณมีคูร์ณีบ้างไหม” ... “คุณคิดว่าเขาจะอย่างไรกับคุณ” “คุณรู้สึกว่าเพื่อนหรือคนรอบข้างรู้สึกอย่างไรกับคุณ”
หลงผิดคิดว่าตนเองเคยทำผิดร้ายแรงหรือยกโทษไม่ได้ (delusion of sin and guilt)	“คุณคิดว่าตัวเองเคยทำผิดถึงขั้นให้อภัยไม่ได้หรือไม่คะ” “คุณเชื่อเรื่องเวรกรรม บุญและบาปหรือไม่อย่างไรคะ”
รู้สึกว่า การพูดคุยของคนอื่นมีส่วนเกี่ยวข้องกับตนหรือนินทาตน (idea of reference)	“คุณคิดว่ามีคนกำลังนินทาคุณอยู่หรือไม่คะ” “เค้านินทาคุณอย่างไรบ้าง”
รู้สึกว่าตนเองถูกควบคุมหรือถูกบงการจากผู้อื่น (idea of influence)	“คุณเคยคิดว่าตนเองถูกควบคุมโดยบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นไหมครับ” “คุณเคยคิดว่าตนเองถูกควบคุมด้วยอำนาจลึกลับทางไสยศาสตร์บ้างหรือไม่คะ”
ความรู้สึกว่าตนเองแปลกเปลี่ยนแปลงไปหรือเสีย	“คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับอวัยวะของร่างกายคุณ มันปกติดีหรือมีอะไรที่แปลกไปคะ”

ความคิด	คำถาม
ลักษณะประจำตัวไป (depersonalization)	
ความรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมแปลก ไปหรือห่างไกลออกไป (derealization)	“ที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่ามีสิ่งต่างๆรอบตัวของคุณ เหมือนเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่คะ”

4.3 ความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking)

4.3.1 ความสามารถในการบอกความเหมือนกัน (Similarity)

เป็นการวัดความสามารถในการให้เหตุผลเชิงนามธรรม เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถเห็นความเหมือนของสองสิ่งในกลุ่มเดียวกันได้หรือไม่ คนที่มีระดับเขาวงกตปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยจะตอบได้ 5-8 คำ หากน้อยกว่า 5 ต่ำกว่าเกณฑ์ หากมากกว่า 8 สูงกว่าเกณฑ์ สิ่งที่ต้องสังเกตคือ ผู้ป่วยสามารถบอกระดับความเป็นนามธรรมได้มากน้อยเพียงใด ในทางปฏิบัติผู้ป่วยสามารถตอบได้ 2 ใน 3 ถือว่าปกติ

4.3.2 ความสามารถในการบอกความแตกต่าง (Difference)

การบอกความต่างไม่สามารถประเมินความคิดเชิงนามธรรมได้ แนวโน้มมักจะตอบเป็นรูปธรรมมากกว่า แต่เรามักนำมาใช้ในการเริ่มต้นคำถามในกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยต่อการตอบคำถามแบบเปรียบเทียบ

4.3.3 บอกความหมายของคำพังเพยและภาษิต (Poverty Interpretation)

การใช้สุภาษิตเข้ามาถามอาจเป็นปัญหาหากเลือกสุภาษิตที่ไม่คุ้นเคยและผู้ป่วยที่ถูกถามซ้ำๆ อาจมีการเรียนรู้และจดจำได้ ซึ่งยากต่อการประเมินแท้จริงโดยรวม วิธีการถามอาจเริ่มต้นว่า “คุณรู้จักสุภาษิตคำพังเพยไหม” “คุณคิดว่าสุภาษิตนี้หมายถึงอะไร” หรือ “คุณเข้าใจว่าอย่างไร” คนที่มีระดับเขาวงกตปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยจะตอบได้ 4-5 คำ ในทางปฏิบัติผู้ป่วยสามารถตอบได้ 2 ใน 3 ถือว่าปกติ

5. ความจำ (Memory)

การทดสอบความจำแบ่งออกตามชนิดของความจำดังนี้

5.1 Immediate memory สามารถดูได้จาก digit span test หรือให้ผู้ป่วยพูดทวนของสามสิ่งทันทีที่ผู้สัมภาษณ์พูดจบ

5.2 Recall memory โดยให้ผู้ป่วยจำของสามสิ่งทีพูดทวนไป แล้วให้กลับมาบอกอีกครั้งเมื่อเวลาผ่านไป 5 นาที หรือการให้ผู้ป่วยบอกเล่าในสิ่งที่เพิ่งผ่านมาไม่นาน เช่น เมื่อเข้าทานข้าวกับอะไร

5.3 Recent memory ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาภายใน 2-3 วันได้ เช่น เหตุการณ์ตอนมาโรงพยาบาล ซึ่งควรเป็นเหตุการณ์ที่สามารถตรวจสอบความจริงได้

5.4 Remote memory โดยถามถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาหลายปี เช่น วันเกิดของผู้ป่วย จำนวนและชื่อบุตร จำนวนและชื่อพี่น้อง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมหรือมีปัญหาเรื่องความจำใหม่ๆ มักสูญเสีย Recent memory เป็นอันดับแรก และความจำที่ยาวนาน Remote memory มักเสียภายหลัง

6. การพูดและกระแสคำพูด (Speech and stream of talk)

การพูดเป็นการทำงานของระบบกล้ามเนื้อผ่านกระบวนการคิด ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกระบวนการคิดมักแสดงออกทางคำพูด โดยสังเกตจาก อัตราการพูด (Rate) จังหวะ (Rhythm) ความดัง (Volume) ความผิดปกติของคำพูด และกระแสคำพูด (Stream of talk) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อัตราการพูด (Rate) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เร็วหรือช้า

จังหวะ (Rhythm) การพูดราบรื่นดีหรือมีการติดขัด เช่น มีการลังเล (Hesitation) ติดอ่าง ตอนตั้งต้นประโยค (Stammering) ติดอ่างพูดคำซ้ำๆ กลางประโยค (Stuttering) การหยุดยั้งการพูด (Blocking) การพูดขาดเป็นช่วงๆ (Fragmented) การพูดแบบมีความกดดัน (Pressured)

ความดัง (Volume) พูดค่อยหรือดัง เสียงดังอาจเพราะโกรธ

ความผิดปกติของคำพูด ได้แก่ คำพูดที่แปลกใหม่ที่ผู้อื่นไม่รู้ความหมาย (Neologism) การพูดโดยนำคำหรือวลีมาผสมกันแต่ไม่มีความหมาย (Word salad) พูดเสียงเดียว (Monotonous) พูดเสียงขึ้นๆลงๆ (Singsong)

กระแสคำพูด (Stream of talk) ความผิดปกติ ได้แก่ การพูดที่ไม่สมเหตุสมผล (Illogical) พูดไม่ปะติดปะต่อกัน (Incoherence) พูดไม่รัดกุม (Unconscious) พูดไม่ได้ใจความตรงกับความเป็นจริง (Irrelevance) ความผิดปกติของกระแสคำพูดอาจเป็นแบบววนซึ่งมีรายละเอียดมากแต่ยังตอบตรงคำถามในที่สุด (Circumstantial) พูดออกนอกเรื่อง (Tangential) ตอบไม่ตรงคำถาม ตอบคำถามเดิมซ้ำๆแม้จะเปลี่ยนคำถาม (Perseveration) พูดลิ้นพันกัน (Slurred) พูดคำเสียงคล้องจองกันแต่ไม่มีความหมาย (Lang association) เช่น “ไปไหนไหนไส” พูดตามคำพูดคนอื่น (Echolalia) พูดคนเดียวซึ่งอาจเป็นการบ่นหรือพูดโต้ตอบกับเสียงจากหูแว่วก็ได้

การไม่เข้าใจความหมายของคำพูด (Sensory aphasia) และการไม่สามารถพูดตามที่ตนต้องการ แม้จะเข้าใจคำพูดของผู้อื่น (Motor aphasia) ส่วนมากเป็นอาการของโรคสมองและระบบประสาท

7. อารมณ์ (Emotional)

ในส่วนของอารมณ์ จะมีคำว่า mood and affect ซึ่งจะต่างกันตรง mood จะเป็นพื้นฐานของอารมณ์ของบุคคลคนนั้น ส่วน affect เป็นภาวะของอารมณ์ในปัจจุบัน สำหรับการประเมิน mood อาจจะใช้คำถามว่า “โดยปกติทั่วไป คุณคิดว่าอารมณ์ของคุณเป็นอย่างไร” ส่วนการประเมิน affect ว่าเป็นอย่างไร อาจใช้คำถามว่า “ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร” นอกจากการถามเพื่อประเมินอารมณ์ ยังต้องใช้ในการสังเกตสีหน้าท่าทางและน้ำเสียงร่วมด้วย ว่ามีอารมณ์เศร้า (Depressed) โกรธ (Anger) กังวล (Anxious) พร้อมประเมินความสอดคล้องของอารมณ์โดยพิจารณาจากอารมณ์ที่สังเกตได้กับการแสดงออกว่า เหมาะสม (Appropriateness) หรือไม่เหมาะสม (Inappropriate) ถ้าไม่แสดงออกของอารมณ์ทั้งทางสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง เรียกว่า flat หรือ blunted affect ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า มักจะเชื่องช้า หากกังวลหรือตื่นเต้น ก็จะกระสับกระส่าย ลุกสี่ลุกกลน เป็นต้น

8. การรับรู้สิ่งเร้า (Perception)

การถามอาการของการรับรู้ที่ผิดปกติ สามารถถามผู้ป่วยได้โดยตรง เช่น “ขณะนั่งคุยกับพยาบาลคุณได้ยินเสียงอื่นๆ เช่นเสียงคนพูดโดยไม่เห็นตัวหรือไม่” หรือสังเกตจากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูดพึมพำคนเดียว การรับรู้ที่ผิดปกติมี 2 ประเภท ได้แก่

8.1 ประสาทหลอน (Hallucination) การแปลความหมายของประสาทการรับรู้ทางหู ตา จมูก ลิ้น กาย ชาติไปทั้งที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น หูแว่ว ภาพหลอน

8.2 การแปลการรับสัมผัสผิด (Illusion) การแปลความหมายของประสาทการรับรู้ทางหู ตา จมูก ลิ้น กาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ ชาติไป เช่น เห็นเชือกเป็นงู

9. สมาธิ และความตั้งใจ (Concentration and Attention function)

การตรวจสมาธิและความตั้งใจทำได้หลายวิธี วิธีที่นิยมได้แก่

9.1 การนับเลข (Digit span) โดยให้ผู้ป่วยนับเลขตามหลังจากที่ผู้สัมภาษณ์บอกเลขให้ฟังตามลำดับ ได้แก่การให้พูดตามตัวเลขโดยนับไปข้างหน้า (Digit span-forward) และการนับย้อนกลับจากที่ผู้สัมภาษณ์พูด (Digit span-backward) การทดสอบทั้งสองแบบนี้ควรใช้ตัวเลขแยกกันคนละชุด การบอกเลขแต่ละตัวควรห่างกันประมาณ 1 วินาทีเท่าๆ กัน หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ในแต่ละหลักให้ทดสอบซ้ำด้วยเลขชุดใหม่ หากทดสอบสองครั้งไม่สามารถทำได้ให้หยุด ตัวเลขที่ใช้สัมภาษณ์ไม่ควรเป็นตัวเลขที่เรียงกันเป็นระบบ โดยปกติแล้วผู้ป่วยควรนับเลขไปข้างหน้าได้ 6 หลัก และนับย้อนหลังได้ 4 หลัก หากทำได้น้อยกว่านี้แสดงว่าทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ยกเว้นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่ถือว่าผิดปกติ นอกจากนี้ความแตกต่างของจำนวนหลักที่ทำได้ระหว่างการนับเลขไปข้างหน้าและย้อนกลับหากมากกว่า 3 หลักถือว่าผิดปกติ

9.2 การลบเลขทีละ 7 หรือทีละ 3 (Serial 7's or Serial 3's) เป็นการตรวจวัดสมาธิโดยการลบเลขออกทีละ 7 จากจำนวน 100 โดยไม่ใช่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดแม้แต่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังลบเลข เราสามารถสังเกตสมาธิและความตั้งใจของผู้ป่วยได้ ว่ามีการใช้เวลาคิดนาน มีการลั้งเลในการตอบ หากผู้ป่วยไม่สามารถคิด 100 - 7 ได้ สามารถใช้ 20 - 3 แทนได้ หากยังทำไม่ได้ให้พูดชื่อวันในสัปดาห์ย้อนหลัง หรือพูดชื่อเดือนใน 1 ปีย้อนหลังแทน

10. เซาว์นปัญญา (Intellectual function)

ประเมินเซาว์นปัญญาอย่างง่ายโดยการถามความรู้ทั่วไปที่คาดว่าบุคคลควรรู้จัก เช่น ธงชาติไทยมีกี่สี ได้แก่อะไรบ้าง วันสงกรานต์ตรงกับวันที่เท่าไร พระมหากษัตริย์ของประเทศไทยคือใคร หรือพระอาทิตย์ขึ้นทางทิศไหน เป็นต้น หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้จริงอาจแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ต้องดูแลรักษาต่อไป

11. การตัดสินใจ (Judgment)

เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการวางแผน การกำหนดเป้าหมาย และการกระทำที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยใช้การพิจารณาตัดสินใจจากสถานการณ์ตัวอย่าง ผู้สัมภาษณ์จะเล่าสถานการณ์สมมติแล้วให้ผู้ป่วยตอบว่าจะทำอย่างไร พร้อมถามเหตุผลประกอบ หลังจากนั้นจึงประเมินว่าคำตอบที่ได้นั้นเหมาะสมหรืออยู่ในความเป็นจริงหรือไม่ ทั้งนี้ต้องพิจารณาประเด็นทางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและสถานะตามบริบทของผู้ป่วยร่วมด้วย

คำถามที่ 1 จะทำอย่างไรถ้าคุณเดินไปพบจดหมายที่จำหน่ายซองครบ ติดแสตมป์เรียบร้อยตกอยู่ที่ถนน

การประเมิน

เหมาะสม : หากผู้ป่วยทราบว่าควรส่งให้ถึงมือผู้รับโดยวิธีที่เหมาะสม เช่น

“หย่อนตู้ไปรษณีย์ที่อยู่ใกล้ๆ” หรือ “เอาไปส่งที่ทำการไปรษณีย์ที่อยู่ใกล้ๆ”

ปานกลาง : หากผู้ป่วยเห็นควรว่าให้คนอื่นเข้ามารับจดหมายนั้นต่อไปมากกว่าตนเอง เช่น

“ส่งให้ตำรวจ” หรือ “ส่งแผนกจดหมายที่หาผู้รับไม่ได้”

ไม่เหมาะสม : หากผู้ป่วยไม่ทราบจะทำอย่างไรหรือถือวิสาสะในจดหมายนั้น เช่น

“ทิ้งไว้เฉยๆ” หรือ “เปิดดู”

คำถามที่ 2 จะทำอย่างไรถ้าคุณนั่งดูภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์และเห็นกลุ่มควันไฟเป็นครั้งแรก

การประเมิน

เหมาะสม : หากผู้ป่วยแจ้งให้ผู้มีอำนาจในการจัดการของโรงภาพยนตร์นั้นๆ ทราบ เช่น

“บอกพนักงานในโรงภาพยนตร์” หรือ “ไปบอกผู้จัดการโรงภาพยนตร์”

ปานกลาง : หากผู้ป่วยแสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์หรือจัดการด้วยตนเอง เช่น

“ไปตั้งสัญญาณไฟไหม้”หรือ“ไปดับไฟ”หรือ“โทรเรียกพนักงานดับเพลิง”

ไม่เหมาะสม : หากผู้ป่วยไม่ทำอะไร หรือกระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดการตื่นตกใจอย่างมากต่อผู้
ชน เช่น “ตะโกนดังๆ ให้คนรู้ว่าไฟไหม้”หรือ“วิ่งหนี”

12. การหยั่งรู้ (Insight)

เป็นการรู้ตัวและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง แบ่งเป็น 6 ระดับดังนี้

1. ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง (no insight)
2. คิดว่าตนเองอาจป่วยและควรรักษา แต่ปฏิเสธการรักษา
3. คิดว่าตนเองป่วยแต่เป็นการป่วยทางกาย
4. คิดว่าตนเองป่วย แต่ไม่รู้ว่าตนเองเป็นอะไร
5. ยอมรับว่าตนเองป่วย เนื่องจากความผิดปกติทางจิตใจ แต่ไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง
แก้ไข
6. ยอมรับว่าป่วย เนื่องจากความผิดปกติในความรู้สึกและจิตใจ และพร้อมที่จะแก้ไขให้
กลับคืนสู่ลักษณะปกติในอนาคต

ผู้สัมภาษณ์ควรประเมินสภาพจิตให้ครบทุกหัวข้อ แล้วจึงนำมาสรุปว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ
ประเมินนั้นมีการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วยอยู่ระดับใดใน 6 ระดับนี้ และควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลัง
การสัมภาษณ์ทุกครั้ง

แนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิต

ในการสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต ผู้สัมภาษณ์ควรปฏิบัติตามแนวทาง
ดังต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554 ; ธนา นิลชัยโกวิท, 2558)

1. ให้ความสนใจในความรู้สึกและความสะดวกสบายของผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะ
สัมภาษณ์ ควรสัมภาษณ์ในที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งรบกวน และมีความเป็นส่วนตัว ผู้ถูกสัมภาษณ์ผู้ใน
ท่าที่สะดวกพอสมควร และควรนั่งอยู่ในระดับเดียวกับกับผู้สัมภาษณ์ ถ้าเป็นไปได้ควรแยก
สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติคนละครั้ง ไม่ควรสัมภาษณ์พร้อมกัน
2. ทักษะพื้นฐาน ที่ผู้สัมภาษณ์ควรปฏิบัติ มีดังนี้
 - 1) ไม่ควรตั้งคำถาม 2 เรื่องในเวลาเดียวกัน เช่น คุณมีความคิดแปลกๆหรือได้ยินเสียง
แว่วบ้างหรือเปล่า
 - 2) ใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าคำถามปลายปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไร” มากกว่าจะ
ถามว่า “คุณเสียใจไหม”
 - 3) ไม่ตั้งคำถามเชิงปฏิเสธ เช่น “คุณไม่เคยมีเสียงแว่วเลยใช่ไหมครับ”
 - 4) หลีกเลี่ยงการแสดงความคิดเห็นตัดสินการกระทำของผู้ป่วยว่า ถูก ผิด ดี ไม่ดี

5) ใช้ถ้อยคำที่แสดงความสนใจหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดต่อ เช่น “ครับ” “ค่ะ” “แล้วยังไงต่อไปคะ” หรือพูดทวนคำพูดผู้ป่วย หรือการแสดงอาการรับรู้ เช่น พยักหน้า

6) สอบถามทำความเข้าใจให้กระจ่าง อย่างนึกเดาเรื่องราวหรือตีความหมายของเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าเอาเองในใจโดยไม่เข้าใจชัดเจน เช่น “ที่พูดอย่างนั้นหมายความว่าอย่างไรคะ” “ช่วยยกตัวอย่างสักเรื่องได้ไหมครับ”

3. ผู้สัมภาษณ์ควรทำตัวสบายๆ เป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องระมัดระวังตัวหรือเกร็งมากเกินไป ถ้าผู้ป่วยเล่าเรื่องตลกก็หัวเราะได้ แต่ไม่ใช่หัวเราะขบขันในตัวผู้ป่วย พูดตามจังหวะและวิธีการพูดของตนเอง ไม่ต้องพยายามเลียนแบบคนอื่น ทำให้ไม่เป็นธรรมชาติ

4. ผู้สัมภาษณ์ควรให้โอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงหรือเล่าถึงอารมณ์ความรู้สึกและปัญหาของตนเอง โดยพูดสะท้อนความรู้สึกและแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เช่น “พอพูดถึงเรื่องนี้ เห็นคุณมีน้ำตาคลอ คงเป็นเรื่องที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจมาก พอจะเล่าให้ผมฟังหน่อยได้ไหม”

5. พึงระลึกอยู่เสมอว่า ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยเองจะมีความวิตกกังวลและรู้สึกกลัวมากกว่าผู้สัมภาษณ์ ไม่ควรกลัวหรือกังวลว่าจะทำได้ไม่ดี ควรมุ่งความสนใจของตนไปยังผู้ป่วย จะช่วยให้ผ่อนคลายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น

6. การพูดแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วยจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้สัมภาษณ์ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะแสดงความรู้สึกหรือเปิดเผยตนเองมากขึ้น เช่น “เรื่องนี้คงทำให้คุณรู้สึกเสียใจมาก”

7. อย่าลังเลใจที่จะถามเรื่อง que ที่เห็นว่าสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเกรงว่าจะเป็นเรื่องไม่สมควร เช่น คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น เพราะเกรงว่าจะไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด หรือคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ ก็ให้ถือเป็นเรื่องธรรมดา เหมือนการถามเรื่องการกิน การนอน การขับถ่าย ใช้คำถามสุภาพและถามแบบตรงไปตรงมา ถ้าเราอึดอัด ทำท่ากระดากอาย ที่จะถามผู้ป่วยก็จะพลอยรู้สึกตามไปด้วยกับท่าทีของผู้สัมภาษณ์

8. ใช้การเงียบในบางขณะ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกลำบากใจที่จะเปิดเผยหรือกำลังนึกเรียบเรียงคำพูด ควรให้เวลาผู้ป่วยโดยการนั่งเฉยๆ รอให้ผู้ป่วยพูดต่อไป แสดงอาการตั้งใจฟัง ไม่พูดขัด แต่ถ้าผู้ป่วยเงียบนาน อาจช่วยกระตุ้นเล็กน้อย เช่น “ครับ แล้วเป็นอย่างไรต่อไปครับ...” “เล่าต่อซิคะ....”

9. สนใจในการแสดงออกและภาษาท่าทางของผู้ป่วย เช่น สีหน้า น้ำเสียง และการแสดงออกอื่นๆ นอกเหนือจากคำพูดของผู้ป่วย จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้สึกอะไร แต่น้ำตาคลอเข้าตาขณะทีพูดถึงเรื่องดังกล่าว

10. ควรเริ่มต้นจากเรื่องกว้างๆ ก่อน แล้วค่อยๆ จับจุดละเอียดลงไปตามลำดับ ผู้สัมภาษณ์ต้องเริ่มด้วยการให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนเองก่อน แล้วค่อยพูดย้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า ขอความกระจ่าง

เมื่อเข้าใจไม่ชัดเจน แล้วค่อยเจาะลึกลงไปในรายละเอียด เช่น เป็นมานานเท่าไร ความถี่และความรุนแรงของอาการที่เป็น เป็นต้น

บทสรุป

ในการสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต พื้นฐานสำคัญที่สุด คือ การมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ป่วย การมุ่งแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสิ่งต่างเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จาก ความจริงใจและเจตนาที่ตั้งใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ การเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องมี ส่วนทักษะในการสื่อสารอื่นๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นเพียงแนวทางที่จะช่วยปรับปรุงให้การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตดีขึ้นและบรรลุตามจุดมุ่งหมายสำคัญของการสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิต

บรรณานุกรม

- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่10). นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2558). *การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช*. ในมานอนซ์ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*.(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอกอุมา อิมคำ.(2560). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Shives, L.R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (8th ed). Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

ตัวอย่างแบบทดสอบบทที่ 1

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. หลักปฏิบัติในข้อใดที่นักศึกษาควรนำมาปฏิบัติในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช
 1. ถามผู้ป่วยทุกๆเรื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด
 2. ฟังทั้งเรื่อง que ผู้ป่วยพูดและหาความหมายที่แฝงอยู่ในคำพูด
 3. ให้ความสำคัญต่อการถามญาติ เพื่อตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง
 4. ทำความเข้าใจในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ เพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วย
2. ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยหยุดพูดอย่างกะทันหันและใช้ภาษาซึ่งไม่เข้าใจความหมาย นักศึกษาควรปฏิบัติอย่างไร
 1. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติที่ดูแลผู้ป่วย
 2. ชักถามผู้ป่วยเพื่อขอความกระจ่างในภาษาที่ผู้ป่วยใช้
 3. หยุดการสนทนาและชักชวนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
 4. หยุดการสนทนาและทำการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
3. ผู้ป่วยเล่าเรื่องที่สามีบอกว่าจะไปทำงานล่วงเวลา แต่กลับไปเที่ยวและดูหนังกับผู้หญิงอื่น แล้วร้องไห้ นักศึกษาควรปฏิบัติอย่างไร
 1. ยื่นกระดาษทิชชูให้ซับน้ำตา แล้วพูดว่า “ทำใจให้สบายนะคะ”
 2. พยักหน้า แล้วพูดว่า “คุณเสียใจที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น”
 3. สัมผัสแขนผู้ป่วย แล้วพูดว่า “ผู้ชายก็เป็นอย่างงี้แหละ”
 4. บีบมือผู้ป่วย แล้วพูดว่า “เราผู้หญิง เรื่องแบบนี้เสียเปรียบวันยันค่ำ”
4. “คุณเคยได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยินบ้างหรือไม่” เป็นคำถามที่ใช้ประเมินสภาพจิตด้านใด
 1. Orientation
 2. Attention
 3. Judgment
 4. Perception
5. “ถ้าคุณไปซื้อของที่ร้านหน้าปากซอย แล้วเกิดฝนตก คุณจะทำอย่างไร” เป็นการประเมินผู้ป่วยด้านใด
 1. Orientation
 2. Judgment
 3. Perception
 4. Concentration

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 2 (3 ชั่วโมง)

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

1. ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก
2. โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder)
 - 2.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression)
 - 2.2 ภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania)
 - 2.3 ภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า (Bipolar disorder)

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากหลังการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

- 1) จำแนกลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในแต่ละประเภท ได้แก่ ผู้ที่เผชิญกับภาวะสูญเสีย เศร้าโศก โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนได้ถูกต้อง
- 2) อธิบายแนวทางการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในแต่ละประเภท ได้แก่ ผู้ที่เผชิญกับภาวะสูญเสีย เศร้าโศก โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน ได้ถูกต้อง

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

- 1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
- 2) การอภิปราย
- 3) การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

4. สื่อการเรียนการสอน

- 1) PowerPoint
- 2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT e – Learning
- 3) กรณีตัวอย่าง

5. การวัดผลและการประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
- 2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 3) การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

บทที่ 2

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ที่จะกล่าวในบทนี้ ประกอบด้วย ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในลักษณะต่างๆ ดังนี้ 1) ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก 2) โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder) ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้า (Depression) 2) ภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania) และ 3) ภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า (Bipolar disorder) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

1. ภาวะสูญเสีย

ความหมายภาวะสูญเสีย มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการสูญเสีย ไว้ดังนี้ Bolander (1994 อ้างถึงในมุกข์ดา พดุงยาม, 2561) ได้กล่าวถึงการสูญเสียว่า เป็นสภาพการณ์ที่บุคคลต้องแยกจาก สูญหาย หรือต้องปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ในชีวิต อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อยเป็นค่อยไป คาดการณ์ได้หรือไม่สามารถคาดการณ์ได้ และอาจทำให้เกิดความชอกช้ำ เจ็บปวดมากหรือเพียงเล็กน้อย

Shives (2012) ได้สรุปถึงแนวคิดของการสูญเสีย ว่ามีลักษณะดังนี้

1. มีการแยกจากหรือปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่
2. มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลงนั้น ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย
3. บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่สูญเสียหรือคาดหวังว่ากำลังจะสูญเสีย
4. ประสบการณ์การสูญเสียในอดีตมีผลต่อการแสดงออกในปัจจุบัน

Halter (2014) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียและภาวะเศร้าโศกไว้ว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่สูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด สิ่งของหรือเกียรติยศ ศักดิ์ศรี บุคคลละมีภาวะเศร้าโศกตามมา หากบุคคลไม่สามารถยอมรับและปรับตัวต่อภาวะสูญเสียนั้นๆ ได้

ปฏิกิริยาของบุคคลต่อการสูญเสีย

บุคคลจะแสดงออกถึงการสูญเสียต่างกันตั้งแต่แยกตัว เจ็บ จนถึงโกรธรุนแรง ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

- การรับรู้ให้คุณค่าต่อสิ่งที่สูญเสีย
- การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่น

ประเภทของการสูญเสีย

Potter (1995 อ้างถึงในมุกข์ดา ผดุงยาม, 2561) ได้แบ่งประเภทของการสูญเสียออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสูญเสียสิ่งของภายนอก (Loss of external object) คือการสูญเสียสิ่งของต่างๆ ภายนอกตัวบุคคล เช่น ทรัพย์สินเงินทอง ที่อยู่อาศัยหรือการถูกแยกจากสภาพแวดล้อมเดิม เช่น การย้ายถิ่นฐานที่อยู่ ย้ายที่ทำงาน ซึ่งทำให้เกิดความไม่มั่นคง เป็นต้น

2. การสูญเสียตามช่วงวัย (Maturational loss) เช่น เด็กที่ต้องหย่านมแม่ การต้องออกจากโรงเรียนเมื่อสำเร็จการศึกษา การออกจากครอบครัวเมื่อต้องไปใช้ชีวิตคู่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทเมื่อแต่งงาน หรือการสูญเสียที่เกิดจากความเสื่อมตามช่วงวัยในวัยกลางคนหรือวัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. การสูญเสียภาพลักษณ์หรืออัตมโนทัศน์ (Loss of body image or some aspect of self) เป็นการสูญเสียด้านร่างกายหรือจิตสังคม เช่น การสูญเสียอวัยวะในร่างกาย หรือการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายจากภาวะการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ เช่น การป่วยเรื้อรังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเกิดการสูญเสียในเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการที่บุคคลมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ไม่สามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

4. การสูญเสียความรักและบุคคลสำคัญในชีวิต (Loss of a love or a significant other) เช่น การตายของบิดา มารดา ญาติพี่น้อง คู่สมรส บุตร เพื่อนสนิท จะทำให้บุคคลมีภาวะเศร้าโศกอย่างมาก ซึ่งอาจนำไปสู่ความรุนแรงจนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ลักษณะของการสูญเสีย

1. การสูญเสียเป็นสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิด เช่น ไฟไหม้บ้านเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง คนงานในโรงงานที่กำลังมีการปลดพนักงานออก คิดว่าตนกำลังจะสูญเสียรายได้ หรือ หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและตัดเต้านม คิดว่าสามีจะไม่รักเธอแล้ว

2. การสูญเสียของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการที่บุคคลให้คุณค่า ความสำคัญและการให้ความหมายของสิ่งที่สูญเสียนั้น เช่น แม่วัยรุ่นซึ่งเคยแท้ง 4 ครั้ง อาจจะให้ความหมายของการสูญเสียต่างจากพยาบาลผู้ซึ่งไม่เคยตั้งครรภ์เลย ดังนั้นการประเมินการสูญเสียจึงขึ้นอยู่กับความหมายของการสูญเสียที่มีต่อบุคคลนั้นซึ่งแตกต่างกัน

3. ปฏิกริยาที่เกิดจากการสูญเสีย เรียกว่า ทุกข์โศก ซึ่งเมื่อบุคคลมีการสูญเสีย หมายถึง การเปลี่ยนแปลง โดยสิ่งของบุคคลที่รักที่มีคุณค่าจะหายไปเปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถพบเจอได้ ไม่ได้ยินเสียง ไม่ได้รู้สึก ไม่ได้สัมผัส ไม่ได้มีประสบการณ์ร่วมกัน บุคคลจึงเกิดความเศร้าโศก (Grief)

4. การสูญเสียอาจจะเป็นชั่วคราวหรือตลอดไป เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้หรือคาดการณ์ไม่ได้ อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อยดำเนินไป เช่น ความเจ็บป่วย เป็นการสูญเสียบทบาทหน้าที่ชั่วคราว

เมื่อหายแล้วก็สามารถกลับไปทำหน้าที่ดังเดิมได้ การสูญเสียอวัยวะขา แขน เป็นการสูญเสียอย่างถาวร สำหรับตัวอย่างการสูญเสียที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้าหรือคาดการณ์ไม่ได้ เช่น

- ผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 70 ปี รู้ว่าจะไม่สามารถทำสิ่งต่างๆได้เหมือนเดิม เพราะร่างกายเสื่อมถอยลง, ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรู้ว่าตนต้องเผชิญกับความตาย (คาดการณ์ได้)

- การรู้ว่าตนติดเชื้อ HIV (คาดการณ์ได้)

- การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (คาดการณ์ไม่ได้)

- การสูญเสียเพื่อนจากการฆ่าตัวตาย (คาดการณ์ไม่ได้)

5. การสูญเสียทำให้บุคคลมีพัฒนาการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ เจริญเติบโตขึ้น เมื่อเผชิญกับการสูญเสียได้สำเร็จ ตัวอย่าง เช่น วัยรุ่นอายุ 18 ปี ที่ย้ายออกมาอยู่หอพักตามลำพังจะสูญเสียความสะดวกสบายและความใกล้ชิดกับครอบครัวแต่จะได้พัฒนาด้านความมั่นใจและการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ขึ้นในการดูแลตนเอง

6. การสูญเสียจากสภาวะการณ์/เหตุการณ์ (Situational losses) เกิดขึ้นจากสถานการณ์ภายนอกบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้เช่น การตายของคนที่คุณรัก ภัยพิบัติจากธรรมชาติหรือการหย่าร้าง เป็นต้น

พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อมีการสูญเสีย จะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงวัย ดังนี้

1. เด็กแรกเกิดและทารก รู้สึกสูญเสียผู้เลี้ยงดู แต่มีการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์น้อยมาก ตราบเท่าที่ยังได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

2. วัยเตาะแตะ(อายุ 1-2 ปี) ยังไม่รู้ความหมายของการสูญเสียที่แท้จริงเพราะว่าการรับรู้ยังไม่พัฒนา

3. วัยก่อนเข้าโรงเรียน (อายุ 3-5 ปี) มีจินตนาการดังนั้นอาจจะเชื่อมโยงจินตนาการการสูญเสียที่เกิดว่าเป็นเพราะตนเองจึงเกิดความละอาย สงสัย และรู้สึกผิด ตัวอย่างเช่น เด็กชายวัย 3 ปี เชื่อว่าตนเป็นเด็กไม่ดี ทำให้แม่หนีไป

4. วัยเรียน มีความคิดเป็นเหตุผล ช่วงอายุนี้เด็กจะเกิดความทุกข์โศกมากมายนี่เมื่อมีการสูญเสียอวัยวะ เด็ก 6-7 ปี จะโทษการสูญเสียหรือการตายเกิดจากปีศาจหรือพระเจ้า เมื่ออายุ 9-10 ปี เด็กส่วนใหญ่จะรับรู้การสูญเสียเหมือนวัยผู้ใหญ่

5. วัยรุ่น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียเหมือนผู้ใหญ่แต่ยังมีอารมณ์เหมือนเด็ก ๆ

- เข้าใจความหมายการสูญเสียและการตาย แต่ยังยอมรับได้น้อย

- ความทุกข์โศกจะเกิดขึ้นรุนแรงต่อการสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะ สูญเสียการยอมรับจากเพื่อน ยอมรับการตายได้ยาก หลายคนอาจจะไม่สนใจหรือปฏิเสธการสูญเสียไปเลย

6. วัยผู้ใหญ่ เผชิญการสูญเสียขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับว่าการสูญเสียเป็นประสบการณ์หนึ่งในชีวิตและพยายามเผชิญและปรับตัวกับการสูญเสียต่างๆที่เกิดขึ้น

2. ภาวะทุกข์โศก (Grief and mourning)

ความหมาย

Grief หมายถึง กลุ่มของปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสีย (the set of emotional reactions that accompany loss)

Mourning หมายถึง กระบวนการที่จะผ่านหรือแก้ไขภาวะทุกข์โศก (grief) (the process of working through or resolving one's grief)

Bereavement หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การกระทำที่เกิดจากการสูญเสีย (the behavioral state of thoughts, feeling and activities that follow the loss)

ระยะของกระบวนการสูญเสียทุกข์โศก (Stage of the grieving process)

คูเบอร์-รอส (Kubler-Ross, 2007) ได้แบ่งระยะของการทุกข์โศก เป็น 5 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ปฏิเสธ (Denial) เมื่อเกิดเหตุการณ์สูญเสียขึ้น แล้วบุคคลไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสียขึ้น มักจะพูดว่า “ไม่จริง เป็นไปไม่ได้”

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) บุคคลจะแสดงความโกรธต่อการสูญเสียโดยโทษคนอื่น โทษตัวเอง บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อม หรือแม้แต่พระเจ้าหรือโชคชะตา

ระยะที่ 3 ตอรอง (Bargaining) บุคคลจะพยายามตอรองเพื่อปลอบใจตนเอง ที่ยังไม่สามารถยอมรับการสูญเสียได้

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) บุคคลจะแยกตัวเอง เสียใจต่อการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ บุคคลอาจทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้

ระยะที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) เมื่อบุคคลยอมรับการสูญเสีย ยอมรับข้อเท็จจริงต่อการสูญเสียได้ ก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้

ส่วน เวสเบิร์ก (Westberg อ้างถึงใน Shives, 2012) ได้แบ่งระยะของการทุกข์โศก เป็น 10 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 อาการช็อค	ระยะที่ 2 แสดงอารมณ์เศร้าโศก
ระยะที่ 3 ซึมเศร้าและรู้สึกโดดเดี่ยว	ระยะที่ 4 ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกาย
ระยะที่ 5 ภาวะรุนแรง (Panic)	ระยะที่ 6 รู้สึกลอย
ระยะที่ 7 รู้สึกโกรธ	ระยะที่ 8 ต่อสู้อุปสรรค
ระยะที่ 9 มีความหวัง	ระยะที่ 10 อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

กระบวนการทุกข์โศกผิดปกติ (Dysfunctional Grief)

1. ความทุกข์โศกยาวนาน (Prolong grief)
2. ปฏิกิริยาทุกข์โศกล่าช้า (Delayed reaction) ใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (Denial) และแบบเก็บกด (Suppression) อย่างมาก

3. ปฏิกริยาที่ผิดปกติ (Distorted reaction) มีความวิตกกังวลระดับสูง กลัว ละอายใจ โกรธ และที่พบบ่อยที่สุดคือความซึมเศร้า

การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะทุกข์โศก (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561)

1. สร้างเสริมความสัมพันธ์ที่เชื่อถือไว้วางใจ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพแบบวิชาชีพ 1:1
2. ส่งเสริมให้ลดความรู้สึกเศร้าโศกลง โดย ให้ระบายความรู้สึก ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของตน
3. ให้กำลังใจ สนับสนุนให้แสดงความเศร้าออกมามากกว่าการเก็บกดอารมณ์ไว้ ปลอดภัย สัมผัส นั่งเป็นเพื่อน ฯลฯ
4. ส่งเสริมการสร้างและคงความหวังที่เป็นจริง สนับสนุนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หาที่ยึดเหนี่ยวทางใจ หาความหมายของชีวิต คุณค่าและความสัมพันธ์กับผู้อื่น
5. กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความหมกมุ่นและเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง
6. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้สงบ ผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้น เช่น คนที่พลุกพล่าน การเคลื่อนย้ายสิ่งของ เสียงวิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น
7. สนับสนุนคำจูงใจญาติและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ทุกข์โศกและญาติ สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
8. ป้องกันภาวะทุกข์โศกผิดปกติ โดยเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น เศร้าซึมมากขึ้น วิตกกังวล พฤติกรรมถดถอย โดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย

ตัวอย่างกระบวนการพยาบาลบุคคลที่มีภาวะสูญเสียและทุกข์โศก

1. การประเมินสภาพ (Nursing Assessment) สิ่งที่พยาบาลต้องประเมินในผู้ที่มีภาวะสูญเสียหรือทุกข์โศก ได้แก่
 - 1) มโนทัศน์และการให้ความหมายการตายของผู้รับบริการ
 - 2) ศาสนา, เชื้อชาติ, ความเชื่อ ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย
 - 3) แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน: ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน องค์กรต่าง ๆ
 - 4) วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้รับบริการเคยใช้ในอดีตเมื่อมีการสูญเสีย
 - 5) อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย เช่น โกรธ ลังเล รู้สึกผิด ซึมเศร้า สิ้นหวัง
 - 6) สังเกตภาษาท่าทางการแสดงออก ดูความสอดคล้องของคำพูดและท่าทาง, การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

2. การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อาจพบในผู้ที่มีภาวะสูญเสียหรือทุพพลภาพ เช่น

- 1) ทุพพลภาพสัมพันธ์กับรับรู้ว่าการสูญเสียเกิดขึ้นจริง
- 2) ทุพพลภาพผิดปกติสัมพันธ์กับขาดความสามารถในการเผชิญกับกระบวนการทุพพลภาพ
- 3) การเผชิญปัญหาขาดประสิทธิภาพสัมพันธ์กับมีความยากลำบากในการแสดงออกทางอารมณ์
- 4) การปรับตัวไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับการขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- 5) สิ้นหวังสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสีย
- 6) เศร้าเรื้อรังสัมพันธ์กับความรู้สึกรำคาญ
- 7) ขาดการดูแลตนเองสัมพันธ์กับขาดความสนใจในตนเองและผู้อื่น
- 8) ทุพพลภาพผิดปกติสัมพันธ์กับการสูญเสียอวัยวะและการทำหน้าที่ของร่างกาย ฯลฯ

3. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Outcomes) เช่น

- 1) มีความก้าวหน้าในการผ่านกระบวนการทุพพลภาพ
- 2) พุดหรือแสดงความเข้าใจถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น
- 3) พุด/ แสดงความรู้สึกร่วมเกี่ยวกับการสูญเสียได้
- 4) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 5) มีความหวัง
- 6) ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันพึงพาอย่างเหมาะสม
- 7) สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ที่สำคัญคือใช้เทคนิคการสื่อสารด้วยความเข้าใจสนับสนุนให้กำลังใจ ดังนี้

- 1) สนับสนุนให้กำลังใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการที่ปกติที่ทุกคนต้องผ่านไปให้ได้
- 2) หากกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน, ครอบครัว
- 3) กระตุ้นเปิดโอกาสให้แสดงอารมณ์ความรู้สึก
- 4) ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในอารมณ์ความรู้สึกของการสูญเสีย
- 5) ช่วยหาวิธีการทางบวกที่จะเผชิญกับความเศร้าโศก เช่น เขียนจดหมาย ทำบุญ ออกกำลังกาย อาสาสมัคร
- 6) ชมเชยให้กำลังใจที่มีการปรับตัวที่ดี
- 7) สนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน
- 8) จัดกลุ่มกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจ ความหวัง คุณค่าแนวทางการดำเนินชีวิตหลังการสูญเสีย

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลตามผลที่คาดว่าจะได้รับ เช่น

- 1) ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการปรับตัวต่อการสูญเสียได้ดีขึ้นยอมรับและแก้ปัญหาได้
- 2) สนใจดูแลตนเอง
- 3) สนใจผู้อื่นและมีความสัมพันธ์ที่ดี
- 4) มีการมองตนในทางบวก มีคุณค่า มีความหวังใหม่

โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder)

ความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นลักษณะที่มีความเด่นชัดของอารมณ์ โดยอาจมีอาการเศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้อ่อนเพลีย อยากรตาย หรืออาจมีอาการดีมากเกินไปเกินปกติ ครั่นคร้าง พุดมากซึ่งอาจเป็น เพียงด้านเดียวหรือสองด้าน ความผิดปกติทางอารมณ์ แบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

- ภาวะซึมเศร้า (Depression)
- ภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania)
- ภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่ง สลับกับอารมณ์เศร้า (Bipolar disorder)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (เพียร์ตี เปี่ยมมงคล, 2556) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ สารสื่อประสาท 5-HT serotonin ยาบางชนิด ฮอร์โมนบางตัว รวมทั้งพันธุกรรม

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม จากการเลี้ยงดู ภาวะวิกฤตในชีวิต การใช้กลไกทางจิตไม่เหมาะสม และความขัดแย้งใจในแต่ละช่วงวัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ การมีความคิดด้านลบ (negative thinking) การมีเหตุการณ์เครียดในชีวิต รวมทั้งการมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติต่างๆ

1. ภาวะซึมเศร้า Depression ซึมเศร้าเป็นภาวะที่จิตใจ หม่นหมอง เศร้า หดหวัง ท้อแท้ มองโลก ในแง่ร้าย การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

Mild depression เบื่อหน่ายเล็กน้อย อารมณ์หดหู่ เศร้าซึม ใช้ชีวิตประจำวันได้

Moderate depression เศร้าต่อเนื่อง ท้อแท้ คิดซ้ำวิตกกังวล เริ่มกระทบการใช้ชีวิตประจำวัน

Severe depression เศร้าต่อเนื่องนาน สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง กังวลสูง นอนไม่หลับ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาจหลงผิด ประสาทหลอน และทำร้ายตนเองได้

กลไกทางจิตที่ผู้ป่วยซึมเศ้ามักใช้

Repression เก็บกดความรู้สึก ไม่พูด เก็บตัว ไม่สนใจไม่พูดถึง

Introjection โทษตัวเองไม่ดี ท้อแท้สิ้นหวัง เป็นมากทำร้ายตนเอง

การรักษา

1. รักษาทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา antidepressant ร่วมกับยา antipsychotic (ถ้ามีอาการทางจิต) รักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย
2. รักษาทางจิต ทำให้จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy)
3. รักษาทางสังคมสิ่งแวดล้อม การสังเกตใกล้ชิด จัดสภาพแวดล้อมปลอดภัย
4. กลุ่มกิจกรรมบำบัด ระบายความรู้สึก ภาพสะท้อน เน้นกิจกรรมที่สร้างความมีคุณค่าในตนเอง

การพยาบาลผู้ผิดปกติทางอารมณ์ที่มีภาวะซึมเศร้า (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2556 ; เอกอุมา อิมคำ, 2560 ; มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เบื่อหน่าย แยกตัว เนื่องจากซึมเศร้า

เป้าหมาย : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่แยกตัว

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า

ด้านร่างกาย

1. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ สระผม ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง
2. กระตุ้นผู้ป่วยให้เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม เช่น สบู่ ผ้าเช็ดตัว เพื่อให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง
3. บันทึกพฤติกรรมและปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยรับประทาน พร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
4. คอยดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นการเดินหรือให้ทำกิจกรรมเล็กน้อยๆ เพื่อป้องกันท้องผูก เป็นต้น
5. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
6. คอยติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า
7. ป้องกันอันตรายที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง ประเมินพฤติกรรม ความคิด คำพูด ท่าทางของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ว่าผู้ป่วยกำลังมีความคิดจะทำร้ายตนเองหรือไม่

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก เช่น ความรู้สึกผิด เศร้า โดยรับฟังอย่างสนใจและเข้าใจความรู้สึก
2. ให้ความเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย โดยการยอมรับและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า
3. ช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะความรู้สึกที่ไม่ดีของตนเอง และให้การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยพูดถึงตนเองในด้านดี

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ให้ผู้ป่วยได้เปิดโอกาสแสดงความรู้สึกหรือความขัดแย้งได้เหมาะสม

5. พยาบาลคุยกับผู้ป่วยอย่างเป็นมิตร ไม่เร่งรีบ ใจเย็น ในการตอบคำถามของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยซึมเศร้ามักพูดคิดซ้ำ

ด้านสังคม

1. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่น ๆ

2. จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้า ควรมีสมาชิกไม่มากเกินไป กิจกรรมที่จัดให้ไม่ควรซับซ้อนเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า

3. คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกิจกรรม ได้ลดเวลาหมกมุ่นอยู่กับตนเอง โดยการจัดตารางกิจกรรมประจำวัน

4. จัดเวลาสำหรับกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ หรือกิจกรรมต่างๆ ของแต่ละศาสนาที่ผู้ป่วยมีความเชื่อ

5. การเรียนรู้ทักษะทางสังคมบางอย่าง เช่น ความกล้าเป็นตัวของตัวเอง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6. จัดกลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2. ภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania) เป็นอารมณ์ครึกครื้น ร่าเริงมากกว่าปกติ มีความสุข มากกว่าปกติ ไม่มี เหตุผล คิดตนเองเป็นใหญ่มีอำนาจ (Grandeur idea delusion) พฤติกรรมมากกว่าปกติ พูดคิดสับสน หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ กิจกรรมเพิ่มสนใจสิ่งใหม่ๆ แปลกๆ พูดมากเสียงดัง ไม่สุภาพ ความคิด การรับรู้อาจผิดปกติ มี Fight of idea สับสนเนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน อาจมีหลงผิดหวาดระแวง ประสาทหลอน พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง เดินไปมาไร้จุดหมาย ไม่กินไม่นอน ชอบสังคมใช้จ่ายมาก สนใจเรื่องเพศ สนใจดูแลตนเองลดลง เอะอะโวยวายอาละวาด เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดย Mania แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Hypomania เป็นอาการคลุ้มคลั่งที่ยังไม่รุนแรงมากนัก แต่อาการอาจทำให้หน้าที่การทำงานเสีย Acute Mania อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าระยะ Hypomania แสดงถึงความบกพร่องหลายด้านและจำเป็นต้องรักษา

กลไกทางจิตที่ผู้มีภาวะคลุ้มคลั่งใช้

1. Repression เก็บกดความรู้สึก
2. Projection การโทษผู้อื่น ทำให้เกิดลักษณะไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว
3. Fantasy สร้างโลกส่วนตัว ประสาทหลอน หลงผิดว่ามีอำนาจ

การรักษา

1. การรักษาโดยใช้ยากลุ่ม Mood Stabilizer กับยา Antipsychotic ให้อาการทางจิตสงบ
2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ส่วนใหญ่ใช้ในกรณีที่การใช้ยาไม่สามารถสงบอาการได้ และระหว่างรอยาออกฤทธิ์
3. การรักษาทางจิตบำบัด การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเมื่ออาการสงบ ให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง เรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาหรือความไม่สบายใจของตนเองในทางที่เหมาะสม
4. การรักษาทางสังคมสิ่งแวดล้อม การกำจัดพฤติกรรม จัดสภาพแวดล้อมปลอดภัย ลดการกระตุ้นอารมณ์ จัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ลดพลังงานหรือใช้ในทางที่เหมาะสม เช่น นันทนาการ ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ครอบครัว เพื่อนร่วมงานและชุมชนมีบทบาทในการช่วยเหลือได้มากในการจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง (เพียร์ตี เปี่ยมมงคล, 2556 ; เอกอุมา อิ่มคำ, 2560 ; มุกข์ตา ผดุงยาม, 2561)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : กิจวัตรประจำวันบกพร่อง

เป้าหมาย : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่ง

ด้านร่างกาย

1. ระวังการทำร้ายตัวเอง การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังสังเกตอาการใกล้ชิด ลดสิ่งกระตุ้น ให้กำลังใจ รับฟังไม่ซ้ำเติม ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเองและการเสริมทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม
2. ดูแลรูปแบบการนอนของผู้ป่วย เมื่อถึงเวลานอน ควรจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาพยาบาล
5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายโดยการวิ่ง แต่ไม่เน้นการแข่งขัน
6. ป้องกันอุบัติเหตุและการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น
7. ถ้าผู้ป่วยได้รับยา Lithium carbonate ต้องเฝ้าระวังระดับ Lithium ในกระแสเลือดและสังเกตอาการข้างเคียง
8. ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยจึงไม่ยอมกินยา จำเป็นต้องพูดคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจ
9. การควบคุมพฤติกรรมรุนแรง เจ้าของกิจการของผู้ป่วย ควรกระทำอย่างนุ่มนวล มีแนวทางปฏิบัติ และการบังคับไม่ควรนำมาใช้

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจรับฟัง แสดงความสนใจต่อผู้ป่วย
2. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองข้อดีของตนเอง แก้ไขข้อด้อย สร้างเป้าหมายในชีวิต

ชีวิต

3. ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาของตนเองและปฏิเสธการเจ็บป่วย การที่จะให้ผู้ป่วยยอมรับ เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวพยาบาล
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความทุกข์ใจต่าง ๆ โดยให้เวลาที่จะฟังผู้ป่วย อย่างเข้าใจ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยการเขียนและวาดภาพ เช่น ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มศิลปะบำบัด

6. ให้แรงเสริม และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

ด้านสังคม

1. จัดตารางในการทำกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยไม่ให้มากเกินไปและคอยติดตามให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมให้สำเร็จ
2. ด้านกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในหอผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อการหมกมุ่นอยู่กับตนเอง
3. ควรจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยทำในระยะเวลานั้นและเป็นกิจกรรมที่ง่าย หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นการแข่งขันหรือเปรียบเทียบ

4. ระวังระวังการถูกกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม เช่น ผู้คนมากมาย หรือเสียงดัง

3. ภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า (Bipolar disorder)

ความผิดปกติอารมณ์แสดงออกในลักษณะเศร้าและคลุ้มคลั่ง อารมณ์ไปมา Mood swing โดยมีช่วงเศร้าโดดเด่นไปจนถึงคลุ้มคลั่ง โดยมีช่วงไม่มีอาการใดๆ คั่นกลาง ส่งผลต่อความคิด การรับรู้ บุคลิกภาพ บางรายมีอาการทางจิตร่วมด้วยลักษณะอาการ ขึ้นกับช่วงนั้นแสดงอาการทางด้านไหน แสดงอาการด้านนั้น

การรักษา

ขึ้นกับอาการในช่วงนั้น รักษาตามอาการด้านนั้น แต่ส่วนใหญ่จะมีการรักษาโดยใช้ยา Mood stabilizer ปรับสมดุลของอารมณ์ไว้

การพยาบาลผู้ที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า (เพียร์ตี เปี่ยมมงคล, 2556 ; เอกอุมา อิ่มคำ, 2560 ; มุกข์ตา ผดุงยาม, 2561)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

เป้าหมาย : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

การปฏิบัติการพยาบาล อารมณ์คลุ้มคลั่ง สลับกับอารมณ์เศร้า
ด้านร่างกาย

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองตามความสามารถ โดยดูแลให้ผู้ป่วย
ทำความสะอาดร่างกายของตนเอง และได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ จัดอาหารที่มีคุณค่าสูง
3. ดูแลสภาพร่างกายทั่วไป เช่น อุณหภูมิ น้ำหนักตัว การขับถ่าย การออกกำลังกาย การ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
4. เก็บวัสดุสิ่งของที่เป็นอันตรายใช้เป็นอาวุธ เช่น มีด แก้ว กระจก เป็นต้น
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่เกิดจากการ
รับประทานยา

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยการใช้เทคนิคการยอมรับ เข้าใจ ไม่ตัดสิน
พฤติกรรมผู้ป่วย
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ พยายามรับฟังให้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้
ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสม
3. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและคน
รอบข้าง เช่น การออกกำลังกาย
4. จำกัดพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือสภาพการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุม
ตนเองได้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลถึงการจำกัดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ
5. ให้คำปรึกษารอบครอบครัวผู้ป่วย เพื่อใจและรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มผู้ที่มีภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะคลุ้มคลั่ง (Mania) และภาวะอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า (Bipolar disorder) พบได้บ่อยและมีความรุนแรงซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษาทางจิตสังคมและการสอนสุขภาพจิตศึกษาในการดูแลตนเอง การจัดการกับความเครียด การจัดการกับอารมณ์ในเชิงบวก และวิธีการแก้ไขปัญหาในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- มุขัณฑ์ตา ผดุงยาม. (2561). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : นิโอดีจิตอล.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- เอกอุมา อิ่มคำ.(2560). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Halter, M.J. (2014). *Vaccarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A
Clinical Approach*. (7th ed.). St.Louis : Saunders/Elsevier.
- Kubler-Ross, E. and Kesster, D. (2007). *On grief and grieving*. New York : Scribner book
company.
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (8th ed.).
Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยชาย 23 ปี สถานภาพสมรส โสด อาชีพ ทำนา ฐานะยากจน ไข้หวัดใหญ่ครั้งที่ 1

การวินิจฉัยโรค : Severe Depression with Psychosis

อาการสำคัญ : 1 วันก่อนมา รพ. นอนไม่หลับ บ่นอยากตาย พยายามฆ่าตัวตาย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องอืด บ่นอยากตายใช้ขวดตีศีรษะตนเอง ใช้เชือกจะผูกคอ ญาติช่วยไว้ทันแต่ไม่ได้พาไปรักษาที่ไหน

1 วัน ก่อน รับประทานยา 60 เม็ด ไม่ทราบว่าเป็นยาอะไร ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาลมีอาการซึมเศร้า ใช้ขวดเครื่องดื่มบำรุงกำลังตีศีรษะตนเองเป็นรอยบวมโน ใช้เชือกผูกคอ ญาติช่วยกันห้ามไว้ทันและนำตัวส่งโรงพยาบาลจิตเวช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ ไฟไหม้บริเวณแขนขา ซ้ำและหน้าท้องรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดนาน 3 เดือน ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ ไม่มีประวัติชัก

การรักษาที่ได้รับ :

- Amitriptyline 25 mg. 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร และ 2 เม็ด ก่อนนอน
- Benzhexal 2 mg. 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร
- Perphenazine 16 mg. 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ผล CBC, U/A ปกติ

การตรวจประเมินทางจิต : ผลการประเมิน 2Q เท่ากับ 2 , 9Q เท่ากับ 23 คะแนน, 8Q เท่ากับ 21 คะแนน ผลการทำ Psychological Test พบว่า ผู้ป่วยยังมีร่องรอยของ Psychotic sign อยู่บ้างแต่น้อยมาก โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถ contact reality ได้ แต่ถ้ากระตุ้นมากๆจึงจะแสดงความผิดปกติออกมา สำหรับ Depressive sign พบว่า ผู้ป่วยมีอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก จึงก็น่าจะยังต้องระวังเรื่อง Suicide อยู่

ประเด็นในการมอบหมายงานให้นักศึกษาวิเคราะห์

1. จากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นักศึกษาจะพบความผิดปกติด้านใดบ้าง ให้ระบุ
2. ให้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยรายนี้
3. หาแนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ พร้อมระบุเหตุผล

ตัวอย่างแบบทดสอบบทที่ 2

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ลักษณะของบุคคลในข้อใดที่ถือว่ามีภาวะทุกข์โศกผิดปกติ
 1. ภรรยาร้องไห้คร่ำครวญถึงสามีที่เสียชีวิตไปเมื่อ 2 ปีที่แล้ว
 2. ลูกสาวรู้สึกคิดถึงมารดาและร้องไห้เมื่อดูภาพของมารดาที่เสียชีวิตไปเมื่อ 3 ปีก่อน
 3. สามีนำดอกไม้ไปวางที่หลุมศพของภรรยาทุกวันก่อนไปทำงานตลอด 1 ปีที่ภรรยาเสียชีวิต
 4. มารดาตักบาตรทุกวันเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้ลูกชายที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา
2. หญิงสาวคนหนึ่ง ร้องกรี๊ดและพูดว่า “ไม่จริง ฉันไม่เชื่อ” เมื่อทราบว่าบ้านของตนถูกไฟไหม้เสียหายทิ้งหลัง ปฏิกริยาต่อการสูญเสียของหญิงรายนี้ตรงกับข้อใดตามแนวคิดของ คูเบอร์-รอส
 1. Anger
 2. Denial
 3. Bargaining
 4. Depression
3. ผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึม ร้องไห้ตลอดเวลา ไม่ดูแลตนเอง ไม่ยอมกินข้าว ปฏิเสธการรวมกลุ่มกับเพื่อน บ่นคนเดียวบ่อยๆว่า “อยู่ไปก็ไม่มีความหมาย ไม่รู้จะต้องอยู่ไปทำไม” จุดมุ่งหมายเร่งด่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ คือ ข้อใด
 1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นๆ
 2. ป้องกันการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย
 3. การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 4. ป้องกันอันตรายทั้งชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น
4. กิจกรรมในข้อใดที่เหมาะสมที่จัดให้ผู้ป่วยซึมเศร้าและมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ
 1. ทายปัญหา
 2. อ่านข่าวหนังสือพิมพ์
 3. แข่งขันกีฬาที่สนุกสนาน
 4. ต่อภาพจิกซอร์จำนวน 6-10 ชิ้น
5. ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย Bipolar, manic episode คือ ข้อใด
 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
 2. ใช้กลไกทางจิตไม่เหมาะสม
 3. สัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง
 4. เสี่ยงต่อการทำร้ายหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 3 (3 ชั่วโมง)

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท

- 1) การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านเพศ (Sexual disorder)
 - 1.1 ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ (Sexual dysfunction)
 - 1.2 ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศ (Sexual deviation) หรือกามวิปริต (Paraphillia)
 - 1.3 ความไม่พอใจในเพศตัวเอง (Gender Dysphoria)
- 2) การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านการกิน
 - 2.1 อดอาหารเรื้อรัง (Anorexia Nervosa)
 - 2.2 บูลิเมีย เนอโวซา (Bulimia Nervosa)

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากหลังการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

- 1) จำแนกความผิดปกติด้านเพศแต่ละชนิดได้อย่างถูกต้อง
- 2) ระบุถึงแนวทางให้การพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ที่มีความผิดปกติด้านเพศแต่ละชนิดได้อย่างถูกต้อง
- 3) แยกประเภทของความผิดปกติด้านการกินแต่ละชนิดได้ถูกต้อง
- 4) บอกแนวทางในการให้การพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ที่มีความผิดปกติด้านการกินได้ถูกต้อง

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

- 1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
- 2) ศึกษาสถานการณ์จำลอง
- 3) ทดสอบย่อย

4. สื่อการเรียนการสอน

- 1) PowerPoint
- 2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT e - Learning

5. การวัดผลและการประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
- 2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 3) การทดสอบย่อย

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน

ในบทนี้จะกล่าวถึงความผิดปกติทางเพศ (Sexual disorders) ซึ่งแบ่งได้ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ (Sexual dysfunction) 2) ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศหรือกามวิปริต (Paraphillia) และ 3) ความไม่พอใจในเพศตัวเอง (Gender Dysphoria) ส่วนความผิดปกติด้านการกิน นั้น ประกอบด้วย 1) อดนอนเร็กเซีย (Anorexia Nervosa) และ 2) บูลิเมียเนอโวซา (Bulimia Nervosa) ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความผิดปกติทางเพศ (Sexual disorders)

เพศสัมพันธ์ เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั่วไป เพราะเป็นการสืบทอดเผ่าพันธุ์ให้ดำรงอยู่ การมีกิจกรรมทางเพศจึงมีความสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมนี้อาจเกิดความผิดปกติในบุคคลบางคน ทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่กล้าที่จะเปิดเผย หรือปรึกษาผู้ใดเพื่อการรักษา หรือการแก้ไขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยที่มีทัศนคติ และค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องที่บุคคลส่วนใหญ่ต้องปิดบัง พูดในที่ลับเฉพาะ ไม่ควรพูดให้บุคคลที่สามรับรู้ โดยบางครั้งอาจเปิดเผยได้เฉพาะกับคู่ของตนเองเท่านั้น ซึ่งผลกระทบที่ตามมาคือ ความทุกข์ทรมานและไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยเหตุนี้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมักขอคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ จึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีศักยภาพด้านการดูแล ให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเพศ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเพศ จึงมีความสำคัญ สำหรับพยาบาลในการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อผู้ป่วยที่ต้องการคำปรึกษาต่อไป

ภาวะบกพร่องต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเพศ สามารถจัดเข้าอยู่ในกลุ่มโรคด้านจิตเวชตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) ของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) ได้ดังนี้

1. Sexual Dysfunctions
 - 1.1 Delayed Ejaculation
 - 1.2 Erectile Disorder
 - 1.3 Female Orgasmic Disorder
 - 1.4 Female Sexual Interest/ Arousal Disorder
 - 1.5 Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder
 - 1.6 Male Hypoactive Sexual Desire Disorder
 - 1.7 Premature (Early) Ejaculation

2. Paraphilias (Sexual Deviation)
 - 2.1 Voyeuristic Disorder
 - 2.2 Exhibitionistic Disorder
 - 2.3 Frotteuristic Disorder
 - 2.4 Sexual Masochism Disorder
 - 2.5 Sexual Sadism Disorder
 - 2.6 Pedophilic Disorder
 - 2.7 Fetshistic Disorder
 - 2.8 Tranvestic Disorder
 - 2.9 Other Specified Paraphilic Disorder
 - 2.10 Unspecified Paraphilic Disorder
3. Gender Dysphoria (Gender Identity Disorder)
 - 3.1 Gender Dysphoria in Children
 - 3.2 Gender Dysphoria in Adolescents and Adults

1. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ (sexual dysfunction)

ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ (Sexual Dysfunctions) เป็นลักษณะของความบกพร่องในขั้นตอนของวงจรการตอบสนองของอวัยวะเพศสัมพันธ์ (Sexual response cycle) หรือมีความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ วงจรการตอบสนองของอวัยวะเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยระยะต้องการ (Desire) ระยะตื่นตัว (Excitement) ระยะถึงจุดสุดยอด (Orgasm) และระยะกลับคืน (Resolution) ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ จะมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านจิตใจ โดยเกิดความเครียด การปรับตัวในการเผชิญปัญหา และมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพ

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Sexual Dysfunctions ตาม DSM V (APA, 2013) มีดังนี้

1. Delayed Ejaculation (ภาวะหลั่งน้ำอสุจิช้าผิดปกติ)

A. ทั้งอาการที่ตามมาจะต้องมีอาการเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 75-100) ที่เกิดขึ้นของการร่วมเพศ และโดยบุคคลนั้นไม่ได้มีความต้องการที่จะหลั่งล่าช้า ดังนี้

1. การหลั่งน้ำอสุจิล่าช้าอย่างชัดเจน
2. การหลั่งน้ำอสุจิไม่เกิดบ่อย หรือไม่มีการหลั่งน้ำอสุจิอย่างชัดเจน

B. อาการในข้อ A. เกิดขึ้นอย่างน้อยประมาณ 6 เดือน

C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ

D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้นโดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดอื่น ๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

2. Erectile Disorder (ความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศ)

A. พบอย่างน้อย 1 อาการจาก 3 อาการจะต้องมีอาการเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด (ประมาณ 75%-100%) ของโอกาสในการร่วมเพศ ดังนี้

1. มีความยากอย่างชัดเจนในการแข็งตัวของอวัยวะเพศในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์

2. มีความยากอย่างชัดเจนในการดำเนินการแข็งตัวของอวัยวะเพศต่อไปจนกระทั่งเสร็จสิ้นกิจกรรมทางเพศ

3. มีการลดลงอย่างชัดเจนของการแข็งตัวได้ของอวัยวะเพศ

B. อาการในข้อ A. เกิดขึ้นอย่างน้อยประมาณ 6 เดือน

C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ

D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้นโดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดอื่น ๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

3. Female Orgasmic Disorder (ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกถึงจุดสุดยอดในผู้หญิง)

A. แสดงทั้งอาการที่ตามมาและพฤติกรรมเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด (ประมาณ 75%-100%) ของโอกาสในการร่วมเพศ ดังนี้

1. มีความล่าช้า หรือความรู้สึกถึงจุดสุดยอดไม่บ่อยอย่างชัดเจน หรือการไม่มีความรู้สึกถึงจุดสุดยอด

2. มีการลดลงอย่างชัดเจนของความรู้สึกถึงจุดสุดยอด

3. มีการลดลงอย่างมากของความรู้สึกถึงจุดสุดยอด

B. อาการในข้อ A. ยังคงอยู่อย่างน้อยประมาณ 6 เดือน

C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ

D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้นโดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง (การใช้ความรุนแรงของคู่นอน) หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดอื่น ๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

4. Female Sexual Interest/ Arousal Disorder (ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกตื่นตัวทางเพศในผู้หญิง)

A. การขาด หรือการลดลงอย่างมีนัยสำคัญต่อความสนใจหรือการตื่นตัวด้านเพศโดยแสดงให้เห็นอย่างน้อย 3 อาการ ดังนี้

1. ไม่มี หรือความสนใจลดลงเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ
2. ไม่มี หรือความสนใจลดลงเกี่ยวกับความคิดเรื่องเพศ การกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ หรือจินตนาการทางเพศ
3. ไม่มี หรือลดการเริ่มต้นในการมีกิจกรรมทางเพศ การไม่รับรู้เกี่ยวกับการที่คู่นอนพยายามเล่าโลมเพื่อเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์
4. ไม่มีหรือความตื่นตัวทางเพศลดลง หรือความพึงพอใจทางเพศในระหว่างมีกิจกรรมทางเพศในเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 75-100) ขณะกำลังมีกิจกรรมทางเพศ
5. ไม่มี หรือความสนใจเกี่ยวกับการตอบสนองเรื่องเพศลดลงทั้งภายในและภายนอกของการบอกเป็นนัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ/สิ่งกระตุ้นทางเพศ (เช่น การเขียน คำพูด การมองเห็น)
6. ไม่มี หรือความสนใจลดลงต่ออวัยวะสืบพันธุ์และที่ไม่ใช่อวัยวะสืบพันธุ์ ในระหว่างการมีกิจกรรมทางเพศในเกือบทั้งหมด หรือทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 75-100) ของการปฏิบัติการทางเพศ
 - B. อาการในข้อ A. ยังคงอยู่อย่างน้อยประมาณ 6 เดือน
 - C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ
 - D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้น โดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง (การใช้ความรุนแรงของคู่นอน) หรือสิ่งที่ไม่ให้ความเครียดอื่น ๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

5. Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder (อาการเจ็บปวดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเชิงกราน)

- A. ยังคงมีอุปสรรค หรือเกิดซ้ำๆ ของอาการ 1 อาการหรือมากกว่า ดังนี้
 1. การสอดใส่ทางช่องคลอดในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์
 2. มีความเจ็บปวดบริเวณปากช่องคลอดและช่องคลอด หรือความเจ็บปวดเชิงกรานอย่างชัดเจนในระหว่างการร่วมเพศทางช่องคลอด หรือระหว่างการพยายามที่จะสอดใส่
 3. มีความกลัวอย่างชัดเจนหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดบริเวณปากช่องคลอดและช่องคลอด หรือความเจ็บปวดเชิงกรานในระหว่างการสอดใส่ทางช่องคลอด
 4. มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเชิงกรานด้านในอย่างชัดเจน ในระหว่างการพยายามที่จะสอดใส่
- B. อาการในข้อ A. ยังคงอยู่อย่างน้อยประมาณ 6 เดือน
- C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ
- D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้น โดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง (การใช้ความรุนแรงของคู่นอน) หรือสิ่งที่ไม่ให้ความเครียดอื่นๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

6. Male Hypoactive Sexual Desire Disorder (การมีความต้องการทางเพศน้อยผิดปกติในผู้ชาย)

A. การเกิดเป็นประจำหรือการเกิดซ้ำของการไม่มีความคิดหรือจินตนาการทางเพศ และความต้องการที่จะร่วมเพศ การตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ดำเนินการโดยแพทย์ผู้รักษาจะดูปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการทางเพศ เช่น อายุ บริบททางสังคมวัฒนธรรมในชีวิตของบุคคลนั้น

B. อาการในข้อ A. ยังคงอยู่อย่างน้อยประมาณ 6 เดือน

C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ

D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้นโดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดอื่น ๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

7. Premature (Early) Ejaculation (ภาวะหลั่งน้ำอสุจิเร็วผิดปกติ)

A. การเกิดเป็นประจำหรือการเกิดซ้ำของการหลั่งน้ำอสุจิในระหว่างการร่วมเพศประมาณ 1 นาทีหลังการสอดใส่ของคชาตเข้าสู่ช่องคลอด หรือเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลนั้นต้องการ

B. อาการในข้อ A. จะต้องแสดงอย่างน้อย 6 เดือน และจะต้องเป็นเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด (ประมาณ 75%-100%) ที่เกิดขึ้นของการร่วมเพศ

C. อาการในข้อ A. เป็นสาเหตุที่สำคัญทางคลินิกที่ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บปวดทางจิตใจ

D. ความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ ไม่ได้รับการอธิบายที่ดีขึ้น โดยความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านเพศ หรือผลของปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพที่รุนแรง หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดอื่น ๆ และไม่ใช้ผลของยาหรือสารอื่น

ระบาดวิทยา (กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลรักษ์, 2558)

ปัญหาที่พบบ่อยในเพศหญิงได้แก่ low sexual interest และ difficulty with orgasm ส่วนปัญหาในเพศชายได้แก่ low sexual interest และ premature ejaculation ประมาณกันว่าปัญหาทางเพศเกิดขึ้นบ่อยกว่าที่เราคิดกันมาก แต่เราไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะมีผู้ที่มีปัญหาทางเพศมากน้อยเพียงใด เพราะเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนเรายังไม่เปิดเผยแม้ในสังคมตะวันตกก็ตาม

สาเหตุ (กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลรักษ์, 2558)

ปัญหาทางเพศอาจมีสาเหตุจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช หรืออาจเกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคต่าง ๆ ได้ ดังนี้

โรค	ความผิดปกติ
Arteriosclerosis, Hypertension, Rectal resection	Erectile Disorder
Myocardial infarction, Epilepsy	Male Hypoactive Sexual Desire Disorder
Diabetes	Erectile Disorder, Male Hypoactive Sexual Desire Disorder, and Female Sexual Interest/ Arousal Disorder
Pelvic or Genital infection, Vaginal operations, Episiotomy	Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder
Prostatectomy	Erectile Disorder
ยา	ความผิดปกติ
Antihypertensive, Diuretics, Tricyclic antidepressants	Erectile Disorder
Hypnotics and Minor tranquilizers	Male Hypoactive Sexual Desire Disorder
Propranolol	Erectile Disorder, Male Hypoactive Sexual Desire Disorder

สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยทางจิตสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและส่งผลต่อความบกพร่องในหน้าที่ทางเพศได้ ได้แก่

- การขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง
- ความกังวลเวลามีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวว่าจะทำได้ไม่ถูกใจภรรยา กลัวตั้งครรภ์ กลัวเจ็บ
- ความเคยชิน เช่น ก่อนแต่งงานร่วมเพศกับโสเภณีต้องรีบทำให้หลั่งสุจี้เร็ว
- เทคนิคไม่ถูกต้อง เช่น เล้าโลมน้อยเกินไป ไม่มีการบอกกันว่าชอบหรือไม่ชอบอย่างไร

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความเชื่อทางศาสนา การถูกทารุณกรรมทางเพศ ความเหนียวแน่นจากการเลี้ยงลูก ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลผิดปกติ ความขัดแย้งด้านสัมพันธ์ภาพและความโกรธกับคู่ตนเอง รูปลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับอายุภาวะสุขภาพ การผ่าตัด และน้ำหนักร่างกาย ประสบการณ์เกิดความเจ็บปวดเวลาร่วมเพศ เป็นต้น

แนวทางการดูแลรักษา (กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลารักษ์, 2558)

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศ ต้องพยายามพิจารณาว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรคทางกายได้หรือไม่โดยมีแนวทางดังนี้

หากได้ประวัติว่ายังสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติในบางสถานการณ์ (Situational) เช่น ยังมีการแข็งตัวขององคชาติในขณะที่หลับหรือเวลาเพิ่งตื่นนอน สามารถสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองได้

หรือสามารถมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นได้ โอกาสที่จะเป็นโรคทางกายก็จะน้อยลง แต่หากมีปัญหาทางเพศในทุกสถานการณ์ (Generalized) อาจเป็นปัญหาที่เกิดจากร่างกายหรือจิตใจก็ได้

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศควรตรวจร่างกายโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีปัญหาเรื่องความเจ็บปวดเวลามีกิจกรรมทางเพศ (Dyspareunia) ส่วนการตรวจพิเศษอื่นๆควรพิจารณาข้อบ่งชี้เป็นรายๆไป

เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะไม่มีปัญหาทางกายที่เป็นสาเหตุของปัญหาทางเพศ ขั้นตอนต่อไปคือซักประวัติความสัมพันธ์ทั่วไประหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส เนื่องจากปัญหาทางเพศอาจเกิดจากปัญหาระหว่างคู่สมรสได้และการรักษาจะได้ผลไม่ดีหากปัญหาระหว่างคู่สมรสยังคงอยู่ ความเครียดในเรื่องอื่นๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นกัน

ขั้นตอนต่อไปคือพยายามค้นหาและแก้ไขความเข้าใจของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษา ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษาที่พบบ่อยมีมากมาย การแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องจะสามารถแก้ปัญหาทางเพศของผู้ป่วยไปได้จำนวนหนึ่ง

ขั้นตอนต่อไปคือ การฝึก Sensate focus exercise การฝึกนี้เป็นพื้นฐานในการรักษาปัญหาทางเพศทุกชนิด แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะแรก (Non-genital sensate focus exercise) จะไม่อนุญาตให้มีการสัมผัสอวัยวะเพศและเต้านมของคู่สมรส และไม่ให้มีการร่วมเพศ ทั้งนี้เพื่อให้คู่สมรสได้เรียนรู้ว่านอกจากอวัยวะเพศและเต้านมแล้ว การสัมผัสส่วนอื่นของร่างกายก็สามารถทำให้เกิดอารมณ์และความสุขทางเพศได้เช่นกัน และยังเป็นการลดความกังวลเกี่ยวกับการสัมผัสอวัยวะเพศและการร่วมเพศอีกด้วย ถ้าระหว่างฝึกคู่สมรสมีความต้องการทางเพศสูงมากให้สำเร็จความใคร่ด้วยตนเองแทน

ระยะต่อไป (Genital sensate focus exercise) จะอนุญาตให้มีการสัมผัสอวัยวะเพศและเต้านมได้ เพื่อให้เริ่มเรียนรู้ว่าจะกระตุ้นอวัยวะเพศและเต้านมอย่างไรจึงจะเป็นที่พอใจ ในระยะนี้ยังไม่อนุญาตให้คู่สมรสร่วมเพศเช่นกัน

เมื่อปฏิบัติได้ดีจึงจะอนุญาตให้มีการร่วมเพศจริงๆหลังจากมีการเล่าโลมตามวิธีที่ได้ฝึกปฏิบัติตามจนเกิดความตื่นตัวทางเพศดีแล้ว

นอกจากการฝึก Sensate focus exercise แล้วการฝึกอีกอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์กับปัญหาทางเพศทุกชนิดคือการฝึกขมิบกล้ามเนื้อหูรูด (Pubococcygeal or PC muscle exercise; Kegel's exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงซึ่งจะทำให้ช่องคลอดกระชับและเกิดความรู้สึกดีขึ้น ส่วนในผู้ชายก็จะทำให้การแข็งตัวดีขึ้นและความรู้สึกสุดยอดรุนแรงขึ้น

หลังจากได้แก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศศึกษา ฝึกหัด Sensate focus exercise และฝึกขมิบกล้ามเนื้อหูรูดแล้ว จะแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีการจำเพาะในการรักษาปัญหาทางเพศแต่ละชนิด ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

Type of sexual dysfunctions	เทคนิคที่ใช้
Erectile dysfunction	พยายามฝืนไม่ให้อวัยวะเพศมีการแข็งตัวขณะที่มีการเล้าโลมทางเพศ (Paradoxical intention) และเปลี่ยนการเล้าโลมเป็นการร่วมเพศอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกๆให้ฝ่ายหญิงอยู่ด้านบน (Woman on top)
Retarded ejaculation	เริ่มจากสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองโดยให้ฝ่ายหญิงอยู่ด้วยและหลังอสุจินอกช่องคลอด ครั้งต่อ ๆ มาให้หลังอสุจิใกล้ช่องคลอดขึ้นเรื่อย ๆ ต่อมาให้สอดใส่เมื่อใกล้หลังอสุจิเพื่อให้มีการหลังในช่องคลอดต่อจากนั้นให้สอดใส่ก่อนใกล้การหลังให้นานขึ้นเรื่อย ๆ
Female orgasmic dysfunction	สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง อาจใช้ vibrator ช่วยลดความคาดหวังทางเพศลง ใช้ทำฝ่ายหญิงอยู่ด้านบนในการร่วมเพศ
Premature ejaculation	ทำหยุดๆ (Stop-start technique) บีบปลายหรือโคนองคชาติเมื่อใกล้หลังอสุจิ (Squeeze technique) ใช้ทำฝ่ายหญิงอยู่ด้านบนในการร่วมเพศ ใช้ถุงยางอนามัยแบบหนา

2. ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศหรือกามวิปริต (Sexual deviation or Paraphilias)

ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศหรือ "กามวิปริต" เป็นปัญหาทางเพศอีกแบบหนึ่ง ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้มีการตื่นตัวทางเพศได้ด้วยสิ่งเร้าที่เบี่ยงเบนไปจากคนทั่ว ๆ ไปเป็นประจำ (นานกว่า 6 เดือน) จนเกิดปัญหาภาวะเบี่ยงเบนทางเพศมีหลายชนิด ตามตารางต่อไปนี้ (กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลารักษ์, 2558)

ความผิดปกติ	ลักษณะความผิดปกติ
Exhibitionistic Disorder (Exhibitionism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการอวดอวัยวะเพศให้คนแปลกหน้าเพศตรงข้าม
Voyeuristic Disorder (Voyeurism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการแอบดูผู้อื่นเปลือยกายหรือร่วมเพศ
Frotteuristic Disorder (Frotteurism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการถูไถอวัยวะเพศกับคนเพศตรงข้ามที่ยังสวมใส่เสื้อผ้าอยู่และไม่ได้ยินยอม
Sexual masochism disorder (masochism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศเมื่อตนเองเจ็บปวดหรือเกิดความทุกข์ทรมาน

ความผิดปกติ	ลักษณะความผิดปกติ
Sexual sadism disorder (sadism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการทำให้ผู้อื่นเจ็บปวดหรือเกิดความทุกข์ทรมาน
Fetshistic Disorder (Fetishism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศกับวัตถุที่ไม่ได้ใช้เพื่อกิจกรรมทางเพศ
Tranvestic Disorder (Transvestic fetishism)	การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการสวมใส่เครื่องแต่งกายของเพศตรงข้าม
Pedophilic Disorder (Pedophilia)	การเกิดอารมณ์ทางเพศกับเด็ก (อายุไม่เกิน 13 ปี)

สาเหตุ มักเกิดจากการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผิดปกติแต่ก็มีบางรายงานว่าพบภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยโรคคลมชักหรือในผู้ที่มีอาการผิดปกติของสมองเล็กน้อย ๆ เช่นมี Dyslexia, Abnormal EEG

แนวทางการรักษา (กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลารักษ์, 2558)

จิตบำบัดเพื่อให้ความเข้าใจตนเองมากขึ้น

พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เป็ยงเบน เทคนิคที่ใช้บ่อยคือ

- Orgasmic reconditioning: ให้ผู้ป่วยสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองโดยจินตนาการถึงสิ่งที่ตนชอบ แล้วให้เปลี่ยนจินตนาการเป็นคนเพศตรงข้ามเมื่อใกล้ถึงจุดสุดยอดทุกครั้ง ต่อมาค่อยๆเปลี่ยนจินตนาการก่อนถึงจุดสุดยอดเร็วขึ้นเรื่อยๆ

- Covert sensitization: ให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสิ่งที่ตนชอบแล้วให้นึกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวเข้ามาขัดจังหวะ เช่น ผู้ป่วยชายที่เป็น Homosexualism ให้จินตนาการว่ากำลังมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายแล้วอยู่ๆภรรยาซึ่งไม่รู้เรื่องก็เปิดประตูเข้ามาเจอ

เพศบำบัด (sex therapy) เพื่อแก้ไขภาวะบกพร่องทางเพศต่อพฤติกรรมทางเพศแบบที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป

ยาต้านฮอว์โมนเพศชาย (Antiandrogens) เพื่อลดความต้องการทางเพศได้แก่ Cyproterone acetate (Androcur, Diane), Medroxyprogesterone acetate (Depo Provera) ยาทางจิตเวชเพื่อรักษาภาวะทางจิตเวชที่อาจเกิดร่วมด้วย เช่น Psychosis, Depression

3. ความไม่พอใจในเพศตัวเอง (Gender Dysphoria)

ความไม่พอใจในเพศตัวเอง (Gender Dysphoria) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความคิดและความปรารถนาที่จะเป็นเพศตรงข้าม โดยมีความไม่สบายใจกับเพศกำเนิดของตนเอง ทำให้เกิดความทรมานทางจิตใจ ความบกพร่องทางสังคม อาชีพ และการทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ เดิมจะใช้คำว่า ความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity disorder)

Transsexual หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแปลงเพศเป็นเพศตรงข้ามแล้วโดยศัลยกรรม
 Transvestite หมายถึง บุคคลที่แต่งตัว ประพฤติตัว และแสดงบทบาทเหมือนเพศตรง
 ข้าม ไม่มีความต้องการที่จะเป็นตามเพศกำเนิดของตนเอง

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Gender Dysphoria ตาม DSM V (APA, 2013) มีดังนี้

1. Gender Dysphoria in Children

A. มีความไม่สอดคล้องอย่างมากระหว่างพฤติกรรม/การแสดงออกทางเพศกับเพศของตนเอง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และแสดงให้เห็นอย่างน้อย 6 ข้อ ดังนี้

1. มีความต้องการอย่างมากที่จะเป็นเพศตรงข้าม หรือยืนยันว่าตนเป็นเพศตรงข้าม
2. เด็กผู้ชายชอบอย่างมากที่จะแต่งตัวเลียนแบบผู้หญิง หรือในเด็กผู้หญิงชอบอย่างมากที่จะแต่งตัวที่แสดงถึงความเป็นผู้ชาย และปฏิเสธสิ่งที่จะแต่งตัวเป็นผู้หญิง
3. มีความชอบอย่างมาก ที่จะแสดงบทบาทของเพศตรงข้ามทั้งในการเล่นต่างๆและการเล่นที่ต้องใช้ความคิดฝัน
4. มีความชอบอย่างมากเกี่ยวกับของเล่น เกมส์ และกิจกรรมที่เป็นของเพศตรงข้าม
5. มีความชอบอย่างมากที่จะมีเพื่อนเล่นที่เป็นเพศตรงข้าม
6. เด็กผู้ชายจะปฏิเสธอย่างสิ้นเชิงสำหรับของเล่น เกมส์ กิจกรรมที่เป็นของเด็กชาย และหลีกเลี่ยงการเล่นหอคะเมน ตีลังกา ส่วนในเด็กผู้หญิงจะปฏิเสธอย่างสิ้นเชิงสำหรับของเล่น เกมส์ กิจกรรมที่เป็นของเด็กหญิง
7. ไม่ชอบอย่างมากในสรีระร่างกายของตนเอง
8. มีความต้องการอย่างมากที่จะมีลักษณะทางเพศทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่เป็นเพศตรงข้าม

B. สถานการณ์ที่สัมพันธ์กับความเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือมีความบกพร่องในสังคม โรงเรียน หรือสถานที่ที่สำคัญที่แสดงออกถึงหน้าที่

2. Gender Dysphoria in Adolescents and Adults

A. มีความไม่สอดคล้องอย่างมากระหว่างพฤติกรรม/การแสดงออกทางเพศ กับเพศของตนเอง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และแสดงให้เห็นอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้

1. มีความไม่สอดคล้องอย่างมากต่อพฤติกรรม/ การแสดงออกทางเพศ และลักษณะทางเพศระดับปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิ(ในวัยรุ่น จะเริ่มมีลักษณะทางเพศระดับทุติยภูมิ)
2. มีความต้องการอย่างสูงที่จะกำจัดลักษณะทางเพศระดับปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิ เพราะมีความไม่สอดคล้องอย่างมากกับพฤติกรรม/ การแสดงออกทางเพศ (ในวัยรุ่น มีความต้องการที่จะหยุดพัฒนาการของร่างกายที่จะแสดงลักษณะทางเพศระดับทุติยภูมิออกมา)

3. มีความต้องการอย่างสูงที่จะมีลักษณะของเพศตรงข้ามระดับปฐมภูมิ และ/ หรือหัตถิภูมิ
4. มีความต้องการอย่างมากที่จะเป็นเพศตรงข้าม
5. มีความต้องการอย่างมากที่จะกระทำตนเป็นเพศตรงข้าม
6. มีความเชื่ออย่างแรงกล้าว่าตนเองมีความรู้สึก และปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะเดียวกับเพศตรงข้าม

B. สถานการณ์ที่สัมพันธ์กับกับความเป็ยงเบนอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก หรือมีความบกพร่องในสังคม โรงเรียน หรือสถานที่ที่สำคัญที่แสดงออกถึงหน้าที่

สาเหตุ (O'Brien, Kennedy, Ballard, 2013)

ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน บ้างบอกว่าเกิดจากความแตกต่างของสรีรวิทยาของระบบประสาท การเปลี่ยนแปลงของ Hypothalamus ส่วนหน้า และจากการตรวจ MRI พบว่า มีความแตกต่างของ Gray matter และ White matter ระหว่างคนปกติและผู้ที่มีภาวะ Gender Dysphoria

แนวทางการรักษา (กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลารักษ์, 2558)

1. จิตบำบัด (Psychotherapy)
2. Hormones therapy
3. การผ่าตัดด้านศัลยกรรม ใช้เทคนิคในการสร้างช่องคลอด (Vaginal barrel) หรือองคชาติ (Penis) ขึ้นมา

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศโดยใช้กระบวนการพยาบาล (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2554 ; นกวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558 ; Ackley, et al.,2017) ดังนี้

1. **การประเมินภาวะสุขภาพ** การสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางเพศเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องระวังความรู้สึกของผู้ป่วย และพยาบาลเองต้องมีความเข้าใจและเจตคติที่ดีในเรื่องเพศและการเจ็บป่วยบกพร่องของผู้ป่วย มีท่าทีที่เข้าอกเข้าใจมีบรรยากาศที่ช่วยให้สบายใจในการพูดคุย หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปลายปิดที่รู้คำตอบเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกที่จะตอบหรือไม่

การประเมินโดยพัฒนาตามแบบประเมิน 11 แบบแผน ของ Gordon ดังนี้

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern) ส่วนมากผู้ที่มี Gender identity disorder ไม่ต้องการการบำบัดรักษา นอกจากเขาจะมีความทุกข์ที่รู้สึกว่าเกิดมาผิดเพศ และต้องการฮอร์โมนหรือการผ่าตัดเปลี่ยนเพศ แต่สำหรับ Sexual dysfunction จะรู้ว่าตนมีปัญหา และต้องการการบำบัดรักษา

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern) ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในรายที่วิตกกังวลมาก หรือซึมเศร้า

3. แบบแผนการขับถ่าย (Elimination pattern) พิจารณาในแต่ละรายไป
4. แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern) จะมีปัญหาในรายที่ท้อแท้ ซึมเศร้า จึงควรพิจารณาในแต่ละรายไป
5. แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ (Sleep-rest pattern) ในรายที่มีความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า จะมีนอนไม่หลับได้
6. แบบแผนการรู้คิด การรับรู้ และการสื่อสาร (Cognitive-perceptual-communication pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศส่วนมากมีหรือได้รับความรู้ทางเพศศึกษาไม่ถูกต้อง และมักจะไม่กล้าสื่อสารตามความรู้สึกหรือต้องการที่แท้จริงของตนเอง
7. แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self perception - self concept – emotional status pattern) ผู้ที่มี Sexual dysfunction มักคิดว่าตนเป็นคนไม่มีคุณค่า มีอารมณ์วิตกกังวล (Anxiety) ซึมเศร้า (Depression) ผู้ที่มี Gender identity disorder ไม่ต้องการเพศของตัวเอง อาจมีอาการไม่คงที่ หรือวิตกกังวล (Anxiety) ซึมเศร้า (Depression) ได้เช่นกัน
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship pattern) เรื่องของบทบาทผู้ที่มี Gender identity disorder จะแสดงบทบาทของเพศตรงข้าม ส่วนผู้ที่มี Sexual dysfunction บางรายอาจมีการแสดงบทบาทไม่เหมาะสม และจากการที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศแสดงบทบาทไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะกับคู่ครองได้
9. แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศมีความไม่สมหวังในแบบแผนทางเพศ และส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการเจริญพันธุ์
10. แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศบางรายมีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม มีการทำร้ายตนเองได้
11. แบบแผนคุณค่า ความเชื่อ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Value-belief-spiritual pattern) พิจารณาในแต่ละรายไป ซึ่งมักจะมีปัญหาทุกข้อในการครองชีวิตคู่

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม NANDA Nursing Diagnoses ที่พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ ได้แก่

1. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง
2. ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา
3. การสื่อสารด้วยวาจาบกพร่อง
4. วิตกกังวล
5. ภาวะซึมเศร้า

6. การนับถือคุณค่าในตนเองต่ำ
7. ภาพลักษณ์แปรปรวน
8. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
9. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง
10. การทำหน้าที่ในครอบครัวบกพร่อง
11. แบบแผนการแสดงออกทางเพศไม่มีประสิทธิภาพ
12. การแสดงบทบาททางเพศบกพร่อง
13. การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ
14. การมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ฯลฯ

การระบุข้อมูลสนับสนุนการเกิดปัญหาให้ชัดเจนทั้ง Objective data และ Subjective data

เช่น Objective data : แสดงท่าทางรังเกียจคู่ครอง

แต่งกายแบบเพศตรงข้าม

เด็กหญิงเล่นชกต้อย

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “ฉันเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์”

เด็กชายพูดว่า “หนูเป็นผู้หญิง”

ผู้ป่วยบอกว่า “เรื่องเพศเป็นเรื่องสกปรก ฉันไม่มีความรู้เลย”

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นสัมพันธ์กับอะไรบ้าง เช่น

- ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา เนื่องจากมีความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ไม่ถูกต้อง
- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความวิตกกังวล
- การนับถือคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากรู้สึกไม่สามารถให้ความสุขกับภรรยาได้
- การทำหน้าที่ในครอบครัวบกพร่อง เนื่องจากการแสดงบทบาทผิดเพศ
- การมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เนื่องจากขาดความสุขทางเพศในการครองชีวิตคู่

3. การวางแผนทางการพยาบาล

เริ่มจากวางเป้าหมายให้สอดคล้องกับปัญหาเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลให้ไปสู่เป้าหมายนั้นๆ

- มีความรู้เรื่องเพศศึกษา และมีความเชื่อในเรื่องเพศที่ถูกต้อง
- เห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถให้ความสุขกับภรรยาได้
- การทำหน้าที่ในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และแสดงบทบาททางเพศที่เหมาะสม
- มีความสุขในการดำเนินชีวิตและการครองชีวิตคู่

4. การปฏิบัติทางการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ มีดังนี้

1. ก่อนการเริ่มกิจกรรมพยาบาล พยาบาลไม่เพียงแต่ต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาอย่างถูกต้อง แต่สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องมีเจตคติที่ดีในเรื่องเพศ
2. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่ยอมรับ เข้าใจ และพร้อมที่จะรับฟังผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เป็นเรื่องน่าอาย
3. ให้ความสำคัญกับปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยก่อน เนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ มักเข้ามารับการรักษาทางจิตเวชด้วยปัญหาทางจิตใจ เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า หรือพยายามทำร้ายตนเอง ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลในเรื่องเหล่านี้ก่อน
4. แนะนำแนวทางให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในเรื่องเพศศึกษาอย่างถูกวิธี เช่น จากการอ่านหนังสือที่เขียนโดยแพทย์หรือผู้ทรงคุณวุฒิด้านเพศศึกษา
5. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติทางเพศ ถึงสาเหตุ อาการ และการบำบัดรักษา ตลอดจนวิธีการประเมินความแปรปรวน ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเขา และสามารถที่จะรู้ได้ว่าอาการใดเป็นสิ่งที่บอกว่าเขามีปัญหาทางเพศ
6. แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักการสื่อสารอย่างเหมาะสม และให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการมีสัมพันธภาพ โดยสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวย ให้กำลังใจและให้แรงเสริม
7. ช่วยผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวล หรือการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาทางเพศ โดยเปิดโอกาสให้เขาได้พูดเล่าหรือระบายออก รวมทั้งให้คำแนะนำในการลดความเครียด และให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีคลายเครียด เช่น การบริหารการหายใจ
8. ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับเรื่องเพศ โดยให้ผู้ป่วยได้พูดถึงตนเองในด้านบวก ทั้งในเรื่องของความตั้งใจในการบำบัดรักษา การคิดอย่างเหมาะสม ความร่วมมือ และการลงมือปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา

5. การประเมินผล

พฤติกรรมเป้าหมายของผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ ภายหลังจากให้การพยาบาล ได้แก่

- รับการบำบัดตามแผนการรักษา ทั้งจิตบำบัดรายบุคคล และกลุ่มกิจกรรมบำบัด
- แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยและจริงใจกับคู่ครองได้
- บอกความรู้เรื่องเพศได้ถูกต้อง
- แต่งกายและแสดงกิริยามารยาทได้ถูกต้องเหมาะสมตามเพศของตน
- บอกวิธีปรับตัวที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตกับคู่ครองได้

สรุป

ความผิดปกติทางเพศ เป็นภาวะความแปรปรวนไปของปฏิกิริยาทางเพศ ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ เกิดความทุกข์และมีปัญหาในการครองชีวิตคู่ สาเหตุที่แน่นอนยังไม่สามารถระบุได้ เชื่อว่าเป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมวัฒนธรรม พยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วย และมีบทบาทในการช่วยเหลือปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและครอบครัวได้อย่างมีความสุข

ความผิดปกติทางด้านการกิน(Eating disorder)

Eating disorder (ED) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความรู้สึก และความคิดต่อรูปร่างและน้ำหนักตัวผิดปกติอย่างรุนแรง และมีพฤติกรรมกรากินอาหารผิดปกติอย่างมาก จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งร่างกายและจิตใจที่รุนแรงหลายประการ ED เป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงที่สุดของโรคทางจิตเวช

ED จำแนกตาม DSM-V ออกเป็น 2 โรค ได้แก่

1. อะนอเร็กเวีย - Anorexia nervosa (AN)
2. บูลิเมียเนอโวซา - Bulimia nervosa (BN)

ระบาดวิทยา

การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของ ED ร้อยละ 5 โดย AN มีความชุกร้อยละ 0.9 ในเพศหญิงและร้อยละ 0.3 ในเพศชาย ส่วน BN มีความชุกร้อยละ 1.5 ในเพศหญิงและร้อยละ 0.5 ในเพศชาย

สาเหตุ

สาเหตุสำคัญของการเกิดความผิดปกติด้านการกิน (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558 ; นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558) มีดังนี้

1. Predisposing factor

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ AN เป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม(Heritability) ร้อยละ 50-85 แต่ยังไม่ทราบวิธีการถ่ายทอดที่แน่ชัด Pathophysiology เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทชื่อ Serotonin ที่ใช้เป็นตัวควบคุมอารมณ์และความพอใจ และสารอื่นๆที่ควบคุมความหิวและการกินอาหาร เช่น Cholecystokinin, Leptin, Ghrelin, Adinopectin เป็นต้น ผู้ป่วย BN จะมีภาวะ Serotonin ต่ำ ซึ่งเข้าได้กับการรับประทานอาหารอย่างมากผิดปกติเพื่อเป็นการชดเชย ส่วนความผิดปกติของ Serotonin ใน AN นั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด โดยรวมนั้นถือว่าการแพทย์ยังต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องของ ED กับระบบประสาทอีกมาก เพื่อการรักษาที่ดีขึ้นต่อไป

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

AN สัมพันธ์กับการเลี้ยงดูที่มีความควบคุมมากเกินไปจนผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถในการควบคุม รวมทั้งไม่สามารถพัฒนา Autonomy และ Identity ได้ตามปกติ ผู้ป่วยมักมีบุคลิกภาพ

ลักษณะเจ้าระเบียบ จริงจัง และเน้นความสมบูรณ์แบบ ส่วนผู้ป่วย BN มักมีลักษณะอารมณ์แปรปรวนง่าย หุนหันพลันแล่น และมีประวัติถูกรบกวนทางเพศมากกว่า

1.3 ปัจจัยด้านครอบครัว

ครอบครัวของผู้ป่วย AN มักมีลักษณะเจ้าระเบียบและมีการควบคุมมากเกินไป พ่อแม่มักมีความคาดหวังสูง แต่ขาดความใส่ใจต่อความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของลูก หรืออาจมีลักษณะชอบหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ส่วนครอบครัวของผู้ป่วย BN มักมีลักษณะสับสนวุ่นวาย ไม่มีระเบียบ มีความขัดแย้ง และมักใช้อารมณ์รุนแรงต่อกัน

1.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

สังคมในประเทศอุตสาหกรรม หรือประเทศทุนนิยม และสังคมให้คุณค่ากับรูปร่างมากจะมีความชุกของ ED สูง พบว่านักกีฬาอาชีพ นักบัลเล่ย์ และนางแบบมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนทั่วไป

2. Precipitating factor

ได้แก่ ความกังวลเรื่องรูปร่างและน้ำหนักตัวเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความตึงเครียด และการถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่าง

3. Perpetuating factor

ปัจจัยสำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการเอง การศึกษาในคนปกติพบว่าหากมีการอดอาหารจนน้ำหนักลดลงมาก จะมีความห่มกุ่มเรื่องอาหาร รูปร่าง น้ำหนักตัว และมีพฤติกรรมกินอาหารผิดปกติไป

ลักษณะสำคัญทางคลินิก

AN ผู้ป่วยกังวลและคิดห่มกุ่มเกี่ยวกับเรื่องรูปร่างและน้ำหนักตัวอย่างมาก รู้สึกกลัวว่าตนเองอ้วนเกินไป จึงพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีต่างๆอย่างเข้มงวด เช่น การอดอาหาร การโหมออกกำลังกาย การทำให้ตนเองอาเจียน การกินยาลดความอ้วน เป็นต้น จนมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติมากแล้วก็ยังรู้สึกว่าตัวเองอ้วนเกินไป หรือบางส่วนของร่างกายมีขนาดใหญ่เกินไป และยังคงพยายามลดน้ำหนักต่อไป ผู้ป่วย AN มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนต้น

BN ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและคิดห่มกุ่มเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักของตัวเองมากเช่นเดียวกัน แต่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมกินอาหารที่เรียกว่า Binge eating คือ ปริมาณมากเกินกว่าคนทั่วไปจะกินได้ในช่วงเวลาหรือสถานการณ์คล้ายกัน และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมการกินได้เกิดขึ้นเป็นระยะๆ อยู่บ่อยๆ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะรู้สึกผิดหรือกังวลเกี่ยวกับเรื่องรูปร่างและน้ำหนักตัวมากขึ้นอีก และพยายามควบคุมน้ำหนักด้วยวิธีต่างๆ ผู้ป่วย BN มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงผู้ใหญ่

ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการหลากหลาย เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อย อ่อนแรงใจสั่น เวียนศีรษะ ซักคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ขาดประจำเดือน เป็นต้น ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธอาการต่างๆ หรือไม่ใส่ใจในผลกระทบของอาการต่างๆที่มีต่อครอบครัวและสังคมของตน

อาการทางคลินิกของ Anorexia Nervosa ที่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V (APA, 2013) มีดังนี้

1. ปฏิเสธที่จะคั่งน้ำหนักตัวไว้ในระดับต่ำสุดหรือสูงกว่าระดับต่ำสุดของน้ำหนักตัวปกติตามอายุ และส่วนสูง (เช่น ลดน้ำหนักเพื่อคั่งน้ำหนักตัวไว้ให้ต่ำกว่าร้อยละ 85 ของที่ควรจะเป็น)
2. กลัวอ้วนหรือกลัวน้ำหนักขึ้นอย่างมาก ถึงแม้ว่าจะมีน้ำหนักตัวน้อย
3. มีการรับรู้ถึงน้ำหนักตัวหรือรูปร่างของตนไม่ตรงตามความเป็นจริง การประเมินตนเองจะใช้น้ำหนักตัวหรือรูปร่างมาเป็นสิ่งสำคัญ หรือไม่ยอมรับว่าในขณะนั้นตนเองมีน้ำหนักตัวที่ต่ำอย่างรุนแรง
4. ในผู้หญิงที่มีประจำเดือนแล้วจะมีภาวะขาดประจำเดือน ได้แก่ ประจำเดือนไม่มาติดต่อกัน 3 รอบ (ผู้หญิงคนนั้นจะถือว่าขาดประจำเดือน ถ้าต้องได้รับฮอร์โมน เช่น estrogen เท่านั้นประจำเดือนจึงจะมาได้)

AN จำแนกเป็น 2 ชนิด คือ

1. Binge eating/purging type: ในช่วงที่เป็น Anorexia Nervosa บุคคลผู้นั้นจะมีพฤติกรรม การรับประทานครั้งละมากๆ หรือขับอาหารออกจากร่างกาย เช่น ทำให้ตนเองอาเจียน หรือการใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ หรือยาสวนถ่ายอย่างพร่ำเพรื่อ (Binge eating or Purging behavior)
2. Restricting type : ในช่วงที่เป็น Anorexia Nervosa บุคคลผู้นั้นไม่มีการรับประทานครั้งละมากๆ หรือมีการขับอาหารออกจากร่างกาย

อาการทางคลินิกของ Bulimia Nervosa ที่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V (APA, 2013) มีดังนี้

1. มีการรับประทานอย่างมากเป็นคราวๆไป ซึ่งคราวๆหนึ่งของการกินมาก จะมีลักษณะ 2 อย่างดังต่อไปนี้
 - (1) มีการรับประทานมากกว่าคนทั่วไป ในช่วงเวลาของการรับประทานที่เท่าๆกัน (เช่น ในช่วงเวลา 2 ชั่วโมง)
 - (2) มีความรู้สึกว่าร่าเริงนั้นไม่สามารถควบคุมการรับประทานได้ (เช่น รู้สึกว่าตนเองหยุดกินไม่ได้หรือไม่สามารถควบคุมว่าจะกินอาหารอะไร หรือกินมากแค่ไหนได้)
2. มีการป้องกันน้ำหนักขึ้นโดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อชดเชยการกินมาก เช่น ทำให้ตนเองอาเจียน ใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนถ่าย อดอาหาร หรือออกกำลังกายอย่างหักโหม
3. ทั้งการรับประทานอย่างมากและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อชดเชยการกินมาก เกิดขึ้นเฉลี่ยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ภายใน 3 เดือน
4. รูปร่างและน้ำหนักตัว มีอิทธิพลต่อการประเมินตนเองของบุคคลนั้นเป็นอย่างมาก
5. ความผิดปกตินี้จะไม่เกิดขึ้นระหว่างช่วงที่มีการเกิด Anorexia Nervosa

BN จำแนกเป็น 2 ชนิด คือ

Purging type: ในช่วงที่เป็น Bulimia Nervosa บุคคลผู้นั้นจะทำให้ตนเองอาเจียน ใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนถ่าย

Nonpurging type : ในช่วงที่เป็น Bulimia Nervosa บุคคลผู้นั้นจะมีพฤติกรรมเพื่อชดเชยการกินมากที่ไม่เหมาะสม เช่น การอดอาหาร หรือออกกำลังกายอย่างหักโหม แต่ไม่มีการทำให้ตนเองอาเจียน ใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนถ่าย

ภาวะแทรกซ้อนจากความผิดปกติด้านการกิน

เนื่องจากผลของการอดอาหาร และการทำให้อาเจียน ผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน อาจเกิดโรคแทรกซ้อนทางหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือช้าลง ไตทำงานผิดปกติ เม็ดโลหิตและเกร็ดเลือดลดน้อยลง กล้ามเนื้อกระเพาะและลำไส้อ่อนแอลง กระดูกบาง กระดูกหักได้ง่าย ผิวหนังจะแห้ง มีขนอ่อนขึ้นตามตัว และใบหน้า ผม่ว และในรายที่การอาเจียนบ่อยๆจะทำให้ต่อมน้ำลายบวม และเคลือบฟันบาง ฟันผุได้ง่าย

การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน (ศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558)

1. การรักษาด้วยยา (Psychopharmacology) ยารักษาอาการเศร้า ชนิด Tricyclics และ SSRIs ใช้ได้ดีทั้งผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีอาการซึมเศร้า พบว่าการรักษาด้วยยาในกลุ่มนี้ จะลดพฤติกรรมการรับประทานอาหารผิดปกติของผู้ป่วยได้ประมาณร้อยละ 70

2. การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu therapy) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมักมีปัญหารุนแรง จนอาจก่อให้เกิดอันตรายทางด้านร่างกาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ฉะนั้นสิ่งแวดล้อมต้องคำนึงถึงความปลอดภัย และดูแลการรับประทานอาหารเพื่อสนองความต้องการทางด้านร่างกายให้เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด เพื่อความมั่นใจในตนเองและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

3. จิตบำบัด (Psychotherapy) มุ่งให้ผู้ป่วยรู้ถึงความสัมพันธ์ทางจิตใจกับปัญหาการกินที่ผิดปกติ โดยเฉพาะในรายที่มีอาการซึมเศร้า

4. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีการส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในครอบครัว

5. พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการปรับพฤติกรรมการกินอาหารของผู้ป่วยให้เป็นไปตามปกติ ให้ผู้ป่วยรับรู้ความก้าวหน้าของการเพิ่มของน้ำหนักตัว และสภาพความแข็งแรงของร่างกาย ตลอดจนการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อผู้ป่วยกินอาหารได้อย่างเหมาะสม เพื่อเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางการกินโดยกระบวนการพยาบาล (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2554 ; นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2558 ; Halter, 2014) ดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern) ผู้ป่วยมักไม่รู้ถึงความผิดปกติของตนเอง จนกว่าจะเจ็บป่วย หรือมีโรคแทรกซ้อนทางกาย

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern) ผู้ป่วยจะมีการอดอาหาร หรือกินน้อย และในผู้ป่วย Bulimia Nervosa จะมีการรับประทานครั้งละมากๆ และจะขับอาหารออกจากร่างกาย รวมทั้งผู้ป่วย Anorexia Nervosa ชนิด binge eating/purging type

3. แบบแผนการขับถ่าย (Elimination pattern) ส่วนใหญ่ผู้ป่วย Anorexia Nervosa จะท้องผูก และผู้ป่วย Bulimia Nervosa มักจะใช้ยาระบายหรือการสวนถ่าย

4. แบบแผนการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern) ในรายผู้ป่วย Bulimia Nervosa จะมีการออกกำลังกายแบบหักโหม

5. แบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ (Sleep-rest pattern) ในรายที่มีความเครียดหรือซึมเศร้า จะมีนอนไม่หลับได้

6. แบบแผนการรู้คิด การรับรู้ และการสื่อสาร (Cognitive-perceptual-communication pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางการกินจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับรูปร่าง ทำให้การตัดสินใจไม่เหมาะสม และขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ส่วนความจา สมมติ การรับรู้ และการสื่อสารควรพิจารณาในแต่ละรายไป

7. แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self perception - self concept - emotional status pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน จะมองภาพลักษณ์ของตนเองว่า อ้วน กลัวอ้วนหรือกลัวน้ำหนักขึ้นอย่างมาก และสภาพอารมณ์ มีวิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า ได้

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship pattern) ในรายที่ซึมเศร้า คิดว่าตนไม่มีคุณค่า จะกลัวเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม ขาดการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และจากสภาพร่างกายหรือโรคแทรกซ้อน ทำให้การทำหน้าที่ตามบทบาทไม่เป็นไปตามปกติ

9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern) จากน้ำหนักตัวที่น้อย หรือการเจ็บป่วยทางกาย ทำให้ความต้องการทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ควรพิจารณาในแต่ละรายไป

10. แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน มักมีความเครียด และการแก้ปัญหาจะมุ่งอยู่ที่

เรื่องการกิน การควบคุมรูปร่าง และน้ำหนักตัว โดยไม่ได้ตระหนักถึงความไม่สบายใจหรือการหาทางแก้ไข ความขัดแย้งในใจเรื่องอื่นๆเลย

11. แบบแผนคุณค่า ความเชื่อ และสภาวะทางจิตวิญญาณ(Value-belief-spiritual pattern) ผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน มักจะมีความทุกข์ในการดำเนินชีวิต อันเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและการเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อน

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม NANDA Nursing Diagnoses ที่พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน ได้แก่

- เสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา
- การได้รับสารอาหารไม่สมดุล โดยได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย
- ภาวะขาดสารอาหาร
- ภาวะท้องผูก
- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง
- วิตกกังวล
- ภาวะซึมเศร้า
- ภาพลักษณ์แปรปรวน
- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง
- การทำหน้าที่ในครอบครัวบกพร่อง
- การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ
- การมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ ฯลฯ

3. การวางแผนทางการพยาบาล

การระบุข้อมูลสนับสนุนการเกิดปัญหาให้ชัดเจนทั้ง objective data และ subjective data เช่น
 objective data : กินอาหารวันละมื้อ กินอาหารจำนวนมาก ล้วงคอให้อาเจียนภายหลังกินอาหาร
 subjective data : สาวรุ่นบอกว่า “ฉันกลัวอ้วน นี่ฉันก็อ้วนมากเกินไปแล้ว”

ผู้ป่วยพูดว่า “ฉันต้องออกกำลังกายเพิ่มเพื่อลดน้ำหนักลงให้ได้”

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นสัมพันธ์กับอะไรบ้าง เช่น

- เสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากต้องการมีรูปร่างผอม
- การได้รับสารอาหารไม่สมดุล เนื่องจากกินน้อยและออกกำลังกายอย่างหักโหม
- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความวิตกกังวล
- ภาพลักษณ์แปรปรวน เนื่องจากครุ่นคิดแต่จะมีรูปร่างและน้ำหนักที่น้อยกว่าปกติ

- การทำหน้าที่ในครอบครัวบพร่อง เนื่องจากความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว
การวางเป้าหมายให้สอดคล้องกับปัญหา เช่น

- รับประทานอาหารอย่างสมดุล และพฤติกรรมในการกินและการออกกำลังกายเหมาะสม
- มองภาพลักษณ์ตนเองอย่างถูกต้อง และต้องการมีรูปร่างและน้ำหนักตัวปกติ
- ทำหน้าที่ในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกใน

ครอบครัว

4. การปฏิบัติทางการพยาบาล

สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน พยาบาลจะต้องกระทำทั้งการหยุดยั้งพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ การดูแลด้านจิตใจ และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ มีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจ
2. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ความคิด ทำทาง และการวางแผน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก
3. ดูแลอาหารและการรับประทานของผู้ป่วย ควบคุมปริมาณแคลอรีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยในระยะแรกไม่ควรให้ผู้ป่วยเพิ่มน้ำหนักอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการขยายตัวของกระเพาะ การบวม และอาจมีหัวใจล้มเหลว
4. สังเกตพฤติกรรมการกิน และการชดเชยการกินที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย
5. ควบคุมดูแลการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมที่เหมาะสม
6. ประสานงานกับนักโภชนาการ ผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการจัดอาหาร ที่มีคุณค่าและดีต่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 2 ½ กิโลกรัม ต่อสัปดาห์
7. ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยในเข้าร่วมการบำบัดรักษาให้ได้มีน้ำหนักตัวที่ปกติ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดแสดงความคิดเห็นความรู้สึกเกี่ยวกับรูปร่างและการมองภาพลักษณ์ของตนเอง เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของความขัดแย้งในใจกับพฤติกรรมการกิน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจการมองภาพลักษณ์ที่เบี่ยงเบนไปจากความจริง
9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง และมองภาพลักษณ์ของตนในทางบวก
10. เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจ และแสวงหาการแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่น ๆ ทดแทนการควบคุมอาหาร หรือลดน้ำหนัก
11. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพและการปรับตัวต่อการอยู่ร่วมกัน

5. การประเมินผล

พฤติกรรมเป้าหมายของผู้ที่มีความผิดปกติทางการกิน ภายหลังจากให้การพยาบาล ได้แก่

- ร่วมมือในเข้าร่วมรับการบำบัดตามแผนการรักษา
- ไม่มีทำที่หรือบอกว่าไม่มีความคิดฆ่าตัวตายแล้ว
- รับประทานอาหารเหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- น้ำหนักตัวปกติ เหมาะสมตาม เพศ วัย และส่วนสูง
- พุดแสดงความรู้และเข้าใจถึงความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันระหว่างปัญหาทางจิตใจกับ

พฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ

- บอกว่ายอมรับในรูปร่างและน้ำหนักที่เป็นปกติ
- ปรับตัวเข้ากับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวได้

สรุป

ความผิดปกติทางการกิน เป็นพฤติกรรมการกินที่แปรปรวนไป ซึ่งเนื่องมาจากความผิดปกติทางจิตใจ มักเริ่มต้นในระยะวัยรุ่นหรือช่วงต้นของวัยผู้ใหญ่ และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ที่กล่าวในที่นี่ มี 2 ชนิด ได้แก่ Anorexia Nervosa และ Bulimia Nervosa ซึ่งการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางการกินจะต้องให้การดูแลทั้งปัญหาการเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจและการปรับตัวของผู้ป่วยด้วย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณานุกรม

- กานต์ จำรูญโรจน์ และพิชญา กุศลารักษ์. (2558). ความผิดปกติทางเพศ. ในมานอนซ์ หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2554). *การพยาบาลจิตเวช สู่การปฏิบัติ เล่ม 1*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ.(2558). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ศิริไชย หงส์สงวนศรี.(2558). Eating disorder. ในมานอนซ์ หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ackley, B.J., Ladwig, G.B., and Makic, M.B.F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. (11th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Halter, M.J. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (7th ed.). St.Louis : Saunders/Elsevier.
- O'Brien, P.G., Kennedy W.Z., Ballard, K.A. (2013). *Psychiatric Mental Health Nursing: An Introduction to Theory and Practice*. (2nd ed.) Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

ตัวอย่างแบบทดสอบบทที่ 3

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ชายหนุ่มให้ประวัติกับแพทย์ว่าไม่มีความสุขสุดยอดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ บางครั้งก็หลังข้ามมาก ชายหนุ่มคนนี้ควรได้รับการวินิจฉัยใด

1. Anhedonia
2. Retarded ejaculation
3. Premature ejaculation
4. Sexual aversion disorder

2. วัยรุ่นชายคนหนึ่งขี่มอเตอร์ไซค์ไปตามสถานที่ต่างๆ และจะสำเร็จความใคร่เมื่อพบผู้หญิง วัยรุ่นคนนี้มีภาวะความผิดปกติในข้อใด

1. Exhibitionism
2. Frotteurism
3. Voyeurism
4. Fetishism

3. จากข้อ 2 วัยรุ่นรายนี้ควรได้รับการบำบัดโดยวิธีใด

1. การให้ยา medroxyprogesterone acetate
2. การฝึก sensate focus exercise
3. การทำพฤติกรรมบำบัด
4. การฝึกขมิบ

4. หญิงสาวรายหนึ่งมีส่วนสูง 165 cm. น้ำหนัก 40 kg. แต่ยังมีรู้สึกว่าตัวเองอ้วน วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่าง พยายามควบคุมอาหารทุกชนิดเพื่อลดน้ำหนักลงอีก หญิงสาวรายนี้ควรได้รับการวินิจฉัยใด

1. Pedophilia
2. Eating Phobia
3. Bulimia nervosa
4. Anorexia nervosa

5. ข้อใดเป็นจุดมุ่งหมายของการทำจิตบำบัดสำหรับผู้รับบริการที่คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างตนเองอย่างมาก ทำให้ตนเองอาเจียนหลังจากรับประทานอาหารแทบทุกครั้ง จนร่างกายซูบผอม อ่อนแรง

1. ให้มีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย
2. ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง
3. สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ถูกต้อง

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 4 (3 ชั่วโมง)

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท

- 1) การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด
 - การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด (substance related disorder)
 - การพยาบาลผู้ติดสุรา (alcohol dependence)

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

- 1) อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการใช้ยาเสพติดได้ถูกต้อง
- 2) ระบุสาเหตุของการติดสารเสพติดได้ถูกต้อง
- 3) จำแนกประเภทของสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ถูกต้อง
- 4) ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติดได้ถูกต้อง
- 5) บอกแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะติดสุราหรือปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

- 1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
- 2) การอภิปราย
- 3) การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

4. สื่อการเรียนการสอน

- 1) PowerPoint
- 2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT e - Learning

5. การวัดผลและการประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
- 2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 3) การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

บทที่ 4

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ในบทนี้ จะกล่าวถึง 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาจากสารเสพติด (Substance-related disorders) และการพยาบาลผู้ที่มีติดสุรา (Alcohol Dependence) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาจากสารเสพติด (Substance-related disorders)

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2557) ให้นิยามของภาวะการติดสารเสพติด หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านพฤติกรรม สติปัญญา ความคิดอ่านและระบบสรีระร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติดซ้ำ ๆ และมีอาการ

1. มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะใช้สารตัวนั้น ๆ
2. มีความยากลำบาก ในการควบคุมการใช้ทั้งปริมาณ และความถี่
3. ยังคงใช้สารนั้นต่อไปทั้ง ๆ ที่รู้ว่าจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย
4. หมกมุ่นอยู่กับการใช้สารเสพติดมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นที่สำคัญกว่า
5. มีอาการดื้อยา คือ ต้องเพิ่มปริมาณการใช้เพิ่มให้ได้ผลเท่าเดิม
6. เมื่อหยุดใช้ยาจะเกิดอาการขาดยา หรืออยากยาทางร่างกาย (Physical Withdrawal Stage)

Stage)

สารเสพติด หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปในร่างกายแล้วทำให้ร่างกายต้องการสารนั้นในปริมาณที่เพิ่มขึ้นไม่สามารถหยุดได้ มีผลทำให้ร่างกายทรุดโทรมและสภาวะจิตใจผิดปกติ

Substance abuse การใช้สารเสพติดให้โทษ คือ การใช้สารเสพติดจนเกิดโทษต่อร่างกายจิตใจ สังคม โดยที่ผู้ใช้ไม่สามารถหยุดใช้ยาได้ แม้จะรู้ว่าไม่เกิดผลดีกับตนเอง

Substance Dependence หมายถึง การที่บุคคลเสพยาหรือพึ่งพาสารเสพติด จนเกิดภาวะติด ทางกาย คือ มีอาการทรมาน ต้องการใช้อย่างเพิ่มมากขึ้น ใช้นานขึ้น และเมื่อร่างกายขาดยาจะเกิดภาวะ withdrawal syndrome

สาเหตุของการติดสารเสพติด (รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2558)

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาปัจจัยทางครอบครัว พบ อัตราการติดสุราในบิดา มารดา พี่ น้อง และบุตรของผู้ที่เสพติดสุราจะสูงกว่าคนทั่วไปถึง 3-5 เท่า และการศึกษาในคู่แฝด มีโอกาสเป็นไปได้ถึงร้อยละ 80

2. ปัจจัยทางสารสื่อประสาทในสมอง (Brain transmitters) ในระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเป็นสุข

- สำหรับนิโคตินหลังผ่านเข้าสู่สมองแล้วจะเข้าจับกับตัวรับ คือ Nicotinic receptor ใน Brain reward circuit

- เป็นผลให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท ซึ่งทำให้ผู้เสพเกิดความพึงพอใจ

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการใช้ยาเสพติด (เอกอุมา อัมคำ, 2560) ที่สำคัญได้แก่

1. ความต้องการฤทธิ์อันพึงประสงค์ของยาเสพติด เช่น คนที่ดื่มเหล้าก็ต้องการให้เกิดอารมณ์ครื้นเครง (euphoria) ยาเสพติดชนิดร้ายแรงสามารถทำให้เกิด ความรู้สึกเป็นสุข เคลิบเคลิ้มมากกว่าปกติ ในบรรดาสารเสพติดทั้งหลาย เฮโรอีนเป็นสารที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เคลิบเคลิ้มมากที่สุด เพราะเป็นสารที่ร้ายแรงที่สุดในกลุ่มสารที่ทำจากฝิ่น ในทางการแพทย์มีที่ใช้คือ ไซมอร์ฟินเป็นยาแก้ปวด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง เช่น หลังผ่าตัดหรืออาการปวดจากมะเร็งในระยะท้าย ๆ

2. บุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติด พื้นฐานทางจิตใจของแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลหันไปพึ่งพายาเสพติด ตัวอย่างในกลุ่มคนที่ดื่มสุรา บางคนดื่มเพียงเล็กน้อยโดยสามารถมีสติพอที่จะหยุดดื่มหรืออ่อนลง เมื่อรู้ว่าควรหยุดในขณะที่ผู้ติดสุราจะดื่มจนครองสติไม่ได้ และรู้สึกว้าวุ่น ถ้าไม่ได้ดื่มถึงขีดนั้นก็อย่าดื่มเสียดีกว่า ผู้ที่ติดยาเสพติดมักมีพื้นฐานทางจิตใจที่อ่อนแอ ขาดความมั่นคงในบุคลิกภาพ มีความต้องการพึ่งพิงผู้อื่นสูง มีวุฒิภาวะต่ำ ขาดความรับผิดชอบ และพยายามเลี่ยงปัญหาที่ต้องเผชิญโดยใช้ความมึนเมาเป็นข้ออ้าง บางคนมีอาการซึมเศร้าแล้วหันไปดื่มสุรา เมื่อรักษาอาการซึมเศร้าแล้วก็เลิกดื่มสุราได้ บางรายป่วยเป็นโรคจิตอยู่แล้ว และยังใช้ยาเสพติดอีก เมื่อเกิดอาการทางจิตขึ้น ทำให้แยกยากว่าเกิดอาการจากสาเหตุใดแน่ สาเหตุของความบกพร่องทางจิตใจของผู้ ติดยาเสพติด เกี่ยวข้องกับพื้นฐานครอบครัว และการเลี้ยงดูในวัยเด็ก เช่น มีครอบครัวที่แตกแยก, ขาด ความรักความเข้าใจ, สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีชีวิตที่อ้างว้างว้าเหว, ขาดที่พึ่งทางใจ หรือถูก กัดดัน คาดหวังมากเกินไปจนไม่สามารถทนได้

3. พฤติกรรมการเลียนแบบ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรม กลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเลียนแบบคนอื่นได้ง่ายได้แก่เด็กและคนที่ขาดเอกลักษณ์ของตนเอง หรือคนที่ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเลียนแบบเพื่อนได้ง่าย และกลัวว่าตนเองจะแปลกแยกจากกลุ่มเพื่อน จึงมักทำอะไรตามเพื่อนและอาจถูกชักจูงง่าย ประกอบกับเป็นวัยที่มักมีความว้าวุ่น สับสนทางจิตใจได้มาก จึงพบว่ายาเสพติดแพร่หลายไปได้ง่ายในหมู่วัยรุ่น เราจึงพบว่าคนที่ใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งเริ่มต้นจากการเลียนแบบเช่นเริ่มสูบบุหรี่

4. ความยากง่ายของการหายาเสพติด สถานที่ที่มียาเสพติดซื้อขายราคาถูก ย่อมมีการระบาดได้ง่าย ทำให้การระบาดของยาเสพติดเป็นปัญหาทุกประเทศ ในโลกที่ต้องเผชิญ และไม่มีทางว่าจะ หมดไป ไม่ว่าจะประเทศเหล่านั้นจะมีเทคโนโลยี ก้าวหน้าเพียงใดก็ตาม การแก้ปัญหายาเสพติด

ต้องแก้ ทุกสาเหตุไปพร้อม ๆ กัน การส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว ช่วยให้เด็กมีสุขภาพจิตดี มีพื้นฐานทางจิตใจที่มั่นคงและสามารถปฏิเสธยาเสพติดได้ ไม่ยอมให้ใครมาชักจูงได้ง่าย

สาเหตุของการติดยาเสพติด (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2557)

1. ความอยากรู้อยากลอง ด้วยความคึกคะนอง
2. เพื่อนชวน หรือต้องการให้เป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน
3. มีความเชื่อในทางที่ผิด เช่น เชื่อว่ายาเสพติดบางชนิด อาจช่วยให้สบายใจ ลืมความทุกข์ หรือ ช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น
4. ขาดความระมัดระวังในการใช้ยา เพราะคุณสมบัติของยา บางชนิดอาจทำให้ผู้ใช้ยาเกิดการเสพติดได้โดยไม่รู้ตัว หากใช้ยาอย่างพร่ำเพ้อ หรือใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ขาดการแนะนำจาก แพทย์ หรือเภสัชกร
5. สภาพแวดล้อม ถิ่นที่อยู่อาศัย มีการค้ายาเสพติด หรือมี ผู้ติดยาเสพติด
6. ถูกหลอกให้ใช้ยาเสพติดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์
7. เพื่อหนีปัญหา เมื่อมีปัญหาแล้วไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับตัวเองได้

ประเภทของยาเสพติด จำแนกตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท (เอกอุมา อัมคำ, 2560) แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. ประเภทกดประสาท ได้แก่ ฟีน มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยาแก้ปวด ประสาทเครื่องตีมีนเมาทุกชนิด รวมทั้งสารระเหย เช่น ทินเนอร์ แล็กเกอร์ น้ำมันเบนซิน กาว เป็นต้น พบว่า ผู้เสพติดมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
2. ประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ ยาบ้า ยาอี กระท่อม โคลเคน มักพบว่าผู้เสพติดจะมีอาการ หงุดหงิด กระวนกระวาย จิตสับสนหวาดระแวง บางครั้งมีอาการคลุ้มคลั่งหรือทำในสิ่งที่คนปกติ ไม่กล้าทำ เช่น ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าผู้อื่น เป็นต้น
3. ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ แอลเอสดี และเห็ดขี้ควาย เป็นต้น ผู้เสพติดจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียง ประหลาดหรือเห็นภาพหลอนที่น่าเกลียดน่ากลัว ควบคุมตนเองไม่ได้ ในที่สุดมักป่วยเป็นโรคจิต
4. ประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ ทั้งกระตุ้น กด และหลอนประสาทร่วมกัน ได้แก่ ผู้เสพติด มักมีอาการหวาดระแวง ความคิดสับสนเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ควบคุมตนเองไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตได้

ลักษณะของผู้ที่ติดสารเสพติด

1. ร่างกายทรุดโทรม ซูบผอม เหลือง อ่อนเพลีย
2. อารมณ์ฉุนเฉียว หรือเจ็บขริ่มผิดปกติ จึงมักพบผู้เสพติดชอบทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายผู้อื่นหรือ ในทางกลับกัน บางคนอาจชอบแยกตัวอยู่คนเดียวและหนีออกจากสังคม

3. ถ้าผู้เสพเป็นนักเรียน มักพบว่า ผลการเรียนแย่งลง ส่วนคนทำงาน มักพบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือไม่ยอมทำงานเลย

4. ใส่เสื้อแขนยาวตลอดเวลา เพื่อ ปกปิดรอยเข็มที่ฉีดยาตรงท้องแขนด้านใน หรือรอย กรีดตรงต้น แขนด้านใน

5. ติดต่อกับเพื่อนแปลก ๆ ใหม่ ๆ ซึ่งมีพฤติกรรมผิดปกติ

6. ขอเงินจากผู้ปกครองเพิ่ม หรือยืมเงินจากเพื่อนฝูงเสมอเพื่อนำไปซื้อยาเสพติด

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2557 ; สุวนีย์ แก้วกิ่งแก้ว, 2554 ; เอกอุมา อิ่มคำ, 2560 ; Shives, 2012)

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด ดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล มีเป้าหมายเช่นเดียวกับการให้การพยาบาลจิตเวชในกลุ่มอื่น ข้อมูลที่ ควรรวบรวม ได้แก่

1.1 ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยเคยใช้ และก่อนใช้ที่จะมาขอรับการรักษาในครั้งนี้

1.2 วิธีการนำสารเข้าสู่ร่างกาย เช่น การดม การสูด การกิน การฉีด

1.3 ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง

1.4 ระยะเวลา ความถี่ในการใช้สาร และหลังสุดผู้ป่วยใช้สารเสพติดเมื่อไหร่

1.5 สภาพการณ์ที่ผู้ป่วยต้องใช้สารเสพติดนั้นๆ

1.6 ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอาการต่างๆ ทางร่างกายและจิตใจ

2. อาการและอาการแสดงในภาวะฉุกเฉิน นอกจากความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของสารเสพติดในแต่ละกลุ่มแล้ว พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยติดสารเสพติด ต้องสามารถให้การช่วยเหลือโดยด่วน ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเป็นพิษหรือเมื่อขาดสาร

3. ข้อมูลตามแผนสุขภาพ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา มักไม่บอกปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ดังนั้นอาจต้องให้การรวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือของตัวผู้ป่วย มากขึ้น

4. เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาาน โดยเริ่มจากขั้นถอนพิษสารเสพติด ไปจนกระทั่งผู้ป่วยหยุดใช้ ซึ่งพยาบาลจิตเวชควรมีเป้าหมายในการช่วยเหลือ ดังนี้

4.1 เป้าหมายในระยะสั้น (Short – term objectives)

- ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลขณะถอนพิษสารเสพติด
- ประเมินอาการจากการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือ
- ให้กำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก

4.2 เป้าหมายในระยะกลาง (Intermediate objectives)

- ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะถอนพิษ พร้อมกับกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ สารเสพติดกับอาการทางจิต

4.3 เป้าหมายในระยะยาว (Long-term objectives)

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และมุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่ต้องใช้สารเสพติด
- ประเมินภาวะเครียดและแรงกดดันต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยเปิดเผยหรือสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดอีก พร้อมทั้งสนับสนุนให้หาวิธีแก้ปัญหาแบบต่างๆ

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1

: ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

เป้าหมายการพยาบาล

: เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิด อารมณ์ออกมาเพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา
2. การให้จิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้จากกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกัน ในการเป็นกำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง
3. สอนผู้ป่วยในการสร้างความความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก
4. เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในการดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สร้างความภาคภูมิใจ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย
5. สอนให้คำปรึกษาญาติในการประคับประคองด้านอารมณ์และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองความสำเร็จที่เคยมีในอดีตเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง
7. ให้การเสริมแรงทางบวกโดยการชมเชยเมื่อผู้ป่วยมองตนเองในด้านบวก

8. เน้นการลงพื้นที่ โดยการไปเยี่ยมบ้านและชุมชนเพื่อให้ชุมชนเกิดทัศนคติที่ดีและมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

9. นำผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเพิ่มคุณค่าในผู้ป่วยมาปฏิบัติใช้ เช่น การทำนาย การปรับตัวของวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดจากความเชื่อในความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2

: จัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากปรับตัวไม่ถูกต้อง

เป้าหมายการพยาบาล

: สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยในเรื่องของการจัดการกับปัญหาว่าจัดการอย่างไร หาแนวทางร่วมกันในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง

2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิด อารมณ์ออกมาเพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3. การให้จิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยกระบวนการของกลุ่มใน การเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเป็นกระจุกสะท้อนมองให้เห็นตนเองจากกระบวนการกลุ่ม

4. สอนผู้ป่วยในการเลือกวิธีการจัดการปัญหาที่ถูกวิธีเพื่อนำไปปรับใช้ได้ถูกต้อง

5. เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ในเรื่องของการจัดการปัญหาที่ถูกต้องของผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด

6. สร้างผลงานวิจัยเพื่อนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้องในผู้ป่วยติดสารเสพติด หรือวิจัยเพื่อหาแนวทางป้องกัน

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 3

: ใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธมากเกินไป เนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับความเป็นจริง

เป้าหมายการพยาบาล

: ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเป็นจริงได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยในเรื่องของการเผชิญกับความเป็นจริง การใช้กลไกปฏิเสธ เพื่อวางแผนการ พยาบาล

2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยการเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิด อารมณ์ออกมาเพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3. เน้นเหตุการณ์จริง (matter-of-fact) ให้จัดการกับสิ่งที่จริง ไม่เน้นเพื่อฝัน (maintain focus on reality)

4. การให้จิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยกระบวนการของกลุ่มใน การแก้ไขปัญหา เช่น กลุ่มแก้ไขปัญหา, กลุ่มจิตบำบัด

5. สอนผู้ป่วยในการเผชิญกับความจริงได้อย่างเหมาะสม

6. นำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับใช้

7. บอกแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้ทราบเพื่อมีส่วนร่วมในการวางแผน

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 4

: มีแนวโน้มกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความเข้าใจในการดูแลตนเอง

เป้าหมายการพยาบาล

: ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อตัวพยาบาล เพื่อที่จะร่วมกัน หาวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้รู้วิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน

3. สอนผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาและความเครียดอย่างเหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

4. ให้จิตบำบัดแก่ผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจและศักยภาพที่จะไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

5. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในชุมชนถึงการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อน

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 5

: ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมายการพยาบาล

: ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความต้องการของครอบครัวเพื่อวางแผนในการให้คำปรึกษา

2. สอนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธีทั้งเรื่องการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยา

3. บอกถึงบทบาทที่แสดงออกในครอบครัวของแต่ละคน เพื่อนำไปปรับใช้กับผู้ป่วย

4. ประสานงานกับทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในชุมชน
5. เป็นที่ปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในชุมชนถึงการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาที่ซับซ้อน

การพยาบาลผู้ติดสุรา (Alcohol Dependence)

โรคติดสุราเป็นโรคที่มีความสำคัญ มีผลกระทบต่อผู้ติดสุรา ครอบครัว และสังคม สุราสามารถเข้าถึงได้ง่ายเพราะมีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไปอยู่ในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทยมายาวนาน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีผู้ที่ดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ทั้งต่อตัวผู้ดื่มสุราและบุคคลรอบข้าง พยาบาลในฐานะผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดสุรา จึงจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจถึงความหมายและการวินิจฉัยโรคติดสุรา อาการ และอาการแสดง การรักษาของผู้ป่วยที่ติดสุรา รวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของโรคติดสุรา

โรคติดสุรา หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตนเองได้ หากมีการลดหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา โดยผู้ที่ดื่มสุราจะยังคงดื่มแม้ว่าจะทราบว่าเกิดผลเสียกับตนเอง ซึ่งอาการต่างๆ เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2013) โดยต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ มีอาการติดยา มีอาการขาดสุรา มีการใช้สารนั้นปริมาณมากหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความต้องการสารอยู่ตลอดเวลาใช้เวลายาวมากในการกระทำให้สารนั้นมา ต้องดหรือลดการเข้าสังคมเนื่องจากการใช้สาร มีการใช้สารแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น

สาเหตุของการเป็นโรคติดสุรา

สาเหตุของการเป็นโรคติดสุรามีเหตุปัจจัยหลายๆ อย่างมาเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งอธิบายได้อย่างสมบูรณ์ พอจะสรุปได้ดังนี้ (จินตวีร์พร แป้นแก้ว, 2559)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor)

1.1 พันธุกรรม (Genetic) พบว่าผู้เป็นโรคติดสุราส่วนมากมักมีบิดา-มารดาเป็นโรคติดสุราเรื้อรัง (Alcoholism) ซึ่งเป็นการศึกษาในบุตรที่เป็นฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่า มีความสัมพันธ์ของการใช้สุราสูงถึงร้อยละ 54 การศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ติดสุรา พบว่า มีความผิดปกติของยีนที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (Dopamine D2 receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสุราตั้งแต่อายุน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของเซโรโทนิน

1.2 กลไกของสารเคมีในระบบประสาท (Neurochemical mechanism) เชื่อว่า แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อช่องทางเข้าออกของไอออน (Ion channels) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโคตินิโคอะซิติล

โคลีน (Nicotinic acetylcholine), เซโรโทนินไทป์ 3 (Serotonin type 3 [5-HT3]) และกาบา ไทป์เอ (GABA type A receptor) และ ออกฤทธิ์กดสมอง (CNS depressant) มีผลต่อการนอนหลับ ทำให้นอนหลับชนิดมีการกลอกของลูกตารวดเร็ว (REM sleep) ลดลง และการนอนหลับขั้นที่สี่ (Deep sleep [stage 4]) ลดลง ทำให้นอนหลับไม่สนิทและการติดแอลกอฮอล์นั้น มีระดับของเซโรโทนินที่ต่ำกว่าปกติ ซึ่งสาเหตุนี้ น่าจะชักนำให้เกิดการติดแอลกอฮอล์เนื่องจากการได้รับแอลกอฮอล์จะทำให้มีการเพิ่มระดับเซโรโทนินได้สูงขึ้น จนใกล้เคียงหรือเท่ากับระดับของคนปกติภายในระยะเวลาอันสั้น หลังจากนั้นเซโรโทนินจะลดระดับลงอย่างรวดเร็วและจะกลับไปสู่ภาวะแบบเดิม การมีระดับเซโรโทนินสูงขึ้นแม้ภายในระยะเวลาอันสั้น แต่ทำให้ผู้ที่ดื่มมีประสบการณ์ของการมีความรู้สึกคลายกังวลเป็นความรู้สึกดี ทำให้ติดใจ และทำให้มีแรงขับให้มีพฤติกรรมติดแอลกอฮอล์อีกครั้งต่อไป เพื่อที่จะได้มีความรู้สึกที่พึงพอใจอีก จนกระทั่งในที่สุดต้องเสพติดและหยุดดื่มไม่ได้

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

เมื่อได้เสพสารเสพติดผู้ป่วยจะมีความรู้สึกพึงพอใจ และมีความสุข ในขณะที่เดียวกันสารเสพติดจะควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย ซึ่งเท่ากับเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเสพสารเพิ่มขึ้น และพื้นฐานอารมณ์หรือบุคลิกภาพ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดคือ บุคลิกภาพแบบพึ่งพา โทษตัวเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง บุคลิกภาพต่อต้านสังคม บุคคลที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น โกรธ เสียใจ เบื่อหน่าย เหงา ก็มีผลทำให้เกิดติดสุราได้

3. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

การอยู่ในสังคมสภาพแวดล้อมที่มีสุรา ปัญหาในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สุรา เศรษฐฐานะตกต่ำ และการชักชวนของกลุ่มเพื่อน พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดติดสุรา การเลียนแบบ (Social learning) มีบิดา มารดา และเพื่อน ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดใช้สารเสพติดให้เห็น ชักจูงผลักดันให้พบเห็นเกิดการเลียนแบบ

ผลกระทบจากการเป็นโรคติดสุรา

การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นโรคติดสุรา มากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (จินตวีร์พร แบนแก้ว, 2559) ดังรายละเอียดดังนี้

ด้านร่างกาย การดื่มสุรามีผลต่อตับ เกิดภาวะไขมันในตับ (Fatty liver) ทำให้ตับโต ตับอักเสบตัวเหลือง การดื่มเป็นเวลานานทำให้เกิดพยาธิสภาพการเกิดภาวะตับแข็ง พิษต่อตับอ่อนทำให้ตับอ่อนอักเสบ ปวดท้องอย่างมาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องด้านขวาเรื้อรัง น้ำหนักลด อาจมีอาการผิดปกติของต่อมมีท่อ (Endocrine deficiency) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารหลอดอาหารอักเสบ เลือดออกในกระเพาะอาหาร ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด หรือกระเพาะอาหารทะลุทกเลือดได้ ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ

(Cardiomyopathy) นอกจากนี้ ยังทำให้หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อ กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ได้ เกิดภาวะหัวใจวายได้

ด้านจิตใจและระบบประสาท มีผลให้ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจผิดพลาด การเรียนรู้ ความจำ และความคิดช้าลง การตัดสินใจเสียไป เกิดอาการหูแว่ว กระสับกระส่าย เครียด วิตกกังวล ฝันร้าย ปวดศีรษะมีผลบกพร่องในด้านสติปัญญา การเคลื่อนไหว บกพร่องในด้านความจำ มีความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe syndrome) ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการคิดรวบยอด การวางแผนการจัดระบบ การเสื่อมของสมองส่วนซีรีรัม (Cerebella atrophy) ส่งผลต่อเวอร์มิส (Vermis) ทำให้เกิดการเดินเซ (Ataxia) ทรงตัวไม่ได้ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับโดปามีน โดยมีผลต่อการเพิ่มตัวรับโดปามีนให้มากขึ้น และการดื่มเป็นเวลานานจะทำให้ระดับโดปามีนลดลง ซึ่งแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระตุ้นสารสื่อประสาท โดปามีน ในระยะแรกที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่กำลังเพิ่มขึ้นจะทำให้มีอาการครึกครื้น สนุกสนาน แต่ในผู้ป่วยติดสุราจะเกิดความผิดปกติของโดปามีนทำให้เกิดอาการโรคจิตได้ เช่น ประสาทหลอน หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทสัมผัสสิ่งเร้าผิด

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ครอบครัวแตกแยก และเกิดการหย่าร้างในครอบครัว ผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการ ทำผิดกฎหมาย มีคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ถูกทำร้ายร่างกาย ฆ่ากันตาย การทอดทิ้งไม่เลี้ยงดูเด็ก ขายบริการทางเพศ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกระบุว่า การติดสุราเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมากกว่า 60 โรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ คือ ตาย พิการ ก่อนวัยอันควรทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก และยังมีส่งผลกระทบต่อประกอบอาชีพ จากรายงานโครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุรา พบว่า ร้อยละ 10 ของผู้ใช้งาน ทำให้เกิดการขาดงานมากที่สุด เนื่องมาจากการเมาสุราค้าง และไม่สามารถทำงานได้

การวินิจฉัยโรคติดสุรา (Alcohol Dependence)

การวินิจฉัยโรคติดสุรา ได้มีการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ DSM V ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2013) ผู้ป่วยด้วยโรคนี้จะมีรูปแบบการใช้สุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการดื้อยา ซึ่งนิยามโดยการมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1.1) มีความต้องการในการใช้สุราเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดพิษสุรา (Intoxication) หรือผลที่ต้องการ

1.2) ได้รับผลจากสุราลดลงอย่างมากหากยังคงใช้สุราในขนาดเท่าเดิม

2. มีอาการขาดสุรา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.1) มีอาการขาดสุราจากการหยุดสุรา
 - 2.2) การใช้สุรานั้น (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดการขาดสุราได้
3. มีการใช้สุราปริมาณมาก หรือเป็นระยะเวลาานานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการสุร่ายู่งตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้สุราได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อให้ได้สุรามาในการเสพสุรา หรือการฟื้นจากฤทธิ์ของสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่น เนื่องจากการใช้สุรา
7. คงมีการใช้สุราแม้จะทราบว่ามีโอกาสเกิดหรือกระตุ้นปัญหาทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับการดื่มให้มึนเมา และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่ม ซึ่งมักไม่ค่อยสำเร็จ ทำให้ความรับผิดชอบด้านต่างๆ เช่น การงาน หรือครอบครัวบกพร่อง รูปแบบของการติดสุรามีหลายแบบ ได้แก่ ดื่มทุกวันแต่ปริมาณไม่มาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่ทราบว่าตนเองติดสุรา จนมีเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้ต้องหยุดดื่ม จึงทราบว่าตนติดสุรา เมื่อได้ดื่มแล้วไม่สามารถหยุดได้ ต้องดื่มในปริมาณที่มาก แต่จะมีบางครั้งที่หยุดดื่มได้ชั่วระยะหนึ่ง เช่น เมื่อเจ็บป่วย หรือเมื่อขาดเงิน การติดสุราเป็นการดื่มที่มีผลกระทบต่อชีวิตหลายๆ ด้าน เกิดผลเสีย เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การรักษา

วัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ติดสุรามี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยลด ละ เลิก การดื่มสุรา 2) รักษาภาวะแทรกซ้อน 3) ป้องกันการกลับไปดื่มใหม่ 4) ฟื้นฟูจิตใจ หน้าที่การงานและสังคม ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา (รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2558) จำแนกเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Biological treatment) การบำบัดด้านร่างกายจะเป็นการใช้ยาในการรักษา (Pharmacological treatment) เพื่อให้ผู้ควบคุมการดื่มหรือหยุดดื่มสุรา ยาที่ใช้ควบคุม การดื่มหรือเพื่อให้หยุดดื่มสุราประกอบด้วยยาต่อไปนี้

- 1.1 ยาที่ใช้เพื่อให้หยุดดื่มสุรา (Pharmacological treatment to help maintenance of abstinence) เช่น Dissulfaram antabuse acium carbimide ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ในการปิดกั้นการออกซิเดชัน (oxidation) ของแอลกอฮอล์ หลังรับประทานยากลุ่มนี้แล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการไม่สบายจากฤทธิ์ของยาเช่น ปวดศีรษะ ความดันต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ใจสั่น

1.2 ยาลดความอยากดื่มสุรา (Anticraving) ได้แก่ Naltrexone หรือ Nalmifene และ Acamprosate ซึ่งมีสูตรคล้าย GABA

1.3 ยาต้านซึมเศร้า (Antidepressant drugs) เช่น Desipramine, Trazodone, Fluoxetine, Citalopram, และ Fluvoxamine เพื่อช่วยควบคุมการดื่มและลดการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย

1.4 ยาเพิ่มโดปามีน (Dopamine agonist) เช่น Bromocriptine

1.5 ยาต้านโดปามีน (Dopamine antagonist) เช่น Tripride

1.6 ยาต้านเซโรโทนิน (Serotonin antagonist) เช่น Ritanerin, และ Ondansetron

1.7 ยาเพิ่มเซโรโทนิน (Serotonin agonist) เช่น Buspirone

1.8 ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) เช่น Phenothiazine, และ Butyrophenone

2. ด้านอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal) อาการขาดสุราจะเกิดขึ้นภายใน 2-10 วัน หลังจากมีการลดการดื่มหนักหรือหยุดดื่มในผู้ที่เคยดื่มปริมาณมากๆ และดื่มมาเป็นเวลานาน อาการขาดสุราเป็นผลจากระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากเกินไป (Sympathetic overactivity) เพราะมีการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) สูงมากขึ้น มักเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา 2-3 ชั่วโมง อาการจะเริ่มหายไปภายใน 48 ชั่วโมง เป้าหมายของการรักษา คือ ป้องกันการเกิดอาการชักและอาการสับสนเพ้อคลั่ง (Delirium tremens) ป้องกันหรือรักษาโรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิต แนวทางการรักษาอาการขาดสุราทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยาเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงและไม่มีโรคแทรกซ้อน วิธีการ คือ การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive care) ด้วยการให้กำลังใจและความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย (Reassurance) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลตามความเป็นจริง (Reality orientation) ติดตามและประเมินอาการขาดสุราเป็นระยะห่างกันทุก 1 ชั่วโมง และให้การดูแลรักษาพยาบาลทั่วไป ส่วนการรักษาโดยใช้ยาจะใช้ในกรณีที่มีอาการขาดสุราระดับปานกลาง และระดับรุนแรงที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยาช่วยลดอาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง (Reduce agitation) ป้องกันอาการเหนื่อยล้า (Exhaustion) และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากขึ้น สามารถพักผ่อนและนอนหลับได้ ยาที่นิยมใช้กันมากที่สุด คือ กลุ่มเบนโซไดซีปีน (Benzodiazepines) ได้แก่ ไดอะซีแพม (Diazepam) คลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide) ลอราซีแพม (Lorazepam) ร่วมกับการให้วิตามินโดยเฉพาะไทเอมีน (Thiamine) เพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการเวอร์นิคคอร์ซาคอฟ (Wernicke-Korsokov syndrome) ในผู้ป่วยบางรายอาจให้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ร่วมด้วย ได้แก่ ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol) เพื่อป้องกันการเกิดอาการสับสนเพ้อคลั่ง (Delirium tremens)

3. ด้านจิตสังคม (Psychosocial treatment) การรักษาผู้ติดสุรานอกจากจะใช้ยาเพื่อควบคุมการดื่มหรือเพื่อให้หยุดดื่มสุราแล้ว ยังต้องให้การรักษาด้านจิตสังคมร่วมด้วย ด้วยเหตุผลคือ ยา

ที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่ได้ผลทันทีช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาที่ได้ผลเร็วพร้อมด้วย และการรักษาด้านจิตสังคมสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมมือในการรักษาได้นานขึ้นและสิ่งสำคัญคือ เป็นการช่วยผู้ป่วยให้จัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นตามมาหลังการดื่มจนติด นอกจากนี้เป้าหมายของการบำบัดทางจิตสังคมคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แนวทางการรักษา ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) การให้คำปรึกษา (Counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (Life skill) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) การเปลี่ยนแนวความคิด (Cognitive behavior therapy) การให้ความรู้เรื่องโรคติดสุรา (Psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (Family therapy) ชุมชนบำบัด (Therapeutic communication) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET)

4. การบำบัดแบบอื่นๆ ได้แก่ การรวมกลุ่มของผู้ติดสุราเพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มสุราให้ได้ (Alcoholic anonymous) หรือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุรา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราแบ่งเป็น 3 ระยะ (จินตวีร์พร แป้นแก้ว, 2559 ; Stuart and Laraia, 2013) ประกอบด้วย

การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา

1. ชักประวัติการดื่มสุราเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละวัน (มากกว่า 150 กรัมต่อวัน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่าครึ่งขวดต่อวัน ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี) เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่ง สับสน (Delirium Tremens; DTs) มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งล่าสุดทำมาหลายวัน มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง และชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

2. ประเมินและติดตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) ของซอนเดอร์ส (Saunders) และให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา เพื่อควบคุมอาการถอนพิษสุราตามแนวปฏิบัติ ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมากอาจต้องมีการประเมินทุก 0.5-1 ชั่วโมง

3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และความถี่เพิ่มขึ้นตามสภาพอาการของผู้ป่วย ประเมินNeurologic signs และ Glasgow coma scale แรกรับทุกราย และประเมินอย่างต่อเนื่อง ในรายที่ได้รับอุบัติเหตุกระแทกกระเทือนทางสมอง หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาท

4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย มีการประเมินสารน้ำที่เข้าและออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมง โดยสังเกตปริมาณ สีของปัสสาวะ โดยถ้าจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 500 ซีซีต่อวัน และมีสีเข้ม แสดงว่าเกิดภาวะ Dehydration และในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงรวมทั้งมีปัญหาการกลืน ควรพิจารณาให้อาหารทางสายยาง โดยให้น้ำหรือน้ำหวานหรือเกลือแร่ในช่วง 1-2 วันแรก เพื่อให้ร่างกายสามารถดูดซึมได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ควรให้รับประทานอาหารอย่างพอเพียงโดยรับประทานซ้ำๆ เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร โดยจัดอาหารที่มีคุณค่าและให้ถูกต้องตามความต้องการเฉพาะโรคของผู้ป่วย

5. ดูแลความสะอาด ความสุขสบายและให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างพอเพียง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งเร้าที่จะมากระตุ้นจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่สงบ มีแสงสว่างเพียงพอและสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิด ดูแล ความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย

6. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาหลังผู้ป่วยได้รับยาทั้งหมดทางด้านร่างกาย จิตใจ การเคลื่อนไหว ความคิด ความจำ สังเกตอาการที่เกิดกับผู้ป่วยจากฤทธิ์ของยาที่กดระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ง่วงนอนมาก สับสน (Confusion) อ่อนแรง เดินเซ และหายใจช้า ถ้ามีอาการง่วงนอนมาก เคลื่อนไหวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง ควรพิจารณารายงานแพทย์

7. ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายจากอาการถอนพิษสุรา เช่น โรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มสุรา เมื่อกำลังทำหน้าทีในการเคลือบกระเพาะจะถูกทำลายด้วยแอลกอฮอล์ทำให้เมื่อมีการหลังกรด กระเพาะอาหารจึงถูกทำลายจากกรดจนเกิดเป็นแผล โรคตับแข็ง เนื่องจากผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นเวลานานเซลล์ตับจะถูกทำลาย และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ตับ มีผลทำให้การทำงานของตับเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่ออาหาร แน่นท้อง ท้องอืด ตาเหลืองดีซ่าน มีจ้ำเลือดตามตัว ซึม และหมดสติได้

8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจจะเกิดขึ้น การปฏิบัติตัว เช่น ดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารให้เพียงพอระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุ ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หายใจเหนื่อย อืด แน่นท้อง หนาวสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

9. ส่งเวรให้ทีมพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลระยะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

1. ประเมินอาการ การรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ทักษะต่อการใช้สุรา ความเชื่อแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย ทักษะของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย

2. เสริมสร้างทักษะชีวิต ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นการสร้างทักษะในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

3. สร้างแรงจูงใจให้ญาติ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

4. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลตามหลัก D-METHOD เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อ และเป็นแนวทางให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ

Disease ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผลจากภาวะถอนพิษสุรา

Medication ความรู้เกี่ยวกับยา เช่น ซี้อยา การออกฤทธิ์ วัตถุประสงค์ในการใช้ยา วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

Environment & Economic ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งของ และสถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน

Treatment ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health ให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย

Outpatient referral ให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั่วเวลา สถานที่ แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการฉับพลัน

Diet ให้ความรู้ผู้ป่วยในการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคม ที่เป็นขั้นตอนที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยในการลด ละ เลิกสุรา ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเลิกสุรา มีพฤติกรรมเหมาะสมในการแก้ไขปัญหา

การพยาบาลระยะการติดตามหลังการรักษา

การพยาบาลระยะหลังการรักษาเป็นการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราได้อย่างถาวร สามารถควบคุมการดื่มได้ โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลตนเองในรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งมีการสนับสนุนให้เกิด การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชนได้

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตตสุรา พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) พยาบาลจึงควรมีการทบทวนความรู้ ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตตสุราอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเข้าใจ และมีแนวทางในการดูแลส่งเสริม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตตสุราตามหลัก D-METHOD และฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

บรรณานุกรม

- จินตวีร์พร แป้นแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตตสุรา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 9(3) : 10-19.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. (2557). การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2558). ปัญหาการใช้สารเสพติด. ในมานอน หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เอกอุมา อิ่มคำ. (2560). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart G.W. and Laraia M.T. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th ed.). St. Louis : Elsevie Mosby.

กรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยชาย อายุ 41 ปี สถานภาพสมรส แยกกันอยู่ อาชีพ ค้าขาย เศรษฐฐานะ ปานกลาง รายได้ ไม่แน่นอน ได้รับการวินิจฉัยโรค Multiple substance induced psychosis รับไว้ครั้งที่ 3 มีประวัติใช้สารเสพติดหลายชนิด ตั้งแต่อายุ 20 ปี ทั้งสุรา กัญชา ยาบ้าและยาไอซ์ ใช้มาเรื่อยๆ มาที่ไข้อยคือ ยาบ้า ต้มสุรา โดยยาบ้า ใช้ครั้งล่าสุดเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ส่วนสุรา ต้มครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 วันก่อนมารพ. มีประวัติรับยาสม่ำเสมอ แต่มารดาบอกว่า กินยาไม่สม่ำเสมอ กินบ้างไม่กินบ้าง พอมารดาเตือนบอกว่าตนเองปกติดี

1 สัปดาห์ เริ่มมีอาการหูแว่ว พูดพิมพ์คำคนเดียว ไม่นอน เดินไปมา

3 วันก่อนมารพ. โมโหร้าย ทูบหม้อข้าว เห็นภาพหลอน ระวังกลัวคนมาทำร้าย วิ่งหนีเข้าป่าข้างบ้าน ญาติออกติดตามหา ไม่พบ ผู้ป่วยหายไป 1 วัน กลับมาที่บ้าน ด้วยท่าทางอ่อนเพลีย บอกมารดาว่าไม่ได้รับประทานอาหาร ต้มแต่น้ำ ผู้ป่วยยังมีท่าทางระแวง หงุดหงิดง่าย ตาขวาง พูดคนเดียวสลับกับตะโกนโวยวายเป็นช่วง ๆ มารดาและญาติพาไปโรงพยาบาลชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 วัน ได้รับยาจิตเวชแบบรับประทานและได้รับยาฉีด Haloperidol 5mg เข้ากล้ามเนื้อ 5 ครั้ง Valium 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ 5 ครั้ง ล่าสุดเมื่อ 2 ชั่วโมงก่อน refer มาที่รพ. จิตเวช

ขณะอยู่ที่ ER โรงพยาบาลจิตเวช มีอาการอยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด มีหูแว่ว ตะโกนอะอะโวยวาย คล้ายตอบโต้กับเสียงแว่วแต่เนื้อหาสับสน ประวัติที่ OPD card เคยมี EPS มาก่อน แพทย์จึงรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

อาการแรกเริ่ม อยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ยังมีหูแว่ว ถูกจำกัดพฤติกรรมไว้ หงุดหงิด ตะโกนโวยวายให้แกำมัด วัตถุประสงค์ชัน มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อ นาที BP 145/78 mmHg. แพทย์สั่งให้ยาทางจิตชนิดรับประทาน และมียาฉีด prn for agitation Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4 ชั่วโมง

จากข้อมูลของกรณีศึกษาให้นักศึกษาวิเคราะห์

1. ประเด็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้จะมีอะไรบ้าง
2. นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร้อมระบุข้อสนับสนุน
3. ยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมา 1 ข้อ พร้อมระบุเป้าหมาย เกณฑ์ และระบุ

กิจกรรมการพยาบาลพร้อมเหตุผล

ตัวอย่างแบบทดสอบบทที่ 4

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ยานอนหลับ จัดอยู่ในประเภทใด ของสารเสพติดที่แบ่งตามลักษณะของสารที่ใช้ในทางการแพทย์
 1. กดประสาท
 2. หลอนประสาท
 3. กระตุ้นประสาท
 4. ออกฤทธิ์หลายอย่าง
2. ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ท่านซักประวัติด้านใดบ้าง
 1. ประวัติพัฒนาการทางบุคลิกภาพ
 2. ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด
 3. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต
 4. ข้อ ก และ ข ถูก
3. การพยาบาลข้อใดที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ที่มีอาการหวาดกลัว คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย หูแว่ว เห็นภาพหลอน เอะอะโวยวาย เสียงดัง
 1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
 2. จัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
 3. ฉีดยาเพื่อลดอาการทางประสาท
 4. ป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
4. ผู้ป่วยวัย 18 ปี มีประวัติบุคลิกภาพแบบ Antisocial และใช้สารเสพติด ถูกนำส่งโรงพยาบาล เพราะทุบกระจกและเข้าไปขโมยยาในคลินิกแห่งหนึ่ง ข้อใดน่าจะเป็นลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยรายนี้
 1. มีความเมตตากรุณา มีน้ำใจกับเพื่อน ๆ
 2. ชอบออกจากบ้านโดยไม่ได้รับอนุญาต
 3. มีประวัติ Enuresis
 4. ผลการเรียนดี
5. ผู้ป่วยชายมีอาการมือสั่น หน้ากระตุก กระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก คลื่นไส้อาเจียน หลังหยุดดื่มสุรา 5 ชั่วโมง พยาบาลควรประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะใด
 1. ภาวะถอนแอลกอฮอล์
 2. ซ็อกจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์
 3. ประสาทหลอนหลังหยุดแอลกอฮอล์
 4. อาการทางจิตเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 5 (6 ชั่วโมง)

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท

- 1) บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช
 - การบำบัดรักษาด้วยยา
 - การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า
 - การบำบัดรักษาทางจิต
 - การบำบัดทางพฤติกรรม
 - การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมและกลุ่มกิจกรรมบำบัด

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากหลังการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

- 1) บอกบทบาทของพยาบาลในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยยาได้ถูกต้อง
- 2) อธิบายขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ถูกต้อง
- 3) ระบุแนวทางในการบำบัดรักษาทางจิตในผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
- 4) บอกวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
- 5) จำแนกประเภทหรือชนิดของการจัดสิ่งแวดล้อมหรือกลุ่มกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมแตกต่างกันได้ถูกต้องเหมาะสม

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

- 1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
- 2) การอภิปราย
- 3) รายงานกิจกรรมกลุ่มบำบัดและทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดในสถานการณ์จำลอง

4. สื่อการเรียนการสอน

- 1) PowerPoint
- 2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT e - Learning

5. การวัดผลและการประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
- 2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
- 3) การทดสอบย่อย

บทที่ 5

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช ที่จะกล่าวต่อไปในบทนี้ ประกอบไปด้วย บทบาทของพยาบาลในการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดรักษาทางจิต การบำบัดทางพฤติกรรม การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมและกลุ่มบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การบำบัดด้วยยาทางจิตเวช (พิชัย อภิรัฐสกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ยาทางจิตเวชเป็นยาที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิด และการรับรู้โดยออกฤทธิ์ที่ Limbic system, Hypothalamus และ Reticular activating system โดยยาที่ใช้ในการบำบัดทางจิตนี้มี ความเกี่ยวข้องกับเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 5 ประเภท ได้แก่ Acetylcholine, Gamma aminobutyric acid (GABA), Serotonin, Noradrenaline หรือ Norepinephrine และ Dopamine ซึ่งยาทางจิตเวชเริ่มใช้เมื่อ ปี ค.ศ.1950 โดยการค้นพบว่ายาร Reserpine และ Chlorpromazine ช่วยทำให้ผู้มีอาการทางจิตสงบลงได้ และจากการศึกษาวิจัยทางประสาทวิทยา พบว่า ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมอง โดยยาทางจิตเวชที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs)
2. ยาคลายกังวล (Antianxiety drugs)
3. ยารักษาอาการเศร้า (Antidepressant drugs)
4. ยาควบคุมอารมณ์ (Mood – stabilizing drugs)
5. ยาลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (Anticholinergic Drugs)

1. ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) (พิชัย อภิรัฐสกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ยากลุ่มนี้เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Major tranquilizers เป็นยาที่นำมาใช้รักษาภาวะที่มีอาการแสดงของโรคจิตต่างๆ โดยเฉพาะโรคจิตเภท แมเนีย และโรคจิตเนื่องจากสมองพิการ

ประเภทของยารักษาโรคจิตหรือยาด้านอาการโรคจิต

ยาด้านโรคจิตสามารถแบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ที่สำคัญตามสูตรโครงสร้าง ได้เป็น 7 กลุ่ม ดังนี้

1. Phenothiazine derivatives แบ่งย่อยออกได้อีก 3 กลุ่มตาม Side chain ได้แก่

1.1 Aliphatic side chain เช่น Chlorpromazine, Promazine, Triflupromazine เป็นต้น Chlorpromazine เป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้

1.2 Piperazine side chain ยา Phenothiazines ในกลุ่มนี้จะมี Piperazine ring อยู่ใน side chain เช่น Perphenazine, Fluphenazine, Trifluoperazine เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความแรง ในการออกฤทธิ์ค่อนข้างสูงกว่ากลุ่ม Aliphatic และ Piperidine side chain

1.3 Piperidine side chain เช่น Thioridazine, Mesoridazine เป็นต้น ยาตัวที่ใช้มากที่สุดคือ Thioridazine แต่ฤทธิ์อ่อนกว่ายาในกลุ่ม Aliphatic และ Piperazine side chain

2. Thioxanthene derivatives เช่น Thiothixene (tiotixene), Clopenthixol, Flupenthixol เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ค่อนข้างแรงเมื่อเทียบกับกลุ่ม Phenothiazines

3. Butyrophenone derivatives เช่น Haloperidol, Bromperidol, Droperidol, Pimiperone เป็นต้น เป็นกลุ่มที่นิยมใช้มากที่สุดกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะ Haloperidol

4. Diphenylbutylamine (Diphenylbutylpiperidine) derivatives เช่น Pimozide, Penfluridol, Fluspirilene เป็นกลุ่มที่ออกฤทธิ์แรงและนานกว่ากลุ่ม Butyrophenone

5. Aminoalkylbenzamides เช่น Remoxipride, Raclopride, Sulpiride รวมทั้ง Metoclopramide ซึ่งมักไม่ใช้เป็น Antipsychotics แต่จะใช้เป็นยาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียน

6. Dibenzodiazepine เช่น Clozapine, Olanzapine

7. Benzisoxazole derivatives เช่น Risperidone นอกจากนี้ยังมียาต้านอาการโรคจิตที่มีสูตร โครงสร้างต่างอีกหลากหลายเช่น Dihydroindolone derivative เช่น Molindone, Phenoxyalkylamines เช่น Oxiperomide เป็นต้น ยาในกลุ่มที่ 6 และ 7 เช่น Clozapine และ Risperidone มักถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ เรียกว่า atypical antipsychotics เนื่องจากทำให้เกิด EPS ต่ำ ยาทางจิตเวชดังกล่าว ส่วนใหญ่ที่เป็นที่นิยมใช้กันมากมี 2 ชนิด คือ Phenothiazine และ Butyrophenone

กลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านอาการทางจิต

ส่วนใหญ่ยาต้านอาการโรคจิตมีฤทธิ์ยับยั้งฤทธิ์ของสารสื่อประสาท Dopamine โดยปิดกั้นที่ Postsynaptic dopamine D2 receptors ที่สมอง โดยเฉพาะที่สมองส่วน Mesolimbic (Nucleus accumbens, Amygdala, Hippocampus และ Entorhinal cortex) มีผลทำให้ลดอาการประสาทหลอน และ หลงผิดของผู้ป่วยลงได้

ข้อบ่งใช้ยารักษาโรคจิต

ข้อบ่งใช้ยารักษาโรคจิต มีดังนี้

1. ลดอาการ Agitation เอะอะอาละวาด และก้าวร้าว ทำให้อารมณ์สงบ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายนอก และภายในร่างกาย

2. ทำให้อาการประสาทหลอน ความคิดที่ผิดปกติ หลงผิด ลดลงหรือหมดไป

3. ทำให้ผู้ป่วยที่เฉื่อยเมย แยกตัวเองขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม กลับมามีการติดต่อและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

อาการข้างเคียง

1. Extrapyrarnidal side effects

1.1 Acute dystonia มีการเกร็งของกล้ามเนื้อรุนแรง ในบริเวณคอ หลอดลม ลิ้น ปากรวมถึงบริเวณลูกตาทำให้ลำคอบิด ลูกนัยน์ตาเหลือกขึ้นข้างบน ลิ้นแลบออกมาอกปาก ซึ่งถ้าอาการรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดมากอาการนี้มักเกิดในผู้ป่วยชายวัยหนุ่ม เมื่อได้ยาในช่วง 1-5 วันแรก

1.2 Parkinsonism หรือ Pseudoparkinsonism มีอาการแสดงเหมือนผู้ป่วยที่เป็นโรค Parkinson คือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไป ทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าๆ เดินตัวแข็ง ช้า มีอาการมือ-ขาสั่น พูดไม่ค่อยคล่องเพราะมีลิ้นแข็งขากรรไกรเกร็ง มีน้ำลายไหล กล้ามเนื้อหน้าเกร็ง เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์

1.3 Akathisia มีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่ติด หรืออยู่นิ่งๆ ไม่ได้ จึงต้องขยับตัวไป มา หรือต้องเคลื่อนไหวช้าๆ พบได้มากในผู้ป่วยเพศหญิงเมื่อใช้ยาได้ประมาณ 50-60 วัน

1.4 Tardive dyskinesia อาการกลุ่มนี้เกิดขึ้นช้าๆ ในผู้ป่วยที่ใช้ยานานเกิน 1 ปี อาการที่พบมีการเคลื่อนไหวของปากผิดปกติ (Buccolingual movement) เช่น ปากขมูบขมิบเหมือนเคี้ยวปาก หรือดูดปาก และลิ้นเคลื่อนไหวอย่างไม่ตั้งใจ ร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขน ขา และการเดินผิดปกติ ในลักษณะไม่สัมพันธ์กัน

2. Neuroleptic Malignant Syndrome(NMS) เป็นอาการที่เกิดไม่บ่อยนัก อาการสำคัญคือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไปอย่างรุนแรง มีไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่คงที่ เหงื่อออกมาก ปัสสาวะน้อย อาจเกิดภาวะการทำงานของระบบหายใจล้มเหลว หรือไตล้มเหลว และเสียชีวิต

3. Anticholinergic effects ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ใจสั่น และปัสสาวะลำบาก

4. Sedation อาการง่วงนอน พบได้มากสำหรับผู้ป่วยได้รับยานี้ในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนและทำกิจกรรมอื่นไม่ได้

5. Postural hypotension ยากลุ่มนี้ทำให้แรงดันโลหิตตกโดยเฉพาะเมื่อเปลี่ยนท่า เช่น จากนอนเป็นยืน หรือผู้ป่วยอาจบ่นมึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด และเป็นลม

6. Lowered seizure threshold ยามีส่วนไปลด การควบคุมการชัก จึงทำให้เกิดการชักได้ง่ายขึ้น

7. Metabolic or endocrine effects ได้แก่ ยาไปเพิ่มความอยากอาหารทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่ม ยาไปลดความรู้สึกทางเพศในผู้ป่วยชาย และทำให้รอบเดือนหายไปนานในผู้ป่วยหญิงจึงอาจคิดไปได้ ว่าตั้งครรภ์หรืออาจตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ

8. Toxic and allergic effects ได้แก่ Agranulocytosis, Dermatitis, Cholestatic jaundice, Retinitis, Pigmentosa, Photosensitivity และ Nonspecific skin rashes

ข้อควรระวัง

ควรระวังในการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยาต่างๆ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก มีสมองได้รับบาดเจ็บ มีประวัติโรคตับหรือมีภาวะไขกระดูกถูกกด

วิธีการใช้ยา ยาส่วนใหญ่ดูดซึมได้ดี ในระบบทางเดินอาหาร ทำลายที่ตับและถูกขับออกทางปัสสาวะ

ตัวอย่างวิธีการใช้ยา

Chlorpromazine ขนาดยาที่ใช้รับประทานอยู่ในช่วง 200-800 มิลลิกรัม/วัน แบ่งเป็นวันละ 3-4 ครั้ง ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 25-400 มิลลิกรัม ทุก 4 – 6 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุดไม่ควรเกิน 2 กรัม/วัน ภายหลัง การรับประทานให้ขนาดยาสูงสุดภายใน 1 ชั่วโมง

Haloperidol ขนาดยาที่ใช้รับประทาน 1-15 มิลลิกรัม/วัน แบ่งเป็นวันละ 2-3 ครั้ง การฉีดเข้า กล้ามเนื้อ 2-5 มิลลิกรัมทุก 4-8 ชั่วโมง อาจให้ทางหลอดเลือดดำได้ในขนาด 15-24 มิลลิกรัม/วัน

Pimozide ยาตัวนี้เป็น Atypical antipsychotic ขนาดยาที่ใช้คือ 2-12 มิลลิกรัม/วัน วันละครั้ง ให้ระดับยาสูงสุดภายใน 7 ชั่วโมงหลังจากรับประทานยา

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคจิต (จิราพร รักการ, 2560 ; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2556 ; Halter, 2014 ; Stuart and Laraia, 2013)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับยาโรคจิตที่สำคัญคือ พยาบาลควรศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา อาการข้างเคียงของยาและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อใช้ยา ตรวจสอบสภาพการทำงานของตับ ปริมาณเม็ดเลือด ตรวจวัดสายตาของผู้ป่วยและวัดความดันโลหิต เพื่อประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนรับยา

2. พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาโดยยึดหลักข้อควรระวังในการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยาต่างๆ สมองได้รับบาดเจ็บ มีประวัติโรคตับหรือมีภาวะไขกระดูกถูกกดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงของยาโรคจิต ซึ่งได้แก่

3.1 การวางแผนและปฏิบัติการโดยคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

3.1.1 อาการข้างเคียง Anticholinergic side effects

1) ปากแห้ง คอแห้ง พยาบาลควรเตรียมลูกอม น้ำแข็งหรือให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ และดูแลความสะอาดของปากและฟันของผู้ป่วยให้มากขึ้น

2) ตาพร่า มองเห็นไม่ชัด พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการ ดังกล่าวเป็นอาการข้างเคียงของยา อาการจะดีขึ้นหรือหายไปประมาณ 2-3 สัปดาห์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรระมัดระวังอุบัติเหตุ ซึ่งไม่ควรขับขี่ยานยนต์จนกว่าตาจะมองเห็นชัดเจน และควรจัดข้าวของให้เป็นระเบียบ

3) ท้องผูกพยาบาลควรจัดหาอาหารที่มีกากสูง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ใช้กำลังและดื่มน้ำมากๆ

4) ปัสสาวะลำบาก พยาบาลควรรับรายงานให้แพทย์ทราบและบันทึก ปริมาณน้ำที่เข้าออกต่อวัน

3.1.2 อาการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร พยาบาลควรให้ยาหลังอาหารทันที หรือพร้อมกับมื้ออาหาร และดื่มน้ำตามมากๆ เพื่อเจือจางความเข้มข้นของยา

3.1.3 อาการผื่นคัน พยาบาลควรรายงานให้แพทย์ทราบ

3.1.4 อาการง่วงนอนพยาบาลควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนเวลา รับประทานยาเป็นก่อนนอนหรือลดขนาดยาลง รวมทั้งเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับขีรถหรือทำงานกับเครื่องจักรกล

3.1.5 ความดันโลหิตต่ำ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงนอนช้าๆ จากท่านอนเป็นท่านั่งและควรวัดความดันโลหิตทุก 8 ชั่วโมง

3.1.6 อาการระคายเคืองของตาและผิวหนัง แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่ป้องกันแสงแดด และใส่แว่นกันแดดก่อนออกนอกบ้าน

3.1.7 อาการข้างเคียงของระบบฮอร์โมน อาจเกิดอาการประจำเดือนมาไม่ปกติในผู้หญิง พยาบาลจึงควรอธิบายถึงผลของยาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะกลับเป็นปกติ ในรายที่ผู้ป่วยกังวลมากอาจรายงานแพทย์เพื่อปรับยา ผู้ป่วยบางรายมีน้ำหนักเพิ่มควรให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกวัน ดูแลอาหารที่มีแคลอรีพอเหมาะและกระตุ้นให้ออกกำลังกาย

3.1.8 ระดับการทนต่อการชักลดลง พยาบาลควรสังเกตผู้ป่วยที่มีประวัติการชักอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine

3.1.9 การทำลายของเม็ดเลือดขาว พยาบาลควรสังเกตอาการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยา Clozapine ในช่วง 3 สัปดาห์แรก อาการแสดง ได้แก่ เจ็บคอ มีไข้และอ่อนแรง ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเลือดทุกสัปดาห์เป็นเวลา 18 สัปดาห์และหลังจากนั้นทุกเดือน ถ้าหากระดับเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,500 หรือ Granulocyte ต่ำกว่า 1,500 ควรหยุดยา

3.1.10 มีน้ำลายไหล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย พยาบาลควรประคบประครองจิตใจ ของผู้ป่วยและป้องกันการสำลักรน้ำลายในกรณีที่มีมาก

3.1.11 อาการข้างเคียงของระบบประสาทส่วนกลาง พยาบาลควรสังเกตอาการ ผุดลุกผุดนั่ง เกร็งบริเวณกล้ามเนื้อคอและศีรษะ เคลื่อนไหวช้า หน้าไม่ยิ้ม ซึ่งเมื่อเริ่มมีอาการ พยาบาลควรรับรายงานแพทย์ทราบ

3.1.12 การดูจริตมีปาก การเคลื่อนไหวของลิ้นอย่างไม่ตั้งใจ พยาบาลควรเริ่มสังเกตอาการรายงานแพทย์ทราบและหยุดยาไว้ก่อนจะช่วยป้องกันได้

3.1.13 Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) พยาบาลควรเริ่มประเมินอาการ เริ่มแรกที่สำคัญ ได้แก่ มีไข้สูง การเกร็งตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หายใจ เร็ว ความดันโลหิตขึ้นๆลงๆ การรู้สึกตัวไม่ดี หากพบอาการเริ่มแรกควรหยุดยาทันที บันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณน้ำเข้าออก ระดับความรู้สึกตัว พร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อส่งแผนการรักษาต่อไป

3.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคจิตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่ายาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยง่วง และภายใน 3 สัปดาห์หลังการใช้ยาผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยควรรับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องหลายปี และแพทย์จะค่อยๆปรับขนาดของยาลง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นไม่ควรหยุดยาเองแต่ควรรับรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตมีดังนี้

- ระวังระวังและหลีกเลี่ยงการขับรถหรือการทำงานกับเครื่องจักรกลที่เป็นอันตราย เนื่องจากยาทำให้เกิดอาการมึนงง
- ไม่หยุดยาเอง แต่ควรใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้มีอาการจะดีขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมาพบแพทย์ตามนัด
- ใช้ครีมกันแดดและสวมเสื้อผ้า แว่นกันแดดตลอดเวลาที่ออกนอกบ้าน ป้องกันผิวไหม้เกรียมจากแสงแดด ซึ่งมักเกิดขึ้นเมื่อตากแดดเกิน 30 นาที
- ให้รีบมาพบแพทย์ทันที ถ้ามีอาการเจ็บคอ มีไข้ มีผื่นขึ้น มีจุดเลือดออก ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะลำบาก กล้ามเนื้อเกร็งสั่น ตาตัวเหลือง หรือชัก
- เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ จากท่านอนเป็นนั่ง หรือนั่งเป็นยืน เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า
- จิบน้ำบ่อยๆ เคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอม ถ้าปากแห้ง และดูแลความสะอาดปากและฟัน โดยบ้วนปากและแปรงฟันบ่อยๆ
- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่จะเพิ่มการเผาผลาญของร่างกายและสารสื่อประสาทมากขึ้น
- รักษาความอบอุ่นของร่างกาย หลีกเลี่ยงที่มีอุณหภูมิสูงต่ำเกินไป เพราะยานี้ส่งผลต่อการปรับอุณหภูมิของร่างกาย
- งดดื่มแอลกอฮอล์และยาต่างๆที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ขณะรับยานี้ เพราะจะเสริมฤทธิ์ยาให้รุนแรงขึ้น
- ในกรณีตั้งครรภ์ ยานี้สามารถถ่ายทอดจากมารดาสู่บุตรโดยผ่านรก ดังนั้นควรปรึกษาแพทย์ทันทีในกรณีตั้งครรภ์

4. การประเมินผลการพยาบาลหลังจากที่พยาบาลวางแผนและให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลควรประเมินผลการพยาบาลโดยพิจารณาปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับยา ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการ

สงบลงไม่ทำร้ายผู้อื่น ไม่เป็นอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้เอง โดยไม่ต้องมีการบังคับ ในส่วนของผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายความสำคัญและความจำเป็นของการรักษาการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการจัดการกับอาการข้างเคียงขณะที่อยู่บ้านได้

2. ยากล่อมกังวล (Antianxiety drugs / Anxiolytic drugs) (พิชัย อภิภูมสุกุล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ยากลุ่มนี้มีอีกชื่อหนึ่งว่า Minor tranquilizer เป็นยาที่ใช้รักษาอาการกังวล

ประเภทของยากล่อมวิตกกังวล

ยาที่ใช้บรรเทาอาการวิตกกังวลแบบทั่วไป (Generalized anxiety disorder, GAD) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. Benzodiazepines เช่น Diazepam, Lorazepam, Alprazolam เป็นต้น
2. Non-benzodiazepines ได้แก่
 - 2.1 Azapirones เช่น Buspirone, Isapirone, Gepirone
 - 2.2 Blockers เช่น Propranolol
 - 2.3 Antihistamines เช่น Hydroxyzine
 - 2.4 Antidepressants เช่น Imipramine , Amitriptyline ซึ่งยาที่นิยม ได้แก่

Benzodiazepines มีฤทธิ์คลายกังวล กล้ามเนื้อคลายตัวต่อต้านอาการชักและทำให้ช่วยนอนหลับ

กลไกการออกฤทธิ์

GABA (Gamma-aminobutyric acid) เป็น Inhibitory neurotransmitter ที่สำคัญของสมอง ซึ่ง Benzodiazepines ออกฤทธิ์จับ Receptors ที่อยู่บน GABA receptor chloride ionophore complex เพิ่ม Affinity ของ GABA receptor มีผลทำให้เปิด Chloride channel เพิ่ม Chloride ion flux เข้าสู่ cell ทำให้ cell ถูกกระตุ้นยากขึ้น

ข้อบ่งใช้

โรคทางจิตเวชที่มีอาการกังวล อาการที่จะได้ผลดี คือ ความวิตกกังวล ความเครียด ตื่นเต้นง่าย และพ่วงพ่วง ภาวะนอนกระว้าง Diazepam ใช้รักษาอาการหอบ (Hyperventilation) ได้ผลดีมากโดยฉีด 5-10 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าหลอดเลือดดำ

1. ใช้เป็นยานอนหลับ

2. ใช้รักษา Delirium tremens ลดอาการสั่น พ่วงพ่วงภาวะนอนกระว้าง และทำให้ออนหลับได้ผลดีมาก แม้ยาจะไม่มีผลต่ออาการโรคจิตโดยตรง แต่อาการประสาทหลอนและหลงผิดจะหมดไปเมื่อผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เป็นเวลา 2 - 3 วัน และได้รับอาหารกลูโคส และวิตามินบีรวมเพียงพอ นิยมใช้ Diazepam 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำทุก 2-4 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะสงบแล้วให้รับประทานต่อ 10 มก.ทุก 6 ชั่วโมง จนหายเป็นปกติ

3. โรคลมชัก นิยมใช้ Diazepam เพราะมีฤทธิ์ Anticonvulsant สูงและมีชนิดฉีดยา ใช้รักษาอาการชักแบบ grand mal โดยให้ร่วมกับยารักษาโรคลมชักอย่างอื่น

4. โรคของ Neuromuscular ที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ

5. อาการก้าวร้าวและรุนแรง (Aggression) จากสาเหตุใดก็ตาม เมื่อให้ Diazepam ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าหลอดเลือดดำอาการจะลดลง

วิธีการใช้ยา

หลักการและวิธีการเลือกใช้ยาลดอาการวิตกกังวล

1. ยากลุ่ม Benzodiazepines

1.1 เป้าหมายในการใช้ ผู้ป่วยวิตกกังวลคือ ต้องการลดความรุนแรง ระยะเวลาและความถี่ของอาการวิตกกังวล และสามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2 การเลือกให้ยาให้คำนึงถึงสภาพของผู้ป่วย และปัจจัยทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาร่วมกัน ดังนี้

1.2.1 ในกรณีที่ต้องการผลของยาอย่างรวดเร็วให้เลือกใช้ Diazepam, Clonazepam หรือ Alprazolam โดยการใช้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อน เช่น Diazepam 2 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหรือยาอื่นในขนาด equivalent dose แล้วจึงค่อยๆ ปรับขนาดยาขึ้นจนควบคุมความวิตกกังวลได้หรือเป็นขนาด สูงสุดที่ผู้ป่วยทนอาการข้างเคียงได้โดยทั่วไปขนาดยาสูงสุดของ Diazepam ไม่เกิน 30-40 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย ภายหลังจากการปรับขนาดยาจนควบคุมอาการได้แล้ว ถ้าเป็นชนิด Long acting จะให้ยาครั้งเดียวได้ตอนก่อนนอน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี และยังคงฤทธิ์คลายกังวล อยู่จนตลอดวันรุ่งขึ้น

1.2.2 ผู้ป่วยสูงอายุหรือใช้ยาอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งอาจมีผลรบกวนการทำงานของเอนไซม์ ดังนั้นควรเลือกใช้ Lorazepam หรือ Oxazepam

1.2.3 การใช้ยาในขนาดสูงติดต่อกันนานกว่า 4 สัปดาห์ มักทำให้เกิดการติดยาได้ง่าย ถ้าหยุดยาทันทีจะมี Withdrawal effect เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด นอนไม่หลับ ถ้าเป็นรุนแรงมากอาจชักได้

อาการข้างเคียง

1. Central nervous system effects ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการง่วงซึมนอนมาก ลดความสามารถทางสติปัญญา ความสามารถในการคิด การจำบกพร่อง และการควบคุมแขนขาไม่สัมพันธ์กัน

2. Physical dependence ยากลุ่มนี้ถ้าใช้ไปนานและปริมาณยาสูงจะทำให้ผู้ป่วยติดยา ต้องพึ่งพายาทางร่างกาย ถ้าหยุดยาอย่างกระทันหันจะมีอาการขาดยา คือ หงุดหงิด เหงื่อออกมาก ภูกระตุ่นได้ง่ายต่อแสงและเสียง นอนไม่หลับ ปวดท้อง ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้ารุนแรงอาจมีอาการชัก

3. Hematologic effects ยามีผลต่อระบบเม็ดเลือด เช่น agranulocytosis หรือ anemia ในยาบางตัว
4. Overdose การใช้ยาเกินขนาดสำหรับยาในกลุ่มนี้ไม่มีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ถ้าผู้ป่วยใช้ยานี้ร่วมกับยาตัวอื่นๆอาจทำให้เสียชีวิตได้
5. Adverse effects ถ้าใช้ยานี้ในผู้สูงอายุผู้ป่วยที่มีสมองถูกทำลายหรือผู้ป่วยปัญญาอ่อน อาจพบอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร วุ่นวายกระสับกระส่าย และอารมณ์ผิดปกติ

ข้อควรระวัง

ระมัดระวังการใช้ยานี้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหายใจ เช่น โรคปอดต่างๆ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามากๆ อาจนำไปใช้ในการฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยติดสารเสพติดต่างๆ ไม่ควรใช้ยานี้ในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลให้ทารกมีความผิดปกติได้ เช่น Cleft palate และไม่ควรใช้ยาในหญิงที่อยู่ระหว่างให้นมบุตร

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาคลายวิตกกังวล (จิราพร รักการ, 2560 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล เพราะผู้ที่มีอาการวิตกกังวลมักจะใช้ยาเพื่อลดอาการดังกล่าว แต่ปัญหาที่แท้จริงที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลยังไม่ได้รับการแก้ไข พยาบาลควรตระหนักถึงความจำเป็นในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องของวิธีการควบคุมอารมณ์ต่างๆ การลดความวิตกกังวลด้วยวิธีอื่นๆ เนื่องจากยาในกลุ่ม Benzodiazepines นั้น อาจทำให้ผู้ป่วยตี้อยาและติดยาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาขนาดสูงติดต่อกันนานเกินกว่า 4 สัปดาห์ทำให้เกิดการติดยาได้ง่าย ดังนั้น พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่นำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิด เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับอารมณ์วิตกกังวลและอาจมีอาการซึมเศร้า ความคิดทำร้ายตนเอง ประวัติการใช้ยาและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่ใช้ยาลดอาการวิตกกังวล และอาการข้างเคียงจากยา

2. พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาโดยยึดหลักข้อควรระวังในการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ไม่ควรใช้ยาร่วมกับแอลกอฮอล์ ยาลดอาการแพ้ และยาด้านอาการซึมเศร้า และควรใช้ยาน้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับและไตบกพร่อง

3. การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงของยาคลายกังวล ซึ่งได้แก่

- 3.1 การวางแผนและปฏิบัติการโดยคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

- 3.1.1 ง่วงซึม สับสน ไม่กระตือรือร้น พยาบาลควรชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการที่พบบ่อยๆในผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ในช่วงแรกๆ และอาการเหล่านี้จะค่อยๆทุเลาลง เนื่องจากร่างกายจะปรับตัวได้หลังจากรับประทานยาไปสักระยะหนึ่ง ดังนั้นในช่วงแรกที่ได้รับยาพยาบาลควรแนะนำให้

ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการขับรถและการทำงานกับเครื่องจักรกลต่างๆ หรือหากผู้ป่วยมีอาการมากพบบาล ควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาปรับลดขนาดยา

3.1.2 การดื้อยาและการติดยา เนื่องจากการใช้ยากลุ่มนี้ในขนาดสูงติดต่อกันนานเกินกว่า 4 สัปดาห์ ทำให้เกิดการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ และหากหยุดยากะทันหันจะมีอาการขาดยา เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ สั่น คลื่นไส้ เหงื่อออก ชัก และเพ้อคลั่ง พยาบาลจึงควร แนะนำให้ผู้ป่วยทราบและไม่ควรหยุดยาเอง หากไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์ก่อน

3.1.3 ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ พยาบาลควรให้ผู้ป่วยนอนพักทันทีที่มีอาการ วิตความดันโลหิต แนะนำให้ผู้ป่วยลุกเปลี่ยนท่าช้าๆ โดยเฉพาะเวลาลุกจากเตียงให้ลุกช้าๆ นั่งห้อยเท้า ประมาณ 1 นาที แล้วค่อยลุกขึ้น

3.1.4 ปากแห้ง พยาบาลควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากและแปรงฟันบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งให้ทาลิปสติกมัน

3.1.5 การใช้ยาเกินขนาด พยาบาลควรประเมินติดตามผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเอง และให้มีการดูแลใกล้ชิดตระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยใช้ยาเกินขนาด และแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดอาการวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควร อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า ยานี้สามารถลดอาการวิตกกังวล ความรู้สึกหวาดหวั่น และ นอกจากนี้จะช่วยให้นอนหลับได้ อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเองโดยที่แพทย์ไม่อนุญาต การหยุด ยาอย่างกะทันหันจะทำให้มีอาการต่างๆ ก่อนรับประทานยากลับมาเป็นอีก อย่างไรก็ดี ไม่ควรใช้ยากลุ่ม นี้ไปนานๆ เพราะอาจทำให้เกิดการดื้อยาหรือติดยาได้และทำให้ต้องใช้ปริมาณของยาสูงไปจากเดิม ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้ทราบว่า จะต้องรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทันที หากมีอาการดังนี้ ง่วงซึม อ่อนเพลีย เต้นโซเซ สั่น รู้สึกคล้ายคนเมา และระหว่างการรับระชานยา ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวดังนี้

3.2.1 ไม่ควรรับประทานยาพร้อมมื้ออาหาร เนื่องจากอาหารในกระเพาะจะทำให้ การดูดซึมยาเข้าสู่กระแสเลือดช้าลง และหากมีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารควรรายงานให้แพทย์ ทราบก่อน

3.2.2 หากมีอาการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ให้ดื่มน้ำชา น้ำแกง หรือขนมปังกรอบ

3.2.3 ในขณะที่รับประทานยากลุ่มนี้ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มมีคาเฟอีน หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และสูบบุหรี่เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง

3.2.4 ควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุราในขณะที่รับประทานยานี้ เพราะจะทำให้เสริมฤทธิ์ของ ยาต่อการทำงานระบบต่างๆ ของร่างกายมากยิ่งขึ้น

3.2.5 ควรรายงานให้แพทย์ พยาบาลทราบทันที ที่มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง

3.2.6 ไม่ควรรับประทานยาอื่นๆ ร่วมกับยากลุ่มนี้โดยที่ยังไม่ได้ปรึกษากับแพทย์ก่อน

3.2.7 ยาอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงควรหลีกเลี่ยงการขับรถหรือการทำงานกับเครื่องจักรกล

4. การประเมินผลการพยาบาลหลังจากที่พยาบาลวางแผนและให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลควรประเมินผลการพยาบาลโดยพิจารณาปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับยา ได้แก่ ความรู้สึก ตึงเครียดและอารมณ์วิตกกังวลลดลง ไม่เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม หรือได้รับอันตรายเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆได้ โดยไม่ต้องกระตุ้น ไม่มีอาการข้างเคียงของยา เช่น สับสน ไม่ง่วงซึมจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยรับประทานยาเองโดยไม่ต้องอาศัยการบังคับหรือกระตุ้นอย่างมาก รวมทั้งผู้ป่วยอธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการรักษาด้วยยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาขณะอยู่กับบ้านได้

3. ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressants drugs) (พิชัย อธิฐสกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ยากลุ่มนี้ ช่วยลดอาการเศร้า และทำให้อาการต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด ดีขึ้นจากการซึมเศร้า

ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า

ยาที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ยาระงับอาการเศร้านุ่มดั้งเดิม (Conventional antidepressants) ได้แก่

1.1 Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)

1.2 Tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น Amitriptyline, Imipramine, Doxepin, Desipramine

2. ยาระงับอาการเศร้านุ่มที่สอง (Second generation antidepressants, Atypical antidepressants) ได้แก่

2.1 Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

2.2 Bicyclic antidepressants เช่น Zimelidine

2.3 Tetracyclic antidepressants เช่น Mianserin, Maprotiline

2.4 Unusual structures เช่น Amoxapine, Trazodone, Buspirone, Nomifensine และ Amineptine เป็นต้น

3. ยารุ่นใหม่อื่นๆ ได้แก่ Tianeptine, Nefazodone, Mirtazapine, Venlafaxine

4. ยาระงับอาการคลุ้มคลั่งสลับเศร้า (Antimanic-depressive disorders) ได้แก่ Lithium carbonate

กลไกการออกฤทธิ์

จะกล่าวถึงเฉพาะยาที่ใช้บ่อยในปัจจุบัน ดังนี้

1. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) MAO เป็นเอนไซม์ที่ใช้ทำลายสารสื่อประสาท norepinephrine, 5-HT และสารสื่อประสาทอื่นๆ MAOIs จะไปจับกับเอนไซม์ MAO เกิดเป็น สารประกอบเชิงซ้อนแบบถาวร (Irreversible) มีผลเพิ่มปริมาณของ Norepinephrine และ 5-HT ที่ ปลายประสาท เนื่องจากมีการทำลายสารเหล่านี้ลดลง ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ เช่น Isocarboxazid , Phenelzine และ Tranylcypromine

ผลการรักษาของยาในกลุ่ม MAOIs จะปรากฏหลังจากได้รับยาแล้วเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ทั้งๆ ที่ผลในการยับยั้งเอนไซม์เกิดขึ้นได้เร็วมากหลังจากได้รับยา MAOIs จัดเป็น hit and run drug คือ ถึงแม้จะตรวจไม่พบยาในกระแสเลือดแล้ว หรือเพียงแต่ให้ยาครั้งเดียวเท่านั้น จะสามารถเห็นฤทธิ์ของยาอยู่เป็นเวลานาน ผลการรักษาโดยการให้ MAOIs จะไม่ดีเท่ายาในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) ยกเว้นในพวก Atypical depression ซึ่งจะใช้ MAOI ได้ผลดี และ MAOI มี ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า TCAs ด้วย ฉะนั้น MAOIs จะไม่ใช่เป็นยาตัวแรก (Firstline drug) ในการ ใช้เลือกรักษาอาการซึมเศร้า

2. Tricyclic antidepressants (TCAs)

การออกฤทธิ์ของยา TCAs ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดอาการซึมเศร้าโดยไปเพิ่มระดับของ norepinephrine และ 5-HT ในสมอง และยับยั้งการส่งเก็บกลับ (Reuptake) ของสารสื่อสมองเหล่านี้เข้าไปในปลายประสาท ยาในกลุ่มนี้นอกจากจะมีผลต่อ Adrenergic neurotransmitters แล้ว ยังมีผลต่อสารสื่อสมองอื่น ๆ ดังนั้นอาจมีสารสื่อประสาทนอกเหนือไปจาก norepinephrine และ 5-HT ซึ่งจะมีบทบาท เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ TCAs ยังสามารถยับยั้ง Resynaptic (2-adrenergic receptor ทำให้มีการหลั่ง norepinephrine ออกจากปลายประสาทเพิ่มขึ้น ผลนี้ก็จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับผลการรักษาทางคลินิกของ TCAs ที่เกิดขึ้นช้า คือ จะเห็นผลต่อเมื่อให้ยาไปแล้ว 2-3 สัปดาห์

ข้อบ่งใช้

1. โรคซึมเศร้า
2. อาการซึมเศร้าที่เกิดจากยา โรคทางกาย และโรคของสมอง
3. อาการซึมเศร้าที่พบร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคกังวล โรคจิตเนื่องจากสมองพิการ และโรค Psychosomatic
4. ผู้ป่วยโรคกลัวที่มีอาการ Panic บ่อยๆ ให้ Imipramine จะป้องกันอาการ Panic ได้ผลดี

5. อาการปัสสาวะรดที่นอน (Enuresis) ในเด็ก พบว่า Imipramine เป็นยาเพียงชนิดเดียวในกลุ่มนี้ที่รักษาอาการนี้ได้ผลดีมาก โดยเฉพาะในเด็กอายุเกิน 10 ปี ขนาดยา 25-50 มิลลิกรัม ให้ก่อนนอนครั้งเดียว

ข้อห้ามใช้

1. ผู้ป่วยที่เป็นต่อหินชนิด Narrow-angle ห้ามให้ยารักษาอาการเศร้าทุกชนิดเพราะจะทำให้อาการกำเริบและตาอาจบอดได้
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อหินชนิดอื่น และผู้ป่วยที่ต่อมลูกหมากโต ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ไม่ควรให้ยากลุ่มนี้ แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องให้ด้วยความระมัดระวังและให้ยาขนาดน้อย

อาการข้างเคียงของยากลุ่ม TCAs

1. Anticholinergic effects เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยทุกคน เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก แต่ถ้าอาการมากขึ้น อาจมี ปัสสาวะลำบาก หรือ ลำไส้ไม่ทำงาน
2. Central nervous system effects ได้แก่ มือ สั่น (Fine tremor) หงุดหงิด กระสับกระส่าย นิ่ง ไม่ติด หรือแสดงอาการทางจิต
3. Cardiovascular effects อาการสำคัญ คือ Postural hypotension และมีความผิดปกติในจังหวะการเต้นของหัวใจ
4. Sexual side effects ได้แก่ Impotence, Ejaculatory dysfunction และ Decreased libido
5. Antihistaminic effect ได้แก่ อาการง่วงนอน และน้ำหนักเพิ่ม
6. Drug interactions ปฏิกริยาของยากลุ่มนี้กับยาอื่นๆ ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์เป็น Antagonism ของยาในกลุ่ม Antihypertensive และทำให้เกิดอาการเป็นพิษต่อผู้ป่วยที่เคยใช้ยากลุ่ม MAOIs มาก่อนได้
7. Overdose การได้ยาเกินขนาด 10-20 เท่าของปริมาณปกติ ทำให้เกิดอาการเป็นพิษต่อสมอง มีอาการชัก เกร็ง กระตุก สับสน ไม่รู้สึกตัวและเสียชีวิตได้

อาการข้างเคียงของยากลุ่ม MAOIs

1. Cardiovascular effects อาการ Postural hypotension เป็นอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว
2. Sexual side effects พบในผู้ป่วยที่ได้ยาในปริมาณสูง อาจมี Impotence และ Anorgasmia
3. Sedation and weight gain อาการง่วงนอน และน้ำหนักเพิ่ม
4. Hypertensive crisis ผู้ป่วยได้ยากลุ่มนี้อาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างกะทันหันเนื่องจากยาไปมีปฏิกริยาต่อสารพวก Tyramine ถ้าอาการเล็กน้อยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ และคลื่นไส้ แต่ ถ้าอาการรุนแรง อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และเสียชีวิต

5. Drug interactions ยากลุ่มนี้มีปฏิกริยาต่ออื่นหลายชนิด เช่น ยาแก้หวัด แก้ปวดบางชนิด รวมถึงสารและยาต่อไปนี้ Amphetamines, Alcohol, Narcotics, Diuretics, Antihypertensive และ Hypoglycemics

6. Overdose การได้ยาเกินขนาด 6-10 เท่าเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

7. Precipitation of mania ยานี้อาจกระตุ้นให้เกิดอาการ Mania ได้ในผู้ป่วยกลุ่ม Bipolar depression

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาอาการซึมเศร้า (จิราพร รักษการ, 2560 ; อรพรรณ ลือบุญราชชัย, 2556)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาอาการซึมเศร้านั้นพยาบาล ควรรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยในอดีตหรือของญาติของผู้ป่วย

2. การพยาบาลควรยึดหลักข้อควรระวังต่างๆในการใช้ยา เช่น

ยาในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants ควรระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว และหญิงมีครรภ์หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร

ยา MAOIs มีข้อควรระมัดระวังในเรื่องข้อห้ามต่างๆ ของการใช้ยา โดยเฉพาะการรับประทาน อาหารที่มี Tyramine เช่น เนยแข็ง อาหารที่มีส่วนผสมของอีสต์สูง จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงมาก (Hypertensive crisis) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก

การใช้ยา MAOIs ร่วมกับยา TCAs ทำให้เกิด Hypertensive crisis

นอกจากนี้ยาต้านอาการซึมเศร่ายังมีข้อควรระมัดระวังในเรื่องขนาดการรักษา การได้รับยาเกินขนาดจะทำให้เกิดการชักและการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ เต็มเร็วไปและเป็นอันตรายถึงชีวิตก็ได้ ยาต้านอาการซึมเศร้า SSRI นั้น พยาบาลควรจะตระหนักอยู่เสมอว่า แม้วายาดังกล่าวจะได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงและไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงมากดังเช่นยา Tricyclic Antidepressants และ MAOIs แต่ก็ยังมีข้อควรระมัดระวังว่าการรับประทานยากลุ่ม SSRI จะส่งผลทำให้การทำงานของ Serotonin เพิ่มขึ้นเกินกว่าปกติ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายตื่นเต้น ม่านตาขยาย หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก ปวดท้อง มีไข้สูง กล้ามเนื้อกระตุก ชักและแพ้ และเสียชีวิตได้ ข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

3. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาอาการซึมเศร้า

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาอาการซึมเศร้า มุ่งเน้นการติดตามประเมินผลของยาและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการใช้ยาที่สำคัญคือการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการดูแล ดังนี้

3.1 การป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของยา

3.1.1 อาการข้างเคียง Anticholinergic side effect

- 1) ปากแห้ง คอแห้ง พยาบาลควรเตรียมลูกอม น้ำแข็งหรือให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ และดูแลความสะอาดของปากและฟันของผู้ป่วยให้มากๆ
- 2) ตาพร่า มองเห็นไม่ชัดเจน พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้นหรือหายไปประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่ควรขับขีรถยนต์จนกว่าการมองเห็นจะชัดเจน ควรจัดข้าวของเล็กๆน้อยๆให้อยู่เป็นที่ เป็นทาง ไม่เกะกะขวางทางเดิน เพราะผู้ป่วยอาจชนหกล้มได้
- 3) ท้องผูก พยาบาลควรจัดหาอาหารที่มีกากสูง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ใช้กำลังและดื่มน้ำมากๆ
- 4) ปัสสาวะลำบาก พยาบาลควรบรรยายงานให้แพทย์ทราบและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้า-ออกต่อวัน รวมทั้งหาวิธีกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะออกมาได้เอง

3.1.2 อาการง่วงซึม พยาบาลควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาเป็นก่อนนอนหรือลดขนาดของยาลง รวมทั้งเตือนให้ผู้ป่วยไม่ให้ขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักรกลในขณะที่ได้รับยาดังกล่าว

3.1.3 ความดันโลหิตต่ำ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงช้าๆ จากท่านอนเป็นท่านั่ง และวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง

3.1.4 อาการระคายเคืองของตาและผิวหนัง พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่ป้องกันแสงแดด ใส่แว่นกันแดดก่อนออกนอกบ้าน

3.1.5 ระดับการทนต่อการชั้กลดลง พยาบาลควรสังเกตผู้ป่วยที่มีประวัติการชั้กอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้ยา

3.1.6 จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ พยาบาลควรวัดความดันโลหิต ชีพจร และตรวจสอบจังหวะการเต้นของหัวใจ และรายงานให้แพทย์ทราบทันทีหากพบอาการเปลี่ยนแปลง

3.1.7 ความดันโลหิตสูงมาก (Hypertensive crisis) พยาบาลควรควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา MAOIs ได้รับอาหารที่มี Tyramine เช่น เนยแข็ง ไวน์ ตั้บไก่ และตรวจวัดความดันโลหิตผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะ Hypertensive crisis อย่างไรก็ตามหากพบว่ามีอาการปวดศีรษะอย่างแรง อาเจียน ตัวร้อน เจ็บหน้าอก ต้องหยุดยาทันที และรายงานให้แพทย์ทราบทันที และบันทึก Vital sign ของผู้ป่วย นอกจากนี้ในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานยานี้ พยาบาลควรชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า โดยปกติแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น คือ อาการซึมเศร้าลดลงหรือหมดไป รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับอาการ ซึมเศร้าหมดไปด้วยเช่น อาการเบื่ออาหารนอนไม่หลับ ใจคอหงุดหงิด ซึ่งจะต้องใช้เวลาอนอย่าง น้อย 2-3 สัปดาห์ ภายหลังการรับประทานยา บางครั้งอาจใช้เวลาจนถึง 6 สัปดาห์

3.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า ยานี้เป็นยาที่รักษาอารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกอยากทำร้ายตนเองลดลง ยามีผลให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ กลับมาสนใจสิ่งแวดล้อมและติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ที่สำคัญพยาบาลควรชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า จำเป็นต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันทีหากมีอาการต่อไปนี้ เจ็บคอ มีไข้ รู้สึกอ่อนล้ามากขึ้น อาเจียน ท้องเสีย มีผื่นแดง และมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หากตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ เป็นต่อหิน ต่อมลูกหมากโตก็ไม่ควรได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มนี้

3.2.1 ปากแห้ง ควรบ้วนปากและแปรงฟันบ่อยๆ ทาลิปมัน

3.2.2 คลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารลดลง ให้รับประทานอาหารที่ช่วยขับน้ำย่อย เช่น พวกขนมปังกรอบ แครกเกอร์ น้ำชา และถ่าน้ำหนักลดลง ควรทานอาหารเสริมประเภทโปรตีนเพิ่มร่วมด้วย

3.2.3 น้ำหนักเพิ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับยา TCAs และ MAOIs อาจมีน้ำหนักเพิ่มจึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้ง ไขมัน หรืออาหารที่มีรสหวานและควรออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน

3.2.4 ปัสสาวะลำบาก ควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว รายงานให้แพทย์ทราบและออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อเพื่อช่วยในการขับปัสสาวะ

3.2.5 ท้องผูก ควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว รับประทานอาหารจำพวกผัก ออกกำลังกาย สม่่าเสมอ รับประทานอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย เช่น มะละกอ กัลย หากยังคงมีท้องผูกให้แจ้งแพทย์ พยาบาลทราบเพื่อพิจารณาให้ยาระบายต่อไป

3.2.6 ฟันผุ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน ดูแลทำความสะอาดช่องปาก ลื่น

3.2.7 ไวต่อแสงแดด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีอากาศร้อนหรือแดดจ้า หากอยู่ในที่มีแดดจัดให้แต่งกายให้รัดกุมป้องกันผิวหนังจากแสงแดด กางร่ม สวมหมวก สวมแว่นตากันแดด

3.2.8 ประจำเดือนมาผิดปกติ ให้รายงานแพทย์หรือ พยาบาลทราบ

3.2.9 ความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง ให้รายงานแพทย์ หรือพยาบาลทราบ

3.2.10 เวียนศีรษะ นอนพักผ่อนเมื่อเวียนศีรษะ เปลี่ยนท่าช้าๆ และขอให้พยาบาลวัดความดันโลหิตให้

3.2.11 ง่วงซึม ควรขับรถด้วยความระมัดระวังเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเสพติดต่างๆ ไม่ควรใช้ยาอื่นๆ มากกระตุ้นให้ตื่นตัว

3.2.12 กล้ามเนื้อตัว แขนขาเกร็ง และกระวนกระวายให้รายงานแพทย์ พยาบาลทราบและรับประทานยารักษาอาการข้างเคียง

3.2.13 ตาพร่าใช้แว่นสายตาช่วยในขณะที่อ่านหนังสือและใช้แว่นกันแดด เมื่ออยู่ในที่มีแสงจ้า

3.2.14 ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับยา MAOIs พยาบาลควรอธิบายว่าผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทหมักดอง รมควัน หรืออาหารประเภทเก็บไว้นานๆ ทั้งในขณะรับประทานยาและหยุดยาแล้วเป็นเวลานานต่อไปอีก 2 สัปดาห์ อาหารที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ของหมักดอง ปิ้งย่าง รมควันต่างๆ

3.2.15 ปวดศีรษะรุนแรงอาจพบในผู้ป่วยที่ได้รับยา MAOIs หากพบอาการดังกล่าว ให้หยุดยาทันที และรายงานให้แพทย์ พยาบาลทราบ

3.2.16 บวมที่เท้าและขา หลีกเลียงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หมั่นยกเท้าสูง ทาครีม หรือโลชั่น บริเวณผิวหนังที่บวมและแตก

3.2.17 รู้สึกสับสน ควรรีบรายงานให้แพทย์ พยาบาลทราบทันที

4. การประเมินผลการพยาบาล หลังจากที่พยาบาลวางแผนและให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลอาจประเมินผลการพยาบาลโดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับยา ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตนเอง อารมณ์ซึมเศร้า และวิตกกังวลลดลง มองโลกในแง่ดีมากขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ต้องกระตุ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม หรือได้รับอันตรายเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา ไม่มีอาการข้างเคียงของยาโดยเฉพาะอาการ Hypertensive crisis สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ไม่ง่วง ซึมจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยรับประทานยาเองโดยไม่ต้องอาศัยการ บังคับหรือการกระตุ้นอย่างมาก รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็น ของการรักษาด้วยยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ ขณะอยู่ที่บ้านได้

4. ยาคควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilizer) (พิชัย อภิรัฐสกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ยาที่ใช้รักษาอาการคลุ้มคลั่ง ปัจจุบันมีอยู่ 2 กลุ่มที่สำคัญคือ ลิเทียม และยากันชัก ซึ่งในที่นี้จะกล่าวเน้นเฉพาะยากลิเทียม โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1. ลิเทียม (Lithium)

ลิเทียมใช้ในทางจิตเวชอยู่ในรูปของลิเทียมคาร์บอเนตและลิเทียมซิเตรท กลไกการออกฤทธิ์ของลิเทียมในการลดอาการคลุ้มคลั่งเชื่อว่าแย่งที่กับโซเดียมในการผ่านเข้าออก Sodium channel ของเซลล์ ทำให้ลดการกระตุ้นเซลล์ประสาทและการเก็บกลับของสารสื่อต่างๆ เข้าในเซลล์ ลิเทียมมีผล Stabilize catecholamine receptors และเพิ่ม GABA activity ลิเทียมถูกดูดซึมได้สมบูรณ์ในทางเดินอาหารให้ระดับยาสูงสุดในเลือดภายใน 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง (ถ้าเป็นแคปซูลชนิด Slow release จะเป็น 4 ชั่วโมง) กระจายตัวไปในเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย ไม่มี Protein binding ไม่ถูก Metabolized ถูกขับออกทางไตในรูปเดิมเกือบทั้งหมด ดังนั้น ต้องระวัง การใช้ในผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งต้องตรวจการลิเทียมมีระดับยาที่ให้ผลในการรักษา (Therapeutic index) แคบ ระดับยาที่ให้ผลในการรักษา อยู่ในช่วง 0.6-1.2 mEq/L ขนาดยาเริ่มต้นคือ 300 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง อาจเพิ่มขนาดขึ้นได้ถึง 2400 มิลลิกรัม ต่อวัน สำหรับ Acute treatment ส่วน Maintenance dose มักอยู่ในช่วง

400-1200 มิลลิกรัม ต่อวัน และเมื่อเริ่มให้ลิเทียมควรมีการวัดระดับยาทุก 2 อาทิตย์ เพื่อให้แน่ใจว่าระดับยาอยู่ในช่วงที่ต้องการ

4.2. ยากันชัก ได้แก่

4.2.1 Carbamazepine เป็นยากันชักซึ่งนำมาใช้ในผู้ป่วย Bipolar disorder ซึ่งไม่ตอบสนองต่อลิเทียม ขนาดยาที่ใช้คือ 200 มิลลิกรัม แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง และสามารถเพิ่มขนาดยาขึ้นได้จนกระทั่ง ได้รับความเข้มข้นในเลือดที่ควบคุมอาการได้ คือ อยู่ในช่วง 4-12 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร

4.2.2 Clonazepam นิยมใช้ในผู้ป่วย Acute mania ที่มี Agitation ร่วมกับ ขนาดยาที่ใช้ในโรคนี้ คือ 4-24 มิลลิกรัม ต่อวัน

4.2.3 Sodium valproate มักใช้ในแบบเดี่ยวหรือร่วมกับลิเทียมใน Acute mania และในการป้องกันการเกิด Bipolar disorder ได้ผลดี ขนาดยาที่ใช้คือ 250 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง และเพิ่มขนาดยาขึ้นจน ควบคุมอาการได้ ระดับยาที่ต้องการควรมากกว่า 50 ไมโครกรัม ต่อ มิลลิลิตร แต่ไม่ควรเกิน 100 ไมโครกรัม ต่อ มิลลิลิตร

ข้อบ่งใช้

1. รักษาโรคแมเนีย
2. ป้องกันการเป็นซ้ำของโรค Bipolar disorder ในระยะแมเนีย

ข้อควรระวัง

ไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหัวใจ ผู้ป่วยสมองถูกทำลาย และผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพขาดน้ำรุนแรง สำหรับผู้ป่วยตั้งครรภ์หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตรห้ามใช้ยานี้ โดยเฉพาะขณะตั้งครรภ์ในช่วง 3 เดือนแรก

อาการข้างเคียง

ยา Lithium นี้มีระดับของยาในกระแสเลือดที่ให้ผลในการรักษาค่อนข้างแคบๆ ในระยะควบคุมอาการ Acute mania ควรมียาในระดับ 1.0 – 1.25 mEq/L ในระยะการรักษาทั่วไป ควรมียาในระดับ 0.6 – 1.0 mEq/L ซึ่งถ้ามียาในกระแสเลือดตามระดับที่ต้องการ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมักไม่ รุนแรงและไม่เป็นอันตราย ซึ่งอาการข้างเคียงแบ่งได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ ทำงานของไตเป็นระยะๆ ยานี้มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 8-35 ชั่วโมง (เฉลี่ย 20 ชั่วโมง)

1. Early side effects เป็นอาการที่เกิดในช่วงแรกที่ได้ยา ได้แก่
 - 1.1 ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และปวดท้อง
 - 1.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรง และอ่อนเพลีย
 - 1.3 มือสั่น โดยเฉพาะเวลาเขียนหนังสือ
 - 1.4 กระจายน้ำ และปัสสาวะบ่อย
2. Later side effects เป็นอาการที่เกิดเมื่อใช้ยานาน ได้แก่
 - 2.1 อาการมือสั่นยังคงมีอยู่

- 2.2 กระจายน้ำและปัสสาวะบ่อยมากกว่าระยะแรก
- 2.3 น้ำหนักเพิ่ม หรือมีบวม
- 2.4 อาจมีภาวะแทรกซ้อนของ Hypothyroidism หรือ Goiter
- 2.5 Leukocytosis
- 2.6 มีการเปลี่ยนแปลงในคลื่นหัวใจ
- 2.7 มีความผิดปกติในไต

ระดับความเป็นพิษของ Lithium

สาเหตุที่ทำให้ระดับของ Lithium ในกระแสเลือดสูงจนเกิดอาการเป็นพิษ ส่วนมากเนื่องจากผู้ป่วยได้ยาเกินขนาด ผู้ป่วยมีการสูญเสียโซเดียมหรือน้ำ จากอาเจียน ท้องเสียหรือใช้ยาขับปัสสาวะ และผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น เป็นหวัดหรือปวดท้อง ซึ่งระดับความเป็นพิษของ Lithium แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ระดับเฝ้าระวัง เล็กน้อยถึงปานกลางระดับความเป็นพิษ Lithium level 1.2-1.5 mEq/L อาการระดับที่มี Lithium สูงสุดที่มีผลในการรักษา อาการข้างเคียงที่พบได้ เช่น มือสั่น ปัสสาวะบ่อย กระจายน้ำ ท้องเสีย ปวดท้อง และอ่อนเพลีย ซึ่งอาการต่าง ๆ นี้จะไม่รุนแรง

2. ระดับเป็นพิษปานกลาง ระดับความเป็นพิษ Lithium level :1.5-2.0 mEq/L อาการระดับที่มี Lithium สูงจนเกิดอาการเป็นพิษ โดยมีอาการข้างเคียงรุนแรงกว่าระดับเฝ้าระวังโดยมีอาการทางระบบทางเดินอาหารเช่น ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และปากแห้ง อาการทางระบบประสาท เช่น มึนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง พูดไม่ชัด ผิดปกติในการเคลื่อนไหว เช่น เดินโซเซ หรือมีกระดูกของกล้ามเนื้อตา ตาพร่ามัว และหูอื้อ

3. ระดับเป็นพิษรุนแรง ระดับความเป็นพิษ Lithium level : 2.0-2.5 mEq/L อาการระดับที่มี Lithium สูงจนเกิดอาการเป็นพิษ ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนตลอด และมีอาการทางระบบประสาท เช่น มีการเคลื่อนไหวแขนหรือขาแบบกระตุกเป็นระยะ จนถึงแสดงอาการชัก สับสนมาก การทำงานของหัวใจผิดปกติ

4. ระดับอันตราย ระดับความเป็นพิษ Lithium level : มากเกิน 2.5 mEq/L อาการ ระดับที่มี Lithium สูงจนเกิดอันตรายถึงเสียชีวิต อาการสำคัญ ได้แก่ การทำงานของหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำมาก มีไข้สูง ไม่รู้สึกตัว มีการชักปัสสาวะน้อย และการทำงานของไตล้มเหลว

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาลดอาการคลุ้มคลั่ง (จิราพร รักษาการ, 2560 ; อรพรรณ ลีอนุญ รัชชัย, 2556 ; Shives, 2012)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย เนื่องจากลิเทียม (Lithium) มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายมากมาย เช่น ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด ระบบไตและต่อมไทรอยด์ และขนาดของยาลิเทียมที่ใช้ในการรักษากับการเกิดพิษของยานั้นใกล้เคียงกันมาก

2. พยาบาลจึงควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับลิเทียมและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมในระดับรักษา พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยละเอียดว่า มีผลกระทบต่อระดับของลิเทียมในกระแสเลือดหรือในผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรง พยาบาลควรตรวจดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้เป็น CBC, Urinalysis, FBS, BUN, Creatinine, Electrolytes และ Serum T3, T4 ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจ ควรตรวจดูผลการทำ EKG ด้วยและควรรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติ การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยในอดีตหรือของญาติของผู้ป่วย อาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยเคยประสบมาก่อนและอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยหยุดยาในที่สุด ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยว่าควบคุมตนเองได้มากน้อยขนาดไหน ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายผู้อื่นและตนเองหรือไม่ รวมทั้งแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุ

3. การวางแผนการและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาอาการลดอาการคลุ้มคลั่ง เนื่องจากลิเทียมต้องใช้เวลานานประมาณ 1-2 สัปดาห์ ก่อนออกฤทธิ์ในระดับรักษา หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงแพทย์อาจใช้ยาด้านอาการโรคจิตก่อน เพื่อควบคุมอาการให้สงบแล้วจึงเริ่มให้ลิเทียมหรืออาจใช้ร่วมกับลิเทียม เมื่อผู้ป่วยสงบและถึงเวลาที่ลิเทียมออกฤทธิ์แล้วจึงค่อยลดขนาดยารักษาโรคจิตลงจนหยุดยาได้ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาอาการคลุ้มคลั่งจน มุ่งเน้นถึงผลของยา อาการข้างเคียงของยา และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการใช้ยาลดอาการคลุ้มคลั่ง

3.1 ในระยะแรกของการให้ยา แพทย์จะสั่งเจาะเลือดหาระดับความเข้มข้นของลิเทียมเพื่อ ปรับขนาดยาโดยทำทุก 5 หรือ 7 วัน จนกว่าจะมีระดับคงที่หรือควบคุมอาการคลุ้มคลั่งได้

3.2 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับน้ำ อาหาร และยาที่มีผลต่อระดับความเข้มข้นของลิเทียมเพื่อการ รักษาระดับความเข้มข้นที่เหมาะสมของลิเทียมในกระแสเลือดให้คงอยู่อย่างสม่ำเสมอถึงเป็นสิ่ง เช่น ไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เค็มจัดเพราะจะทำให้ระดับความเข้มข้นของลิเทียมในกระแสเลือดลดลง ในทางตรงข้ามกับผู้ป่วยได้รับปริมาณโซเดียมน้อยเกินไปก็จะทำให้ระดับลิเทียมสูงขึ้นจนเกิดภาวะเป็นพิษได้ นอกจากนี้พยาบาลควรดูแลการเสียน้ำจากร่างกายผู้ป่วย เช่น เหงื่อออกมาก ท้องเสีย เพราะจะทำให้เดภาวะขาดน้ำและภาวะลิเทียมเป็นพิษ หากพบอาการพิษจากลิเทียม เช่น อาการวิงเวียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน พยาบาลควรรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที ขณะเดียวกันก็ควรหยุดการให้ยาลิเทียม ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้มากๆ ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่พบจากยาลิเทียม ดังนี้

3.3.1 ง่วงซึม เวียนศีรษะ ปวดศีรษะพยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยพักผ่อน และไม่ควรรนำผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นการกระตุ้นอาการคลุ้มคลั่งของผู้ป่วย

3.3.2 ปากแห้ง คอแห้ง พยาบาลควรเตรียมลูกอม น้ำแข็งหรือให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ และดูแลความสะอาดของปากและฟันของผู้ป่วยให้มาก ๆ

3.3.3 อาการระคายเคืองระบบทางเดินอาหารพยาบาลควรให้ยาทันทีหลังอาหารหรือพร้อมกับมื้ออาหาร

3.3.4 อาการสั่น (Fine tremor) พยาบาลควรรับรายงานให้แพทย์ทราบทันที

3.3.5 ความดันโลหิตต่ำ การเต้นของหัวใจเต้นผิดปกติ พยาบาลควรตรวจวัดสัญญาณชีพจรทุก 4-6 ชั่วโมง และรายงานให้แพทย์ทราบ

3.3.6 น้ำหนักเพิ่มพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทานอาหารประเภทแป้ง ไขมัน หรืออาหารที่มีรสหวานและควรออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน

3.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดอาการคลื่นคลั่งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3.4.1 การให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับนี้เป็นยาชนิดกิน ซึ่งต้องใช้เวลา 1-2 สัปดาห์ กว่ายาจะออกฤทธิ์ถึงระดับรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นคลั่งกลับเข้าสู่ภาวะปกติ และมี ประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคครั้งต่อไปด้วย ผู้ป่วยควรมารับการเจาะเลือดเพื่อวัดระดับ ความเข้มข้นของลิเทียมทุก 2 สัปดาห์ด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับยารักษาจนอาการต่างๆ สงบลงแล้วยัง จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากนั้นแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าสมควรให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคครั้งต่อไปหรือไม่ นอกจากนี้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า ควรรายงานแพทย์ หากมี อาการต่อไปนี้คือ ท้องเสีย อาเจียน มีไข้ หนาวสั่น มีการติดเชื้อ วิงเวียนหูตึงไม่ชัด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินโซเซ สับสน ใจสั่น ในกรณีที่ตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ ก็ควรบอกให้แพทย์ทราบ และที่สำคัญ พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือดเพื่อดูระดับความเข้มข้นของ ลิเทียมในเลือดตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง

3.4.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะได้รับยาตามอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) รู้สึกคลื่นไส้ควรรับประทานลิเทียมพร้อมมื้ออาหารหรือเมื่อมีอาหารในกระเพาะเนื่องจากลิเทียมมีผลทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อกระเพาะอาหาร หรือดื่มน้ำชาหรือน้ำแกงเพื่อ ลดอาการคลื่นไส้

2) คลื่นไส้หรืออาเจียนให้รายงานพยาบาล หรือแพทย์ทราบทันที และไม่ควรรับประทานลิเทียมต่อเนื่องจนกว่าจะได้พบแพทย์และพยาบาลแล้ว

3) ปากแห้งให้บ้วนปาก แปร่งฟันบ่อยๆ และทาลิปสติกมัน

4) น้ำและอาหาร ควรดื่มอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว รับประทานอาหารที่รสเค็มด้วย แต่ไม่ควรมีรสเค็มจัด หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่ม อย่ายอดอาหารเองหรือลดน้ำหนักเอง ขอให้ปรึกษาแพทย์ก่อน

5) ปัสสาวะบ่อยๆ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว และควรรายงานให้แพทย์ พยาบาลทราบ ถ้าท้องเสียพยายามดื่มน้ำเกลือแร่เพื่อรักษาระดับเกลือในร่างกายและรายงานให้แพทย์พยาบาลทราบ

6) บวมให้ยกขาสูงหากมีอาการขาบวม หากมีผิวหนังแตกเนื่องจากบวมให้ทาโลชั่น บำรุงผิว

7) การสูญเสียเหงื่อหรือการอยู่ในที่ที่อากาศร้อนจัด หรือการออกกำลังกายมากๆ หากต้องอยู่ในที่ที่มีอากาศร้อนจัดให้สวมเสื้อแขนยาว ดื่มน้ำให้มากๆ

8) มือสั่นให้รายงานแพทย์ พยาบาลทราบ

4. การประเมินผลการพยาบาล หลังจากที่ยาบาลวางแผนและให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลอาจประเมินผลการพยาบาลโดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับยาลดอาการคลุ้มคลั่ง ซึ่ง ได้แก่ อาการคลุ้มคลั่งสงบลง ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายตนเองและผู้อื่น ไม่ได้รับอุบัติเหตุหกล้มหรือได้รับอันตรายเนื่องจากอาการไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) ไม่มีอาการพิษของลิเทียม สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ ไม่ง่วงซึมจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยรับประทานยาเอง โดยไม่ต้องอาศัยการบังคับหรือการกระตุ้นอย่างมาก รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการรักษาด้วยยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาขณะอยู่ที่บ้านได้

5. ยาลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (Anticholinergic drugs/Antiparkinson drugs) (พิชัย อภิภูสกุล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ยาในกลุ่มนี้ เป็นยารักษาอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชนั้น เมื่อรักษาไปได้ระยะหนึ่งมักมีอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้เรียกว่าอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) จะมีอาการตัวแข็ง ลั่นแข็ง น้ำลายไหล ปากแห้ง ตามัว ไบหน้าแดง ผิวน้ำมีผื่น อาการเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับยารักษา ซึ่งยาพวก Anticholinergic drugs นี้สามารถใช้บำบัดอาการดังกล่าวได้ผล และใช้ในการลดการหลั่ง น้ำลาย ตัวแข็งเกร็ง อาการสั่น ได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนมาก

กลุ่มยาประเภทนี้ ได้แก่ Benztropine(cogentin), Biperiden(akineton), Procyclidine (Kemadrin), Trihexyphenidyl (Artane, ACA), Diphenhydramine (Benadryl)

ยาที่นำมาใช้อยู่ในกลุ่ม Anticholinergic หรือ Antiparkinson มีเป้าหมายเพื่อลดอาการข้างเคียง โดยเฉพาะอาการในกลุ่ม Extrapyrarnidal ที่เกิดจากยารักษาโรคจิต

กลไกการออกฤทธิ์

เนื่องจากยารักษาโรคจิตไป Block dopamine receptor ในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ทำให้ Dopamine และ Acetylcholine transmission เกิดภาวะไม่สมดุลคือมีปริมาณ Dopamine transmission เพื่อให้เกิดความสมดุล โดยยาที่นำมาใช้ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Dopaminergic แต่ไม่ค่อยนิยมนำมาใช้รักษาอาการ Parkinson ที่เกิดจากยารักษาโรคจิต

ข้อบ่งใช้

1. ใช้ยานี้ เมื่อผู้ป่วยได้ยารักษาโรคจิตและมีอาการข้างเคียงเท่านั้น

2. ใช้เพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียง ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการ acute dystonia เช่น ผู้ป่วยชายวัยหนุ่มที่ได้ยารักษาโรคจิตปริมาณสูง

วิธีการใช้ยา

ในขณะที่เกิดอาการ Acute dystonia ใช้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ไม่นิยมฉีดเข้าเส้นเลือด และถ้ามีอาการในแบบเรื้อรัง เช่น อาการ Parkinsonism หรือ Akathisia จำเป็นต้องใช้ยาในระยะยาวหรือเป็นระยะๆ จึงควรให้ยาโดยการกินทางปาก

ตัวอย่างยาและปริมาณยาในกลุ่ม Anticholinergic หรือ Antiparkinson drugs ที่นิยม ได้แก่ Bzotropine (Cogentin) ขนาด 0.5 mg – 6 mg , Diphenhydramine (Benadryl) ขนาด 25 mg – 200 mg, และ Trihexyphenidyl (Artane) ขนาด 2 mg – 15 mg

ข้อควรระวัง

ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วย Glucoma, Myasthenia gravis และ Prostatic hypertrophy สูง

ข้อห้ามใช้

ควรระมัดระวังในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคไต โรคหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ พวกรโคลมชัก พวกร Parkinsonism หรือพวกที่มีความผิดปกติของ CNS

อาการข้างเคียง

1. Anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก และอาจมีปัสสาวะลำบากในผู้สูงอายุ
2. คลื่นไส้และบ่นป่วนในท้อง ควรแนะนำรับประทานยานี้พร้อมหรือหลังอาหารทันที
3. Sedation, Drowsiness และ Dizziness
4. Orthostatic hypotension ควรตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและแนะนำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถ
5. Anticholinergic delirium อาการสำคัญคือ สับสน ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ หรือแสดงอาการทางจิตต่างๆ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต (จิราพร รักการ, 2560 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย เกี่ยวกับความจำเป็นในการได้รับยาจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต โดยเฉพาะอาการ Extrapyramidal symptom พยาบาลควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับยาลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตโดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม พยาบาล ควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยละเอียดว่าผู้ป่วยมีโรคที่ควรระวังในการได้รับยา ได้แก่ Glucoma, Myasthenia gravis และ Prostatic hypertrophy

2. การพยาบาลต้องระมัดระวังในการให้ยาพวก Anticholinergic drugs หรือพวก Antiparkinson Drugs ก็คือให้ยาหลังอาหารทันทีเพื่อป้องกันการรบกวนกระเพาะอาหาร สังเกต

ประสิทธิภาพของยาว่า ลดอาการน้ำลายไหล สั่นและแพ้อา หรือไม่เพียงใด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้ยา เช่น การทรงตัว การพูด และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. การวางแผนและการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเนื่องจากยาดังกล่าวมีผลข้างเคียงซึ่งพยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลตามอาการข้างเคียงดังนี้

3.1 แนะนำดื่มน้ำให้มากขึ้น และเพิ่มการทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการ ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก และปัสสาวะลำบาก

3.2 แนะนำรับประทานยานี้พร้อม หรือหลังอาหารทันที เพื่อลดอาการคลื่นไส้และปั่นป่วน ในท้อง

3.3 การเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ตกเตียงและถ้าทำงานต้องหลีกเลี่ยงการควบคุมเครื่องจักร เนื่องจากอาการ Sedation, Drowsiness และ Dizziness

3.4 ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและแนะนำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อป้องกันอาการ Orthostatic hypotension

3.5 หยุดยาและรายงานแพทย์ ถ้าพบอาการของ Anticholinergic delirium ซึ่งอาการสำคัญคือ สับสน ไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ หรือแสดงอาการทางจิตต่างๆ และแพทย์อาจพิจารณาให้ยากลุ่ม Cholinergic stimulant แทน

3.6 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะได้รับยาตามอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.6.1 ดื่มน้ำให้เพียงพอหรืออมลูกอม เพื่อช่วยลดอาการปากแห้ง

3.6.2 หลีกเลี่ยงการขับรถ ควบคุมเครื่องจักร เพราะผู้ป่วยมักจะง่วงนอนและตาพร่า

3.6.3 ระวังเป็นลมหรือหน้ามืดในการเปลี่ยนอิริยาบถ จึงแนะนำให้ลุกหรือนั่งช้าๆ

3.6.4 ตรวจร่างกายสม่ำเสมอโดยเฉพาะตาเป็นการป้องกันอาการแรกเริ่มทางตา

3.6.5 ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4. การประเมินผลการพยาบาล หลังจากที่พยาบาลวางแผนและให้การพยาบาลแล้ว พยาบาลอาจประเมินผลการพยาบาล ซึ่งพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังจากได้รับยาลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต โดยสังเกตประสิทธิภาพของยาว่า ลดอาการน้ำลายไหล สั่นและแพ้อา หรือไม่เพียงใด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้ยา เช่น การทรงตัว การพูด และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy ; ECT) (พิชัย อภิรัฐสกุล และปรามิทย สุกนิษฐ์, 2558)

Electroconvulsive therapy เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการชักโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านสมอง ซึ่งจะมีผล ในการรักษาโรคทางจิตเวชได้ เช่น Depression, Mania, Schizophrenia เป็นต้นประวัติความเป็นมาของ ECT ค่อนข้างยาวนาน เริ่มตั้งแต่ Ladislav J. Von Meduna ได้ สังเกต

ว่า Schizophrenia และ Epilepsy เป็นโรคที่ไม่ไปด้วยกัน ในปี ค.ศ.1934 เขาจึง ได้ทดลอง นำวิธี Camphor-induced seizure มาใช้ ในการรักษาผู้ป่วย Schizophrenia ซึ่งพบว่าได้ผลดี จากผู้ป่วย Schizophrenia 26 คน มี Recovery 10 คน อาการดีขึ้น 3 คน ที่เหลืออีก 13 คนไม่ดีขึ้น ต่อมาได้ เปลี่ยนไปใช้ Pentylenetetrazol (Metrazol) แทน เพื่อหลีกเลี่ยง ผลข้างเคียงของ Camphor ในปี ค.ศ.1938 Ugo Cerletti และ Lucio Bini ได้นำไฟฟ้า มาใช้เป็นตัวกระตุ้น เพื่อให้เกิดการชัก ซึ่ง ต่อมาเป็นที่ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากมีปัญหาของ Fracture and Dislocation ของกระดูก ในปี ค.ศ. 1940 Bennett จึงได้นำยาคลายกล้ามเนื้อ Cucrare เข้ามาใช้ เพื่อลดปัญหาอันนี้ หลังจากที่มีการนำเอาการรักษาโรคจิต (Antipsychotics) เข้ามาใช้แล้ว พบว่า อัตราการใช้ ECT ลดลงอย่างมาก แต่ในช่วงปีหลังๆ นี้การใช้ ECT ก็กลับใช้เพิ่มขึ้นอีก โดยเฉลี่ย 50,000 ถึง 100,000 รายต่อปี

กลไกการออกฤทธิ์

เมื่อก่อนเชื่อว่าการทำ ECT เป็นเสมือนการลงโทษ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้น แต่ จากการศึกษา พบว่า ไม่เป็นจริงตามคำกล่าวนั้นเพราะถ้าเป็นจริงแล้วการให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าได้รับการ รักษาด้วย ECT (Simulated ECT) หรือการทำด้วย Subconvulsive ECT ก็น่าจะได้ผลด้วย ECT ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองระหว่างที่ผู้ป่วยชัก จะพบว่า มีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น มี เมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจน และกลูโคสมากขึ้น แต่หลังจากชักแล้วเมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะน้อยลงโดยเฉพาะบริเวณ Frontal lobe จะลดลง อย่างมาก ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ภาวะที่มีการลดลงของเมตาบอลิซึมนี้เอง คือ สิ่งสำคัญของการรักษา ด้วยวิธีนี้

นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของ Neurotransmitter receptors และ Second messengers ต่างๆ กล่าวคือ พบ Down regulation ของ Postsynaptic alpha - adrenergic receptors ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Antidepressants การเปลี่ยนแปลงของ serotonin receptors ยังไม่แน่นอน บางรายงานบอกมีการเพิ่มขึ้นของ Post synaptic serotonin receptors บางรายงานบอกว่าไม่เปลี่ยนแปลงและบางรายงาน บอกมีการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมการหลั่งของ Serotonin จาก Presynaptic cell นอกจากนี้ ยังมี รายงานถึงการเปลี่ยนแปลงของ Muscarinic, Cholinergic และ Dopaminergic neurone system ด้วย

ชนิดของการทำ ECT แบ่งการทำ ECT ออกเป็นชนิดต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก. แบ่งตามลักษณะคลื่นไฟฟ้า

1. Sine wave เป็นการทำ ECT ที่ใช้ เครื่องร่นเก้่า ซึ่งจะให้กระแสออกมา เป็น Sine wave ที่จะไปกระตุ้น ให้ผู้ป่วยชัก

2. Brief pulse wave เป็นการทำให้ ECT ที่ใช้เครื่องรุ่นใหม่ ซึ่งจะให้กระแสไฟที่เป็นช่วงสั้นๆ ไม่ต่อเนื่อง มีข้อดีกว่าแบบแรก คือ ใช้กระแสไฟฟ้าน้อยกว่า การสูญเสียความทรงจำน้อยกว่าและผู้ป่วยสามารถฟื้นจากการชักเร็วกว่า ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่อง ECT แบบ Brief pulse wave ให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยมี EEG และ EKG monitor อยู่ด้วย เพื่อสามารถตรวจคลื่นสมองและการทำงานของหัวใจในระหว่างและหลังทำ ECT ได้

ข. แบ่งตามการวางอิเล็กโทรด

1. Bilateral เป็นการทำให้ ECT ที่วางอิเล็กโทรดบริเวณ temporal area ของศีรษะ ทั้งสองข้าง มีข้อดีคือ เชื่อว่าผลของการรักษาดีกว่าแบบ unilateral ซึ่งการศึกษา ยังไม่สามารถสรุป ได้แน่ชัด และไม่ค่อยพบ missed Seizure

2. Unilateral nondominant เป็นการทำให้ ECT ที่วางอิเล็กโทรดทั้ง 2 บนศีรษะข้างเดียวกันกับมือที่ถนัด คือ วางอิเล็กโทรดด้านขวาในคนที่ถนัดมือขวา ในตำแหน่งที่เรียก Lancaster's position คือ อิเล็กโทรดอันล่างอยู่บน เส้นตั้งฉากที่ลากสูงขึ้นไปจากจุดกึ่งกลางระหว่าง Lateral angle of orbit และ External auditory meatus เป็น ระยะทาง 1.5 นิ้ว อิเล็กโทรดอันบน อยู่บนเส้นที่ลากออกไปจากอิเล็กโทรด อันล่างทำมุม 70 องศา เป็นระยะทาง 3.5 นิ้ว วิธีนี้มีข้อดี คือ การสูญเสียความทรงจำมีน้อยกว่าและฟื้นจากการทำให้ ECT เร็วกว่า

ค. แบ่งตามการใช้ยาสลบ

1. Unmodified ECT เป็นการทำให้ ECT โดยไม่ใช้ยาสลบ ซึ่งจะใช้มากในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีผู้ป่วยมาก แต่บุคลากรทางการแพทย์มีน้อย ผลแทรกซ้อนจากการทำให้ ECT วิธีนี้พบได้ มากกว่าวิธี Modified ECT

2. Modified ECT เป็นการทำให้ ECT โดยใช้ยานาสลบ นิยมใช้ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดมยาสลบ ทั้งวัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวเน้นถึง วิธีนี้

ง. แบ่งตามจำนวนการชักในแต่ละครั้งของการทำให้ ECT

1. Single conventional ECT เป็นการให้กระแสไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดการชักครั้งเดียวในและ Session ของการทำให้ ECT

2. Multiple monitored ECT (MMECT) เป็นการให้กระแสไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดการชักมากกว่า 1 ครั้ง ภายใต้การดมยาสลบครั้งเดียวกัน ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ลดอาการของผู้ป่วยและลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลให้สั้นลง แต่ยังไม่สามารถบอกถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในเรื่องของ Cognitive functions ได้ชัดเจน

ข้อบ่งชี้ในการทำให้ ECT โดยทั่วไปมักใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการรุนแรงอย่างมาก มีปัญหาในการให้ยาหรือรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผลและมีข้อแทรกซ้อนต่างๆ

ก. Affective disorders

1. Depressive episode โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าอย่างมากถึงขนาดคิดฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก เช่น แยกตัว ไม่กินอาหาร น้ำหนักลดลงอย่างมาก มีปัญหาการนอน ไม่มีเรี่ยวแรง ร้องไห้ไม่ยอมหยุด ก็ควรพิจารณาให้การรักษาด้วย ECT เพราะการให้ยาแก้เศร้าต้องใช้เวลากว่า 2-4 สัปดาห์ จึงจะได้ผลซึ่งอาจล่าช้าเกินไป สำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. Manic episode ปัจจุบันมักไม่ค่อยใช้ เพราะมียา lithium และยารักษาโรคจิต ที่ใช้รักษาได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วย มีอาการรุนแรงมาก ก็พิจารณาการรักษาด้วย ECT เช่นกัน พบว่า Unilateral nondominant ECT ใช้ไม่ได้ผลกับ mania

ข. Schizophrenia โดยเฉพาะ Catatonic type การรักษาด้วย ECT จะทำให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วน Chronic schizophrenia การรักษาด้วย ECT อย่างเดียวไม่ได้ผล ควรให้ยารักษาโรคจิต ร่วมไปด้วยเสมอ

ค. Schizoaffective disorder เมื่อรักษาด้วย ECT ผู้ป่วยจะมีความกังวลลดลง ถึงแม้จะยังคง Sensitive ต่อโลกภายนอกอยู่ ส่วนใหญ่แล้ว Affective Symptoms ดีขึ้นมาก

ง. Obsessive compulsive disorder ECT มีที่ใช้ในโรคนี้อยู่ 2 กรณี ได้แก่ 1) อาการของผู้ป่วยรุนแรงจนรบกวนผู้ป่วยมาก อยู่ระหว่างรอให้ผลการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น Behavior therapy หรือการใช้ยาออกฤทธิ์ 2) ให้การรักษาด้วยวิธีต่างๆ แล้วอาการไม่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังมีโรคทางร่างกายที่มีอาการทางจิตเวชอีกหลายโรค ที่ให้การรักษา ด้วย ECT แล้ว อาการดีขึ้น เช่น Parkinson's disease , Degenerative and demyelinating CNS diseases ที่มี Affective symptoms ได้แก่ Amyotrophic lateral sclerosis, Multiple sclerosis , Muscular dystrophy

ความถี่ที่ใช้ในการรักษาด้วย ECT จะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรค ในปัจจุบันที่นิยมใช้กัน ได้แก่

ความผิดปกติ	จำนวนครั้ง
Affective disorders	6-8
Mania	8-10
Schizophrenia	10-12

การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า จะทำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไปแล้วอย่างน้อย 6 ครั้ง และจะพิจารณาหยุดการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายแล้ว (Remission) หรือผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยไฟฟ้าแล้ว

ภาวะที่ควรระวังในการรักษาด้วยไฟฟ้า

จริงๆแทบจะไม่มี Absolute Contraindication ยกเว้นว่าไม่ยินยอมหรือมีภาวะทางกายอื่นๆที่มีความเสี่ยงสูงมากในขณะนั้น ดังต่อไปนี้

1. เนื้องอกในกระโหลกศีรษะ มีประวัติเคยมีภาวะเลือดออกในศีรษะ เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Intracranial pressure
2. โรคหัวใจ เช่น Recent myocardial infraction , Severe arrythmia
3. ความดันโลหิตสูงมาก
4. เคยมีประวัติ Retinal detachment
5. คนที่มีโรคทางกายและมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการให้ยาสลบ

ขั้นตอนในการทำ ECT

ในที่นี้จะกล่าวเน้นถึงขั้นตอนการทำ Modified ECT ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชได้ให้การรักษาด้วยวิธีนี้มากขึ้น แต่ก็ยังมีบางรายที่ยังได้รับการรักษาแบบ Unmodified ECT

Pretreatment evaluation

การประเมินผู้ป่วยก่อนให้การรักษาด้วย ECT เป็นการประเมินสถานะของผู้ป่วยว่า มีความเหมาะสมหรือไม่ต่อการทำ ECT และมีข้อควรระวังอะไรบ้างในผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนอื่นจะต้องได้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วยในแต่ละรายก่อนว่า มีข้อบ่งชี้หรือข้อห้าม อะไรบ้างสำหรับการทำ ECT ประวัติโรคประจำตัวต่างๆ ประวัติการรักษาด้วย ECT ในครั้งก่อน การแพ้ยา โดยเฉพาะยาสลบ และยาคลายกล้ามเนื้อ (Succinylcholine) ประวัติการใช้ยาต่างๆที่มีผลต่อการทำ ECT ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วยอีกครั้ง ระบบที่สมควรตรวจทุกครั้ง คือ การทำงานของหัวใจ ปอด ระบบความดันโลหิตและที่ไม่ควรจะลืมคือ ช่องปากและฟัน เพราะผู้ป่วยบางคนมีฟันปลอมหรือฟันที่หลวมอยู่ ซึ่งอาจหลุดเข้าไปในคอและขัดขวางการหายใจได้ การตรวจหน้าที่ของสมอง ก็มีส่วนสำคัญ โดยเฉพาะการตรวจ Memory, Orientation และ Abstract thinking เพื่อจะได้เปรียบเทียบกับก่อนและหลังทำ ECT ว่ามีอะไรที่แตกต่างกัน แต่ต้องไม่ลืมว่า สถานะของโรคเอง เช่น Major depressive disorder บางรายอาจมี Memory impairment ก็อาจมีผลต่อการประเมินได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

- CBC
- UA เพื่อประเมิน Renal function
- Electrolytes : Potassium ที่สูงจะมีผลต่อหัวใจโดยตรง ถ้า Potassium ต่ำอาจพ่นจากยาสลบซ้ำ
- EKG , CXR เพื่อหาความผิดปกติของหัวใจและปอด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ
- Full spine x-ray เมื่อก่อนทำกันมาก เพราะก่อนที่จะมี Modified ECT มีปัญหา

ของ Spine fracture บ่อยมาก

-CT หรือ MRI ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีโรคคมซึก หรือสงสัยมี Space occupying lesion อยู่ในสมอง

การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ ECT มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ให้ญาติหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วยทราบและเซ็นใบยินยอมให้การรักษา หลังจากที่ได้อธิบายญาติและผู้ป่วย ทราบถึงความจำเป็น รวมทั้งข้อดีข้อเสียแล้ว เพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้องในภายหลัง
2. งดน้ำและอาหารก่อนทำ 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันสำลักอาหารที่ย้อนขึ้นมา
3. ถ่ายปัสสาวะ อุดจาระให้เรียบร้อยก่อนทำ
4. ถ้ามีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออก เพื่อป้องกันฟันปลอมหลุดร่วงลงไปคอ หรือแตกหัก เสียหาย
5. ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่รู้สึกสบาย เพื่อสะดวกในการติดอุปกรณ์ต่างๆ ควรถอดของมีค่าออก เพื่อป้องกันการสูญหาย
6. ผมงควรจะสะอาดและแห้ง ไม่ควรมีเครื่องประดับเพื่อสะดวกในการติดแผ่นอิเล็กโทรด
7. การเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึง ความรู้สึกของตนต่อการรักษาด้วย ECT แล้ว ให้การช่วยเหลือ โดยสร้างความมั่นใจ ให้กับผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆ เช่น อาจให้คุยกับผู้อื่นที่รักษาหรือเคยรักษาด้วยวิธีนี้ พาไปดูห้องทำ ECT ให้ดูวิดีโอเทปการทำ ECT หรือพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย

ขั้นตอน ขั้นตอนในการทำ ECT เรียงตามลำดับดังนี้

- ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเรียบแข็งพอควร ไม่หนุนหมอน ต่อ Scalp vein เพื่อเตรียม ให้อา
- เตรียมเครื่อง ECT ให้พร้อมและติดอิเล็กโทรดที่ขมับทั้ง 2 ข้าง ทา Electrode jelly บนด้านที่ติดกับผิวหนังต่อเครื่องวัด EKG ,BP , เครื่องวัด Oxygen saturation
- ให้ผู้ป่วยสูดออกซิเจน 100% 2-3 นาที
- ฉีด Pentothal sodium 5 มก./กก. เข้าเส้นเพื่อทำให้คนไข้หลับ ปัจจุบันนิยมใช้ methohexital (Brevital) เพราะมีผลเสีย และผลข้างเคียงน้อยกว่า แต่เวลาฉีดจะเจ็บกว่า ทดสอบการหลับด้วยการตรวจ eyelash reflex
- ฉีด succinylcholine 0.5-1.5 มก./กก. เข้าเส้น จะเห็น fasciculation ของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ทดสอบการคลายตัวของกล้ามเนื้อเต็มที่ด้วยการตรวจ Babinski's sign หรือตึงคางจะอ้าปากขึ้นได้ง่าย
- ใช้ Anesthetic mask ที่ต่อกับ Ambu bag และออกซิเจน 100 % ครอบจมูก ปีบ Ambu bag เพื่อช่วยการหายใจของผู้ป่วย

• กดปุ่มที่เครื่อง ECT เพื่อให้กระแสไฟฟ้าผ่านเข้าไปในสมองของผู้ป่วย ระหว่างนี้ต้องจับคางผู้ป่วยไว้ด้วย เพราะถึงแม้จะให้ยาคลายกล้ามเนื้อแล้ว แต่อาจมีการกระตุกของคางได้เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าถูกกระตุ้นโดยตรงจากกระแสไฟฟ้าได้ ระหว่างการชักต้องดูแลดังนี้

1) ผู้ป่วยจะชักซึ่งมีลักษณะเหมือน Grand mal seizure ระยะเวลาของการชัก ต้องไม่น้อยกว่า 25 วินาที ระหว่างชัก ต้องให้ Ventilation เพิ่มขึ้น และเมื่อหยุดชักแล้ว ก็ต้องช่วยต่อไปจนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2) ระหว่างนี้ถ้ามีเสมหะต้องรีบดูดออก ทั้งในปากและจมูก ตรวจสอบ Vital signs ทุก 15 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยหายใจเองได้

3) เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองแล้ว ต้องตรวจดูในช่องปากทันทีว่า มีอุบัติเหตุกับช่องปากหรือไม่ วัด Vital signs ทันที และวัดอีกทุกครึ่งชั่วโมง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง

4) ผู้ป่วยจะนอนหลับหลังชัก ควรให้นอนตะแคง โดยเฉพาะถ้ามีเสมหะมาก ควรมีเหล็กกั้นข้างเตียงและเจ้าหน้าที่คอยดูแลเพราะหลังชักอาจมีอาการสับสน มึนงง อาจปัสสาวะหรือตกเตียงได้

Seizure monitoring ทำได้โดยใช้ EEG monitor โดยทั่วไป มักให้ผู้ป่วย มีการชักอย่างน้อย 25-30 วินาที เพราะการชักที่สั้นกว่านี้ มักไม่ค่อยมีผล ในการรักษาโรคทางจิตเวช สิ่งอื่นที่สามารถบอกได้ว่า มีการชักเพียงพอแล้วก็คือ จะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นประมาณ 5-10 เท่าของระดับ Serum prolactin หลังชัก 20 นาที

การที่จะต้อง มี Seizure monitor นั้นก็เพราะในการทำ ECT อาจมีปัญหาต่อไปนี้

Missed seizure คือผู้ป่วยไม่ชักหลังกระตุ้นด้วย ECT แล้วประมาณ 40 วินาที ซึ่งต้องทำการตรวจเช็คข้อต่ออิเล็กโทรดต่างๆ ถ้าเช็คแล้วไม่พบข้อผิดพลาด ควรเพิ่ม intensity ของการกระตุ้น ได้อีกร้อยละ 25-100 หรือการทำให้ Seizure threshold ลดลงด้วยวิธีการต่างๆ ก็อาจช่วยได้ เช่น ลดหรือหยุดยาที่เพิ่ม Seizure threshold ก่อนทำ ECT, Hyperventilation, ให้ Caffeine sodium benzoate 500-2000 mg. ประมาณ 5-10 นาทีก่อนทำ เป็นต้น

Inadequate seizure คือ ผู้ป่วยมีการชัคน้อยกว่า 20 วินาที ควรรอ 60-90 วินาทีเพื่อ ให้ช่วง Refractory period (ระยะเวลา ที่ผู้ป่วยไม่มีการชักอีก แม้จะได้รับการกระตุ้น) ของ การชักครั้งแรกผ่านไปก่อน แล้วเริ่มกระตุ้นใหม่ด้วย Stimulus intensity ที่สูงกว่าเดิม ถ้ายังไม่ได้ผลก็ให้นำเทคนิคที่ใช้กับ Missed seizure มาใช้ได้

ระยะของผู้ป่วยในการรักษาไฟฟ้า แบ่งเป็น 6 ระยะ

1. ระยะหมดสติ (Unconscious) 1-2 วินาที
2. ระยะเกร็ง (Tonic phase) 10-15 วินาที ของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และฝ่าเท้า
3. ระยะกระตุก (Clonic-phase) 30-60 วินาที มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเป็นจังหวะ หรือมีการกระตุกของหนังตา นิ้วมือหรือหัวแม่เท้า
4. ระยะหยุดหายใจ (Apnea) 1-2 วินาที

5. ระยะเวลาหลับ (Sleep) ประมาณ 5 นาที
6. ระยะเวลาสับสน (Confuse) ประมาณ 15-30 นาที

ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี Unmodified ECT จะมีความรุนแรงของระยะเกร็งและระยะกระตุกมากกว่าวิธี Modified ECT

การพยาบาลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2560)

การพยาบาลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนทำ ดูแลเช่นเดียวกับการเตรียมผู้ป่วยไปผ่าตัด เน้นการดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล
2. ระหว่างทำ ป้องกันกระตุกหัก ข้อเคลื่อน และขาดออกซิเจนจาก การหยุดหายใจ
3. หลังการทำ ป้องกันการสำลัก อุบัติเหตุ Orientation บรรเทาอาการปวดเมื่อย

บทบาทของพยาบาลก่อนการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

1. ดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวล
2. NPO อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
3. งดน้ำมันใส่ผม ลบสีทาเล็บมือเล็บเท้า
4. ถอดฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส เครื่องประดับที่เป็นโลหะ
5. ดูแลให้ถ่ายปัสสาวะ
6. บันทึกสัญญาณชีพ

บทบาทของพยาบาลขณะรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

1. จัดท่านอนหงายราบ วางหมอนทรายหนุนบริเวณข้อต่อต่างๆ เช่น ต้นคอ เอว ใต้ขาพับ
2. สอดไม้กดลิ้น หรือยางกัด (Rubber bite) ในปาก
3. ขณะมีการชักให้ช่วย Support บริเวณขากรรไกร แขน และขา ซึ่งอาจมีการหักหรือเคลื่อนขณะชักได้

บทบาทของพยาบาลหลังการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

1. จัดท่านอนหงายราบ เอียงศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง ระวังการสำลัก ขาดออกซิเจนหรือหยุดหายใจ
2. เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว จะมีอาการมึนงง สับสน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ให้ระวังการตกเตียง
3. ให้ Reorientation และให้กำลังใจผู้ป่วย
4. หากผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ดูแลให้ได้รับประทานแก้ปวดหรือยาทาแก้ปวดเมื่อยต่างๆได้

การบำบัดทางจิต (Psychotherapy) (นิตา ลี้มสุวรรณ และมาโนช หล่อตระกูล, 2558 ; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554 ; อรพรรณ ลีอนุญวรัชชัย, 2556)

จิตบำบัดรายบุคคล เป็นกระบวนการรักษาชนิดหนึ่ง โดยให้การมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยมุ่งเน้นชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจในปัญหาของผู้รับบริการ เช่น จิตบำบัดแนวจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) เป็นการสืบค้นเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ ลึกลงไปในระดับจิตใต้สำนึกหรือจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยทันที หรือแก้ปัญหาโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะสมดุลทางจิตใจในระยะเวลายาวสั้น ทำให้ Defense mechanism ที่มีอยู่แล้วแข็งแรงขึ้น จัดการกับปัญหาในระดับจิตสำนึก (Conscious) ลดความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก แนววิธีใหม่ที่ดีกว่าในการควบคุมอารมณ์เป็นต้น วิธีการบำบัดในกลุ่มทฤษฎีนี้มีหลายกลุ่มที่น่าสนใจ ได้แก่ Client Centered Therapy, Gestalt therapy , Ration Emotive Therapy และ Cognitive Behavior Therapy

จิตบำบัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

1. จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy)
2. จิตบำบัดรายกลุ่ม (Group psychotherapy)

1. จิตบำบัดรายบุคคล

1.1 Psychoanalysis ปัจจุบันไม่นิยม เพราะพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนมาก่อน จนเป็นผู้ที่มีจิตใจสมบูรณ์ เป็นนักฟังที่ดี ไม่แสดงท่าทีตำหนิตชม ให้ผู้ใช้บริการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น สามารถเข้าใจผู้ใช้บริการ ช่วยให้ผู้ใช้บริการเข้าใจตนเอง ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถ เผชิญความจริงได้ ให้คำแนะนำและห้ามปรามบางสิ่งตามความเหมาะสม ซึ่งต้องมีเวลาทั้งผู้รักษา ผู้ใช้บริการ เพราะต้องมาพบกันบ่อย ๆ ส่วนมาก 1 ครั้ง / สัปดาห์

1.2 Insight มี 2 ระดับ

1. Emotional insight
2. Intellectual insight

Insight therapy เป็นการรักษาโดยไปช่วยแก้ไขข้อขัดแย้งในจิตใจที่มีอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกที่มีอยู่ ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจถึงที่มาของปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการหรือความผิดปกติในปัจจุบันระดับ Intellectual insight ถ้าทำได้สมบูรณ์จะทำให้ผู้ใช้บริการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็น Emotional insight การรักษาแบบนี้ใช้เวลานานมีกระบวนการรักษาหลายขั้นตอน ต้องอดทนทั้งผู้ใช้บริการและผู้รักษา

1.3 Relationship therapy ใช้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ใช้บริการ ผู้รักษา โดยผู้รักษามีบทบาทเหมือนพ่อแม่ เหมือนครู มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้เลียนแบบวิธีการแก้ปัญหาในลักษณะที่บรรลุดุติภาวะมากขึ้น

1.4 Brief psychotherapy หรือ Time-limited psychotherapy เป็นการรักษาแบบเดียวกับ Insight therapy แต่แก้ไขเฉพาะที่ข้อขัดข้องขัดแย้งที่มีปัญหาอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งเป็น การแก้ไขอาการเฉพาะอย่างของโรคหรือเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยบางอย่าง ไม่ใช่ข้อขัดแย้งในระดับจิตใต้ สำนึกทั้งหมดเหมือนใน Insight therapy จึงใช้เวลาในการรักษาสั้นกว่า นิยมใช้ร่วมกับการรักษาทาง ยา โดยเลือกผู้ให้บริการที่สามารถให้ความร่วมมืออย่างรวดเร็ว และใช้ไม่ได้ผลกับกลุ่มบุคคลที่เป็นโรค จิต ฟังพา มีความคิดอยากตาย ก้าวร้าวและรุนแรง วิตกกังวลมากและควบคุมไม่ได้ บกพร่องด้านการรู้ และการทำความเข้าใจ รวมทั้งผู้มีบุคลิกภาพกำลังที่จะเป็นโรคจิต

1.5 Supportive psychotherapy เป็นการรักษาที่ทำในระดับตื้นกว่า Insight therapy มี จุดมุ่งหมายเพื่อบำบัดอาการเท่านั้น เป็นลดอาการไม่สบายหรือให้ผู้ให้บริการมีอาการดีขึ้นเท่านั้น และ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาและเพิ่มทักษะด้านต่างๆ รวมทั้งเสริมความเข้มแข็งของ กลไก ทางจิต โดยไม่ได้มุ่งแก้ไขข้อขัดแย้งในจิตใจที่มีอยู่ในระดับจิตไร้สำนึก นิยมใช้กับผู้ที่ทุกข์ทรมาน ได้แก่ ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาวิกฤติ บกพร่องด้านการรู้และการทำความเข้าใจ การทำหน้าที่ของ Ego บกพร่อง เป็นโรคทางจิตที่ปรากฏอาการทางกาย วิตกกังวล ง่ายความอดทนต่ำ ขาดการควบคุมอารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง ไม่สามารถแยกแยะความจริงและความขัดแย้งในตนได้ เซาว์น ปัญญาต่ำ ไม่สามารถสำรวจตนเอง ไม่มีความรู้ด้านจิตวิทยา มีความอดทนต่ำ ถ้าผู้ให้บริการมีอาการ มากต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้ยาร่วมกับการทำจิตบำบัด ให้ผู้ให้บริการได้พูดระบายความทุกข์ ในการรักษาแบบนี้ผู้รักษาต้องเปิดเผยตนเองมากกว่าแบบอื่น ให้ความเป็นมิตร ความอบอุ่น ให้ กำลังใจ ให้ความมั่นใจ ให้คำแนะนำ เสนอแนะข้อคิดเห็นในด้านต่างๆ เป็นผู้นำผู้ให้บริการ ซึ่งใช้ กลยุทธ์สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2. จิตบำบัดรายกลุ่ม

กลุ่มจิตบำบัดเป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต วิตกกังวล อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในกลุ่มที่ได้จัดขึ้นอย่างมีระเบียบ และมีการวางแผนไว้เป็นอย่างดีเพื่อให้สมาชิก กลุ่ม ได้เรียนรู้ถึงปัญหา สาเหตุของปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ โดยมีสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ช่วยเหลือกันและกันในการทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ในที่นี้นำเสนอสาระจิตบำบัดรายกลุ่มทั่วไป

องค์ประกอบด้านบุคคลของกลุ่มจิตบำบัด

กลุ่มจิตบำบัด ประกอบด้วย บุคคลดังนี้

1. ผู้บำบัด / ผู้นำกลุ่ม (Therapist / Leader) คือ บุคลากรสุขภาพจิตที่ได้รับการศึกษาและ ฝึกอบรมในการนำกลุ่มบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม
2. ผู้ร่วมบำบัด / ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co - therapist / Co - leader) คือ ผู้ร่วมทำกลุ่มเพื่อไปสู่ วัตถุประสงค์ของกลุ่ม
3. สมาชิกกลุ่ม คือบุคคลที่ถูกคัดเลือกเข้ากลุ่ม

ขนาดของกลุ่มจิตบำบัด

จำนวนคนอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับเป้าหมายของการทำจิตบำบัด ตั้งแต่ 2 - 3 คน จนถึง 8 - 12 คน โดยจำนวนที่เหมาะสมคือจำนวนที่สมาชิกทุกคนสามารถสังเกตปฏิกิริยาของทุกคนได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด

จุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มจิตบำบัด

การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายสำคัญ ๆ ดังนี้

1. เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์มนุษย์สัมพันธ์ใหม่ให้เกิดประสบการณ์ที่ดีกับคนอื่น ๆ
2. เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการทางด้านจิตใจอารมณ์
3. เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ
4. เพื่อเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ

การเลือกสมาชิกกลุ่ม

ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว โดยมากมักจะเลือกโดยพิจารณาจากอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม ปัญหาส่วนตัวและบุคลิกภาพของผู้ที่มาเป็นสมาชิกกลุ่ม ว่าจะปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ไม่เกิดขัดแย้งในกลุ่ม นอกจากนี้ยังดูความต้องการของกลุ่ม เช่น ถ้ากลุ่มมีสมาชิกที่ไม่พูดอยู่บ่อยก็ควรเลือกสมาชิกที่กล้าพูดและเปิดเผยตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงบรรยากาศของกลุ่ม

ผู้ที่ไม่เหมาะที่จะเข้ากลุ่มจิตบำบัด ได้แก่ ผู้มีภาวะหวาดระแวงสูง ผู้รักและหลงตนเอง ผู้อยู่ในภาวะเด็กเกินไป ผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะประสาทหลอน ผู้ใช้กลไกการปฏิเสธมาก ๆ

กระบวนการกลุ่มจิตบำบัด

1. เริ่มต้น เมื่อสมาชิกกลุ่มได้พบกันครั้งแรก ณ สถานที่ทำกลุ่มจิตบำบัดสมาชิกจะเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง บอกความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ในอดีต เพื่อให้สมาชิกคนอื่นได้สร้างความรู้จักคุ้นเคย
2. กฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือบทที่เรียก " ข้อตกลงของกลุ่ม " มีความจำเป็นอย่างนี้
 - 2.1 กำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมายของกลุ่ม
 - 2.2 การกำหนดเวลา ระยะเวลา และความถี่ในการที่กลุ่มจะพบกัน
 - 2.3 กำหนดสถานที่
 - 2.4 กำหนดวันเริ่มต้นและวันสุดท้าย
 - 2.5 การเพิ่มสมาชิก
 - 2.6 การมาเข้ากลุ่ม
 - 2.7 การปกปิดความลับของกลุ่ม
 - 2.8 บทบาทของผู้บำบัด และของสมาชิกกลุ่ม
3. การกำหนดระยะเวลาการดำเนินกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

3.1 ระยะเวลาเริ่มต้น เป็นระยะที่สมาชิกทำความรู้จักกันใหม่ๆ สมาชิกจะมีภาวะความอึดอัด กังวลสูง สนใจตนเองมาก สนใจผู้อื่นน้อย ไม่แน่ใจว่าจะต้องทำอะไรในกลุ่ม สมาชิกมักจะไม่เป็นมิตร ต่อผู้บำบัด

3.2 ระยะเวลากลาง เป็นระยะที่สมาชิกรู้สึกคุ้นเคยต่อกระบวนการที่จะเกิดขึ้นภายในกลุ่ม สนใจผู้อื่นมากขึ้น สามารถเสนอแนะผู้อื่นได้ สนใจและติดตามเรื่องราวที่จะสนทนากัน มีการซักถาม อย่างเหมาะสมและสามารถนำกลุ่มให้ก้าวไปสู่วัตถุประสงค์ของกลุ่มในแต่ละช่วงได้

3.3 ระยะเวลาสุดท้าย เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกสูญเสีย อาลัยอาวรณ์ เป็นระยะที่ สมาชิกจะต้องเตรียมตัวจากกัน จึงมีการปรับตัวเพื่อการจากกัน สมาชิกกลุ่มอาจจะแสดงความรู้สึก โกรธ ไม่เป็นมิตรออกมาได้ในระยะนี้ ผู้บำบัดจะต้องช่วยสมาชิกกลุ่มในการปรับตัวเพื่อรับภาวะการ จากกัน โดยก่อนจะถึงเวลายุติกลุ่มประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ ผู้บำบัดก็จะกล่าวเตือนถึงภาวะการที่ จะต้องมีการยุติกลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการยุติกลุ่มออกมา

ประเภทกลุ่มจิตบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. แบ่งตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม ได้ดังนี้

1.1 กลุ่มเปิด (Open group) กลุ่มที่เปิดรับสมาชิกใหม่ได้เรื่อย ๆ ภายหลังเริ่มกลุ่ม แล้ว เช่น วางแผนการเปิดรับสมาชิกใหม่ได้ช่วงใดบ้าง

1.2 กลุ่มปิด (Close group) กลุ่มที่เริ่มต้นด้วยจำนวนสมาชิกจำนวนหนึ่งจะพบกัน ไป เรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้าย ไม่มีการรับสมาชิกใหม่

2. แบ่งตามเทคนิคการดำเนินกลุ่ม

2.1 กลุ่มที่มีการกำหนดโครงสร้างของการดำเนินกลุ่ม กำหนดโครงสร้างภายใน กลุ่มไว้ อย่างแน่นอน เช่น จะพูดกันในหัวข้อเรื่องอะไร สมาชิกคนใดมีบทบาททำอะไรบ้าง

2.2 กลุ่มที่ไม่มีการกำหนดโครงสร้างของการดำเนินกลุ่ม กลุ่มที่ไม่มีการกำหนดหัวข้อการ สนทนา เกิดขึ้นภายหลังเมื่อสมาชิกได้เข้ากลุ่มแล้วและได้มีผู้นำเอาปัญหาขึ้นมาก่อน เป็นกลุ่มที่ผู้ บำบัดได้นำเอาวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้กลุ่มทฤษฎีมนุษยนิยม หรือทฤษฎีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มาใช้เต็มรูปแบบ

3. แบ่งกลุ่มตามวัตถุประสงค์ในการรักษา

3.1 กลุ่มบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาส่วนตัว (Insight oriented group) กลุ่มที่มีจุดมุ่งหมาย การบำบัดคือ ให้สมาชิกได้เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา เข้าใจตนเอง ผู้อื่น มีรูปแบบ คือ กลุ่มจิต วิเคราะห์ , Client centered therapy , Gestalt therapy , Activities therapy

3.2 กลุ่มบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรม กลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สมาชิก โดยดูว่าพฤติกรรมที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมปัญหาที่ควรแก้ไข Desensitization, Operant conditioning

บทบาทของพยาบาลในการทำกลุ่มจิตบำบัด (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดในกลุ่มเรียกว่า Group Psychotherapy จะต้องเป็นพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้ทางทฤษฎีกลุ่มเกี่ยวกับจิตบำบัดกลุ่มและมีการฝึกทำกลุ่มจิตบำบัดจากโรงเรียนวิชาชีพ ซึ่งเมื่อจบหลักสูตรนี้แล้วก็จะทำให้พยาบาลมีคุณสมบัติเป็นผู้นำกลุ่มได้ และต้องมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้คือ

- 1) พิจารณาและตัดสินใจวางโครงสร้างของกลุ่ม และกำหนดรูปแบบในการดำเนินกลุ่มเป็นต้นว่า เมื่อจะเริ่มกลุ่มพยาบาลจะพิจารณาว่า ควรจะให้เป็นกลุ่มปิด หรือกลุ่มเปิด
- 2) พิจารณาว่ากลุ่มมีเป้าหมายอย่างไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไรแล้วช่วยนำสมาชิกกลุ่มให้ดำเนินไปสู่เป้าหมาย และจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้
- 3) สร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีการเป็นมิตรและยอมรับซึ่งกันและกันให้การสนทนาในกลุ่มเป็นไปในลักษณะในการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ไม่ให้เกิดบรรยากาศของการชิงดี ชิงเด่น หรือลงโทษซึ่งกันและกัน
- 4) ถ้ากลุ่มไม่ดำเนินไปตามจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ พยาบาลต้องจำกัดสิทธิและพฤติกรรมที่ไม่อยู่ในคู่ทางเสีย และเรียกร้องให้สมาชิกพิจารณาคุณลักษณะของกลุ่มใหม่
- 5) ใช้กลุ่มและกระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาการสื่อความหมายพยาบาล ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีในการสื่อความหมายที่ชัดเจน โดยการซักถามสมาชิกถ้าไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจสมาชิกกลุ่มถูกต้อง
- 6) พยาบาลผู้นำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่เงียบเฉย ให้มีส่วนร่วมมากขึ้น ทหาทางให้กลุ่มร่วมรับผิดชอบที่จะนำสมาชิกที่เงียบเฉยเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น
- 7) แสดงออกถึงสถานะความเป็นผู้นำ ไม่ว่าจะผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้นำแบบใด แบบอัตตาธิปไตย ประชาธิปไตย หรือแบบปล่อยตามสบาย จำเป็นต้องควบคุมแนวทางดำเนินกลุ่ม เพราะกลุ่มมักออกนอกคู่ทางและผิดวัตถุประสงค์
- 8) พยาบาลผู้นำกลุ่มทำหน้าที่เป็นตัวแทนของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้ที่จะให้คำตอบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกกลุ่มควรรู้ เป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพและให้ความรู้ด้านอื่นๆตามความเหมาะสม
- 9) พยาบาลผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านการสื่อความหมายที่ชัดเจนด้านการให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือช่วยสมาชิกตระหนักถึงศักยภาพที่ซ่อนแฝงอยู่ในตัวของเขา

การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy) (นิตา ลิ้มสุวรรณ และมาโนช หล่อตระกูล, 2558; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554 ; อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย, 2556)

พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมาย มีสาเหตุและความเป็นมาที่น่าสนใจ สามารถพิสูจน์ได้ ซึ่งเป็นแนวคิดของนักทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม โดยเชื่อว่า พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้มาผิดๆ เราสามารถลบพฤติกรรมที่เรียนรู้มาผิดๆ ได้ด้วยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง วิธีการนี้เรียกว่า พฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวช อย่างหนึ่ง มุ่งควบคุมพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาศัยหลักการทางจิตเวชศาสตร์ จิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคมและการเรียนรู้ในสัตว์ และมนุษย์

หลักการพื้นฐานของพฤติกรรมบำบัด เชื่อว่า “พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ถ้าเราใช้วิธีการเรียนรู้เข้าไปก็จะสามารถลบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้” ทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาใช้ คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่ม Associationist เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง

ขั้นตอนในการทำพฤติกรรมบำบัด

ในขั้นแรกของการทำพฤติกรรมบำบัดนั้น พยาบาลจะต้องเริ่มด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา ก่อน เพื่อศึกษาข้อมูล ดังนี้

1. วัดความถี่ของพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยน ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. ศึกษาสถานการณ์ที่เกิดพฤติกรรมนั้น
3. ศึกษาถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมนั้น

เมื่อทราบข้อมูลที่ชัดเจนของพฤติกรรมที่ต้องการปรับแก้ไข พยาบาลจะต้องเลือกวิธีการที่จะใช้ในการปรับแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าว

เทคนิคและวิธีการของพฤติกรรมบำบัด (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2556)

1. การควบคุมและรายงานผลตนเอง (Self Monitoring) เป็นการประเมินตนเอง ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. การเสริมแรง (Reinforcement) เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้แรงเสริมทางบวกหรือลดแรงเสริมลบทันทีที่เกิดพฤติกรรมที่พึงพอใจ (แรงเสริมบวกเป็นสิ่งที่ผู้รับพึงพอใจ ส่วนแรงเสริมทางลบเป็นสิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจ)
3. การลงโทษ (Punishment) เป็นการลดความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้สิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจหรือลดสิ่งเร้าที่พึงพอใจ เช่น เด็กเกเร แม่ดู หรือบางครั้งแม่อาจใช้วิธีการเมินเฉยแทน
4. เทคนิคการปรับแต่ง (Shaping Technique) คือการปรับแต่งพฤติกรรมจากพฤติกรรมง่ายๆ ไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อน อาจอาศัยกระบวนการ 2 กระบวนการ คือ

4.1 Successive approximation เป็นการใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) กับพฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เราต้องการโดยดำเนินการเป็นขั้นตอน เริ่มต้นด้วยพฤติกรรมแรกๆ ไปจนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย

4.2 Chaining เป็นการนำพฤติกรรมย่อยๆต่างๆมาเรียงลำดับจากพฤติกรรมแรก (Initial) จนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย (Terminal) แล้วเริ่มฝึกจากพฤติกรรมขั้นสุดท้ายขึ้นมา

5. การวางเงื่อนไขแบบคอนเตอร์ (Counter Conditioning) เป็นการนำหลักการเรียนรู้ด้วยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) มาใช้ในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยการจับคู่ระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นกลางกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยตัวของมันเอง โดยการซ้ำๆกัน จนกระทั่งสิ่งเร้าที่เป็นกลางกลายเป็นเงื่อนไขของพฤติกรรม การนำวิธีการ Counter Conditioning มาใช้เพื่อลดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกังวลใจกับปฏิกิริยาตอบสนอง ดังเช่น วิธี Systematic Desensitization ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ลดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- 1) Hierarchy construction เป็นการจัดลำดับความกังวลจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด
- 2) Relaxation การฝึกผ่อนคลายความเครียด
- 3) Pairing of relaxation and anxiety scene การจับคู่กันระหว่างการผ่อนคลายกับความวิตกกังวล

6. เทคนิคการใช้ตัวแบบ (Modeling Technique) คือ เทคนิคการลดความกลัวหรือความวิตกกังวลโดยการให้ดูตัวแบบหรือตัวอย่างที่อยู่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยแล้วให้เลียนแบบ อาจใช้หลักของ Relaxation เข้าช่วย โดยมีความเชื่อว่า “มนุษย์เรียนรู้สิ่งต่างๆจากการสังเกตและปฏิบัติตาม ปกติพฤติกรรมของมนุษย์มักเกิดจากการได้สังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น” วิธีการนี้อาจใช้ควบคู่กับ Systematic Desensitization เช่น เด็กกลัวสุนัข ผู้บำบัดสร้าง Model ที่ดีให้เด็กเห็นภาพเด็กเล่นกับสุนัขอย่างสนุกสนาน จัดลำดับความกลัวของเด็กจากน้อยไปมาก จากนั้นเอา Model ให้เด็กดู ค่อยๆ ให้เด็กปฏิบัติทีละขั้นตอนจากน้อยไปมาก ถ้าเด็กรู้สึกเครียดก็ให้ทำ Relaxation โดยผู้บำบัดสอนหรือให้บิดา มารดาอยู่ด้วยอย่างใกล้ชิด

7. การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive Training) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่ควรจะแสดงออกในสังคมโดยไม่วิตกกังวล เพื่อขจัดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีความรู้สึกกังวล โดยให้ผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดผลัดกันเล่นบทบาท ให้ผู้รับการบำบัดช่วยดูจุดบกพร่องจากการแสดงบทบาทนั้น จนผู้รับการบำบัดจะเห็นว่าควรจะแก้ไขพฤติกรรมของตนเองตรงไหน และนำไปฝึกหัดในทางจิตเวช

ตัวอย่างการทำพฤติกรรมบำบัด มักนิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆดังนี้

- 1) เด็กที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Conduct Behaviors in children) เด็กที่มีปัญหา การฝึกการขับถ่าย การควบคุมกล้ามเนื้อขับถ่าย เด็กดูหนัง เด็กกลัวโรงเรียน เป็นต้น ใช้วิธีการเสริมแรงจะได้ผลดี

2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพึ่งพา (Dependent Patient) ในพวก Alcoholism, Drug abuse ใช้ Classical conditioning technique ใช้พวก Antabuse (Disulfiram) ทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว

3) ผู้ที่มีความพิการทางปัญญา (Mental retardation) ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้ พยาบาลยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยกระทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

4) โรคอ้วน (Obesity) พวกที่รับประทานมากเกินไป ทำพฤติกรรมบำบัด โดย

4.1 การประเมินและกำกับตนเอง (Monitoring) จดเวลารับประทานอาหารไว้ทุกครั้ง

4.2 แยกแยะสิ่งเร้าที่ทำให้อยากอาหาร จำกัดเวลา สถานที่

4.3 ผัดผ่อนเวลารับประทานอาหารให้เลื่อนไปเรื่อยๆ

4.4 การใช้แบบอย่าง (Modeling)

5) โรคกลัวผิดปกติ (Phobia Disorder) ในผู้ป่วยที่กลัวผิดปกติ

6) โรคที่เจ็บปวดจากสภาวะทางจิตใจ (Psychological pain)

7) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)

การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อมหรือกลุ่มบำบัด (Milieu Therapy and group therapy)

(สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554 ; อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย, 2556)

1. การบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อมหรือนิวเคลียร์บำบัด (Milieu Therapy)

แนวคิด หลักการและกิจกรรมในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลแต่เดิมเป็นแบบการดูแลปกป้องรักษา (Custodial care) ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวัตรประจำวัน แม้อาจจะมีการให้ยาทางจิตเวชที่ช่วยลดอาการทางจิตที่รุนแรงได้บ้าง และการทำการรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) ไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายยังคงแยกตัว บางรายไม่ทำอะไร นั่งเฉย เพื่อฝัน หรือเลียนแบบพฤติกรรมผิดปกติของกันและกัน ทำให้มีพฤติกรรมถดถอยไม่สามารถกลับไปสู่สังคมภายนอกได้ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมจึงได้มีการพัฒนาขึ้นมา

ความหมายของการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu Therapy)

คำว่ามิลิว หรือ มิลิว (Milieu) มาจากภาษาฝรั่งเศส แปลว่า สิ่งแวดล้อม (Environment) การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu Therapy) หรือนิวเคลียร์บำบัด คือการรักษาผู้ป่วยโดยใช้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางจิตเวช หอผู้ป่วย และผู้ป่วยด้วยกัน การรักษาวินี นี้มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดความคิดริเริ่ม และมีความเชื่อมั่น ในตนเองมากขึ้น

จุดมุ่งหมายของการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Purposes of Milieu Therapy)

การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ ได้แก่

1. จำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วย (Sets limits on disturbing and maladaptive behavior)

2. สอนทักษะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วย (Teaches psychosocial skills)

การจำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกตินั้น เป็นการปกป้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อสามารถจำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วยได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดคือ การพัฒนาทักษะทางจิตสังคม 4 อย่าง ดังนี้

1) การรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) และ การรู้ตัวอยู่กับความเป็นจริง (Reality awareness) โดยการให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เช่นการแนะนำตัว การแนะนำสถานที่ การบอกบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย เวลาในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม เป็นต้น ซึ่งจะเน้นที่เหตุการณ์ปัจจุบัน

2) การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertion) เป็นการให้โอกาสผู้ป่วยได้เปิดเผยความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเองออกมาอย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่จัดขึ้นเพื่อการบำบัดช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนด้วยท่าทีที่ยอมรับและให้กำลังใจเช่น การจัดกลุ่มกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้แสดงออกอย่างสอดคล้องกับความสามารถของเขา

3) การทำงานอาชีพ (Occupation) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นและประสบผลสำเร็จจากการทำกิจกรรมงานอาชีพ โดยกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝีมือทั้งแบบเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะได้พัฒนาทักษะทางด้านร่างกายแล้ว ยังได้ฝึกการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย

4) การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) เป็นการพัฒนาความสามารถในการเข้าร่วมและสนุกสนานกับกิจกรรมบันเทิง หรือการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่าง โดยการจัดกิจกรรมนันทนาการหรือกิจกรรมบันเทิงที่หลากหลาย ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การฝึกทักษะหลายอย่าง ได้แก่ การอยู่กับความจริง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความแคล่วคล่องว่องไวทางร่างกาย

บทบาทของพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557 ; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นการรักษารูปแบบแรกๆชนิดหนึ่งที่ใช้ในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างสั้นเกินไปที่จะได้มีโอกาสพัฒนาสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ดังนั้น แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดจึงได้รับความสนใจน้อย อย่างไรก็ตามการจัดสิ่งแวดล้อมยังคงเป็นบทบาทแรกของพยาบาลในการสร้างความปลอดภัย ป้องกันปัญหาทางจิต และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการประสานความร่วมมือกับทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในทีมวิชาชีพ และเพื่อให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย พยาบาลจึงมีบทบาท ดังนี้

1. จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความปลอดภัยเป็นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องคำนึงถึง ความปลอดภัยนี้ เป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องป้องกันผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันผู้ป่วยทางร่างกาย คือ ร่างกายจะปลอดภัยจากอันตราย ตลอดจนการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในสิ่งแวดล้อม เช่น ของมีคม แก้วน้ำ วัสดุพลาสติกแข็ง โต๊ะเก้าอี้ที่วางเกะกะ เป็นต้น และความปลอดภัยทางจิตใจ ได้แก่ คำพูดที่ทำร้ายจิตใจผู้ป่วย

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม มุ่งที่จะเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับ ตนเองและปัญหาในชีวิตประจำวัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองใน เรื่องของกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับปัญหาประจำวัน

3. เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัด กิจกรรมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นสื่อให้ผู้ป่วยติดต่อกับสังคม โดยเฉพาะกลุ่มกิจกรรมบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ ดีขึ้น และเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นบุคลากรที่มีความเหมาะสมและพร้อมในการเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัด

4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและปรับตัวในชีวิตประจำวัน ตลอดจน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จคือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยด้วยความรู้ที่ให้ ได้แก่ เรื่องของการเจ็บป่วย การใช้ยา การแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการบำบัดรักษาที่จำเป็น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น

5. ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย บุคลากรในทีมวิชาชีพ และญาติผู้ป่วย การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมต้องอาศัยบุคลากรทำงานร่วมกันเป็นทีม พยาบาลเป็นบุคลากรคนเดียวในทีมที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย รวมทั้งมีโอกาสพบปะติดต่อกับ ญาติมิตรของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและสังคมของเขา พยาบาลจึงเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย บุคลากรในทีมวิชาชีพ และญาติผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

6. ประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เมื่อจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้แก่ผู้ป่วยไปแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินผล โดยตรวจสอบว่ากิจกรรมนั้นๆ บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด ส่งผลดีหรือผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างไร ลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้นควรพัฒนา หรือปรับปรุงแก้ไขอย่างไรบ้าง เพื่อให้เกิดผลดีต่อการบำบัดให้มากที่สุด บทบาทนี้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาล

2. การบำบัดด้วยกลุ่มกิจกรรม (Activity Group therapy) (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

สถานการณ์กลุ่มที่ใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ การอ่านหนังสือ การสอน หนังสือหรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันและกัน กิจกรรมจะถูกใช้เพื่อให้ ผู้ใช้บริการเห็นถึงความสามารถของตนเองและความสำเร็จของงาน

กิจกรรมกลุ่มบำบัดยังเป็นสถานการณ์กลุ่มที่ใช้ฝึกฝนพฤติกรรมใหม่ ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งผู้ใช้บริการจะนำไปใช้ในการปรับตัวใหม่อีกครั้ง เมื่อเขาต้องกลับไปอยู่ในสังคมเดิม ปัจจุบันการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่ง จึงได้กำหนดชื่อกลุ่มให้มี ลักษณะผู้ใช้บริการเป็น ศูนย์กลาง เช่น กลุ่มเสริมคุณค่าในตนเอง กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง กลุ่ม ตระหนักรู้ตนเองและผู้อื่น โดยมีการวางแผนการดำเนินการกลุ่มให้สอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของผู้ใช้บริการ

กระบวนการการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด ประกอบด้วย

1. ทีมผู้บำบัด ประกอบด้วย

1.1 ผู้นำกลุ่ม (Leader) อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์หรือ นักจิตวิทยา ซึ่งมีหน้าที่

- คัดเลือกและประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่ม
- เป็นหลักในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกคนมีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็น

- เป็นผู้นำในการประเมินกลุ่ม หลังจากการทำกลุ่มเสร็จสิ้น

1.2 ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (Co-leader) หรือผู้นำกลุ่มย่อย อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคม สงเคราะห์หรือนักจิตวิทยา มีหน้าที่ดังนี้

- คัดเลือกและประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่ม
- ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยให้ดำเนินตามกิจกรรมกลุ่ม ในขณะที่มีการแบ่งกลุ่มย่อย
- ทำประสานงานกับผู้นำกลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปด้วยดี
- เป็นผู้บันทึกตั้งแต่ต้นจนจบถึงขั้นประเมินผลรวมถึงบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยใน

ขณะที่กำลังดำเนินกลุ่ม รวมทั้งร่วมประเมินผลกลุ่มและให้ข้อเสนอแนะ

1.3 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

1.3.1 ด้านบุคลิกภาพ จะต้องมีการตระหนักรู้ สติ (Awareness) รู้จักตนเอง มีท่าทีมั่นคง จิตใจและอารมณ์หนักแน่น สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีท่าทีเมตตากรุณาและเห็นใจ (Empathy) ใจเย็นและอดทนสูง

1.3.2 ด้านความรู้ความสามารถ จะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการ ทำกลุ่มกับ ผู้ป่วยจิตเวช มีความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ รู้เทคนิคในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.3 ด้านทัศนคติ จะต้องมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง มีจิตใจ อยากรจะ ช่วยเหลือผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและมีความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่สามารถ พัฒนาได้ ยอมรับและไม่ตัดสินผู้ป่วยว่าถูกหรือผิด

2. สมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทุเลา ช่วยเหลือตนเองได้ สมาชิกต่อ กลุ่ม ประมาณ 8-15 คน ขึ้นอยู่กับทักษะและความสามารถของผู้นำในการควบคุมกลุ่ม

3. บทบาทของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด

3.1 ศึกษาขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมตามแบบแผนกิจกรรมให้เข้าใจ

3.2 ลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดทำกิจกรรมด้วยตนเองก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย

3.3 จัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ให้พร้อมตามแผนการจัดกิจกรรม

3.4 ดำเนินกลุ่มตามขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 **ขั้นเริ่มต้น** ผู้นำกลุ่มถามวัน เดือน ปี พร้อมทั้งบอกให้ผู้ป่วยในกลุ่มช่วย บอกกติกาการเข้ากลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย แล้วสรุปคำพูดของผู้ป่วยและเพิ่มเติม ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่ผู้นำกลุ่มได้เตรียมไว้

3.4.2 **ขั้นดำเนินกลุ่ม** ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่แผนการจัดกิจกรรมที่ได้เตรียมไว้

3.4.3 **ขั้นปิดกลุ่ม** เป็นการสิ้นสุดท้ายของการดำเนินกลุ่ม เป็นขั้นตอนสรุปสาระ ที่ได้จากการทำกลุ่มพร้อมทั้งมีการเสริมแรงแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงเจตคติ พฤติกรรมและ นำไปสู่การมีทักษะในทิศทางที่เหมาะสม รวมถึงการนัดหมายผู้ป่วยในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

ลักษณะของกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่จัดในโรงพยาบาลจิตเวชมีหลายชนิด ได้แก่

การอ่านคำกลอน จังหวะและรูปแบบของคำสัมผัสที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินแก่ผู้ฟัง และเนื่องจากการออกเสียงในการอ่านคำกลอน จะได้รับความสนใจและตั้งใจฟังจากผู้ให้บริการมาก ซึ่งนอกจาก จะเป็นการฝึกหัดอ่านออกเสียงแล้ว หลังจากการอ่าน ผู้ให้บริการจะได้รับการส่งเสริมให้อธิบาย หัวข้อ คำกลอนที่เป็นธรรม ทำให้ประเมินความสามารถในการคิดจากนามธรรมเป็นรูปธรรมได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลุ่มนำความรู้ประสบการณ์ที่ผู้ให้บริการที่เคยมีมาก่อนมาพูดซ้ำอีกครั้ง โดยยึดหลักของความเป็นจริง ผู้ให้บริการจะถูกกระตุ้นให้คิดลำดับขั้นตอน และวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นประสบการณ์เดิมของเขา เช่น การทำกิจกรรม อาชีพ การทำสวนครัว

การวาดภาพ การวาดภาพเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์อันหนึ่ง เนื่องจากศิลปะเป็นสิ่ง que ผู้ให้บริการจะ แสดงออกถึงความรู้สึกสิ่งที่ครุ่นคิดและประสบการณ์ หลังจากวาดภาพแล้วสมาชิกแต่ละคนจะ บรรยายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพที่วาด นิยมใช้เพื่อการสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก ความ คิดเห็นของผู้ให้บริการ หากผู้ให้บริการมีการรับรู้ผิดไปจากความจริง ผู้นำกลุ่มควรชี้ให้เห็นความเป็น จริงว่า การวาดภาพนั้นเน้นที่ความเป็นจริงมากกว่าจะเป็นเน้นถึงความคิดฝันที่ไม่อยู่ในความเป็นจริง

การอ่านหนังสือ เป็นกลุ่มให้ผู้ให้บริการเลือกอ่านเองตามความสนใจ โดยผู้นำกลุ่มกำหนด ข้อความที่อ่าน จะเป็นข้อความในหนังสือพิมพ์ นิตยสาร หรือเอกสาร ป้าย แผ่นพับ และอื่น ๆ ซึ่ง ผู้ให้บริการถูกกระตุ้นให้อ่านและแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่นำมาให้อ่าน

กลุ่มสอนหนังสือ (Schooling) เป็นกลุ่มสร้างเสริมความรู้ ให้แนวคิด ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อที่จะได้นำไปใช้ในชีวิตต่อไป ซึ่งอาจใช้วิธีการที่ผู้นำสอนโดยตรง หรือให้อ่าน หรือให้ทำกิจกรรมเป็นทีม และอื่น ๆ

กลุ่มศิลปะและดนตรี (Music and art therapy) เป็นกลุ่มกิจกรรมทางศิลปะต่าง ๆ เช่น การวาดภาพ ประติมากรรมของชำร่วย ปั้นรูป เพื่อให้ผู้ใช้บริการแสดงออกถึงความสามารถและได้เห็นความสำเร็จ โดยมีเสียงเพลงเป็นสื่อให้เกิด ความเพลิดเพลิน ผู้ใช้บริการจะถูกกระตุ้นให้คิดวิจารณ์ผลงานโดยเน้นความเป็นจริง เพื่อตั้ง ผู้ใช้บริการเข้าสู่ความเป็นจริง

กลุ่มประชุมสมาชิกภายในตึก (Ward meeting) เป็นการพบปะประชุมกันระหว่าง ผู้ใช้บริการ บุคลากรภายในตึก เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการบริหารรักษา ผู้ใช้บริการจะได้รับการกระตุ้นจากผู้นำให้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ที่ได้ เข้ามาอยู่ในสถานที่นี้ มีความคิดเห็นอย่างไรต่อสถานที่ บุคลากร ตลอดจนการรักษา สามารถพูดได้ อย่างอิสระหากมีปัญหากลุ่มจะช่วยแก้ไข ถ้าทางกลุ่มแก้ไขเองไม่ได้แต่ต้องได้รับความร่วมมือจาก บุคลากรในตึก ทางตึกก็จะช่วยกันปรับปรุงแก้ไขต่อไปได้ บางแห่งเรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่ม T.C. (Therapeutic Community Group)

กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreational therapy) เป็นกิจกรรมจัดขึ้นเพื่อความบันเทิงใจ ให้ทุกคนได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลินอยาก เข้าร่วมกลุ่ม กลุ่มที่นิยม ได้แก่ เกมส (Indoor games) การเล่นเกมกีฬาประเภทต่าง ๆ รำวง เต้นรำ การร้องเพลง การแสดงต่าง ๆ การดูโทรทัศน์ สันทนาการบำบัด (Social club)

หลักการจัดนันทนาการบำบัด

1. กิจกรรมนั้นต้องอยู่ในขอบเขตความสามารถของผู้ใช้บริการ ไม่ยากไม่ง่ายหรือสลับซับซ้อนเกินไป
2. ไม่ตำหนิผู้ใช้บริการ ให้ผู้ใช้บริการเห็นว่าพอใจความสำเร็จของผู้ใช้บริการแท้จริง
3. ต้องคำนึงถึงความพร้อมของอุปกรณ์ คำนึงถึงความปลอดภัย
4. กิจกรรมทุกชนิดจะต้องเอื้ออำนวยต่อการสังเกตพฤติกรรม
5. พยายามให้ผู้ใช้บริการได้ช่วยตนเองในกิจกรรมมากที่สุด โดยให้การสนับสนุนให้ กำลังใจ จะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความภาคภูมิใจ

ผลของการทำกลุ่มบำบัดที่ได้ผลในการรักษาผู้ใช้บริการเป็นกลุ่ม

ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Yalom, 1995) โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่เอื้ออำนวยให้เกิดขึ้นผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วยโดยผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มซึ่ง ยาลอม (Yalom, 1995) ได้เรียกว่าปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัย ได้แก่

1. การมีความหวัง (Instillation of hope) เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโดยการเห็นสมาชิกในกลุ่มดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มิมีปัญหาเดียวกันกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าสามารถเอาชนะปัญหาได้ ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง เช่น

ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอาจพบว่าไม่ใช่มีเพียงตนเองเท่านั้นที่เกิดอาการหูแว่ว สามารถที่จะบอกกับผู้อื่นได้ไม่ใช่เรื่องน่าอัศจรรย์ เป็นต้น

3. การได้รับข้อมูล (Imparting information) สมาชิกในกลุ่มจะได้รับข้อมูลต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มจะแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม

4. การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (Altruism) การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

5. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (Corrective recapitulation of the family group) กลุ่มบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัว การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือมีปมขัดแย้งมาก่อนในครอบครัว กลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมในแง่ลบเหล่านั้นให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะไปกับพ่อแม่หรือพี่น้อง

6. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of social techniques) การที่สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นการฝึกทักษะทางสังคม นอกจากนี้การได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ และได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่น ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับ สนับสนุนและรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

7. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) สมาชิกกลุ่มเกิดการเลียนแบบบุคลิกภาพจากสมาชิกด้วยกัน หรือจากผู้นำกลุ่มที่ตนเองพึงพอใจ โดยผ่านการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร

8. การระบายอารมณ์ (Catharsis) ได้ระบายความคิดความรู้สึก การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบายและทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

9. การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential factors) ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความคาดหวังกับชีวิต ชีวิตต้องสวยงาม สมหวัง ซึ่งไม่ได้เป็นจริงเสมอไป ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตจากการฟังประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

10. ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความผูกพันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกัน มีเป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

11. การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal learning) โดยกลุ่มถือว่าเป็นสิ่งจําลองให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกฝนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น

ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจะค่อยๆ เกิดอย่างช้าๆ และใช้เวลานานพอสมควร ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นไม่ครบทั้งหมดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลา ไดนามิกของกลุ่ม ความเชี่ยวชาญหรือลักษณะของผู้นำกลุ่ม โดยส่วนใหญ่ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นบ่อยคือ ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล การได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก การรู้สึกได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นและได้รับข้อมูลให้กับตนเอง โดยที่ปัจจัยบำบัดตัวหนึ่งอาจเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยอีกตัวหนึ่งได้หรือเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดตัวต่อไปไม่สามารถแยกออกจากกันได้

บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมบำบัด (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

- 1) ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยประโยชน์แก่กลุ่ม วางแผนดำเนินการกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 2) ให้ความเชื่อมั่น เรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยที่เปิดเผยในกลุ่ม
- 3) สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นและผ่อนคลาย เป็นแบบอย่างที่ดีในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในกลุ่ม ประสานไมตรี สร้างความสามัคคี และลดความขัดแย้งภายในกลุ่มเคารพและรักษาสิทธิของผู้ป่วยทุกคน
- 4) ควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมาย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้ถึงความสามารถเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละคนออกมาใช้ในกลุ่ม สนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหา สังเกตพฤติกรรม แนวคิด อารมณ์ และวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินการกลุ่ม
- 5) สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้มีส่วนร่วมในกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยกันคิดพิจารณากิจกรรมที่ทำร่วมกัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือทำกิจกรรมให้สำเร็จ โดยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรม
- 6) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำกิจกรรมที่สามารถทำได้
- 7) สรุปและเพิ่มเติมข้อมูลในประเด็นต่างๆที่ได้จากกลุ่มให้ครอบคลุม จัดประเด็น ข้อคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้จากกลุ่มให้ครอบคลุม จัดการให้การตัดสินใจของกลุ่มออกมาในลักษณะประนีประนอม และเห็นชอบร่วมกัน สรุปแนวทางการแก้ปัญหาและข้อคิดเห็นที่ได้จากกลุ่ม ให้ข้อคิดเห็นที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

สรุปการบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อมหรือนิเวศน์บำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากที่มีอยู่เดิม เพื่อย้ายผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมเดิมซึ่งมีความกดดันให้มาอยู่ในสภาพที่เงียบและปลอดภัยกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีสภาพความเป็นอยู่ ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือจากความเป็นจริงในสังคม เพื่อพัฒนาความสามารถทางสังคม (Social competence) เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นตนเอง เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้คืนสู่สังคมเดิม พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆและมีความสามารถที่จะรับมือกับตนเอง ครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

- จิราพร รักรการ (2560). บทบาทพยาบาลกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต*. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ฐิตวัฒน์ หงษ์กิตติยานนท์.(2560). บทบาทพยาบาลกับการรักษาด้วยไฟฟ้า. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต*. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2557). บทบาทพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต*. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- นิตา ลิ้มสุวรรณ และมานิช หล่อตระกูล. (2558). การรักษาด้านจิตใจ. ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชัย อธิฐสกุล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2558). การใช้ยาและECT. ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : บริษัทวี.พรีนท์ (1991)จำกัด.
- Halter, M.J. (2014). *Varcarolis, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (7th ed.). St.Louis : Saunders/Elsevier.
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart G.W. and Laraia M.T.(2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th ed.). St. Louis: Elsevie Mosby.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. (4th ed.). New York: Basic Books.

ตัวอย่างแบบทดสอบบทที่ 5

จงเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ลักษณะอาการของผู้ป่วยในข้อใด ควรได้รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าเป็นอันดับแรก
 1. มีอาการหวาดระแวง แยกตัว
 2. มีอาการพูดมาก ไม่ยอมกินยา
 3. มีอาการซึมเศร้า คิดอยากตาย
 4. มีอาการเครียดรุนแรง ฝันร้ายทุกคืน
2. ผู้ป่วยจิตเภท มีอาการแยกตัว ไม่ดูแลตัวเอง ไม่นอน ไม่ทำงาน สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ ไม่มีอาการยีนดีอินร้าย ยารักษาโรคจิตตัวใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนี้
 1. Chlorpromazine
 2. Thioridazine
 3. Haloperidol
 4. Risperidone
3. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน แขนขากระตุกเป็นระยะๆ หลังทะเลาะกับบิดา และประชดด้วยการกินยาจิตเวชที่แพทย์ให้ไป ไม่ทราบจำนวน ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้กินยาชนิดใด
 1. Librium
 2. Lithium
 3. Largactil
 4. Lorazepam
4. ผู้ป่วยรายหนึ่ง มีอาการอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ แพทย์สั่งให้ฉีดยา prn. Haloperidol 5 mg เข้ากล้ามเนื้อ หลังจากฉีดยา ต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงใดเป็นสำคัญ
 1. Tardive dyskinesia
 2. Orthostatic hypotension
 3. Extrapyrmidal symptoms
 4. Neuroleptic malignant syndrome
5. ผู้ป่วยที่มีความกลัวที่สูง ควรได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมด้วยวิธีการใด
 1. Stimulus control
 2. Aversive stimulus
 3. Implosive therapy
 4. Systematic desensitization



ภาคผนวก ก
เฉลยและวิเคราะห์แบบทดสอบท้ายบท

แบบทดสอบบทที่ 1

เรื่อง การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต

1. ข้อใดสำคัญที่สุดที่ช่วยให้การตรวจประเมินสภาพจิตผู้ป่วยจิตเวชได้ข้อมูลที่เป็นจริง

1. การทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ
2. ตรวจในสถานที่มืดซิดไม่เปิดเผย
3. การจัดที่นั่งให้นั่งสบายๆและเป็นกันเอง
4. ถามข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยโดยเคารพความเป็นบุคคล

เฉลย ข้อ 1. ถูกต้อง เพราะการทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และกล้าเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด

การวิเคราะห์

ข้อ 2, 3, และ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นองค์ประกอบอื่นๆ ที่ช่วยให้การตรวจประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยประสบความสำเร็จแต่ยังสำคัญน้อยกว่าข้อ 1

2. ทักษะของผู้ประเมินในข้อใดที่ไม่ถูกต้องในการตรวจประเมินสภาพจิต

1. “แล้วคุณรู้สึกอย่างไร”
2. “แล้วยังไงต่อไปครับ”
3. “ที่พูดอย่างนั้นหมายความว่าอย่างไรคะ”
4. “คุณมีความคิดแปลกๆหรือได้ยินเสียงแว่วบ้างหรือเปล่า”

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะเป็นทักษะที่ผู้ประเมินไม่ควรปฏิบัติ เพราะเป็นการถามนำใน 2 ประเด็นพร้อมกัน

การวิเคราะห์

ข้อ 1, 2, และ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นเทคนิคในการสนทนาที่ผู้ประเมินควรนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้เล่าหรือเปิดเผยข้อมูลมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความกระจำและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ผู้ป่วยเล่าเรื่องที่สามีบอกว่าจะไปทำงานล่วงเวลา แต่กลับไปเที่ยวและดูหนังกับผู้หญิงอื่น แล้วร้องไห้ นักศึกษาควรปฏิบัติอย่างไร

1. ยื่นกระดาษทิชชูให้ซับน้ำตา แล้วพูดว่า “ทำใจให้สบายนะคะ”
2. พยักหน้า แล้วพูดว่า “คุณเสียใจที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น”
3. สัมผัสแขนผู้ป่วย แล้วพูดว่า “ผู้ชายก็เป็นอย่างนี้แหละ”
4. บีบมือผู้ป่วย แล้วพูดว่า “เราผู้หญิง เรื่องแบบนี้เสียเปรียบวันยันค่ำ”

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะเป็นเทคนิคการสะท้อนความรู้สึก แสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณนักศึกษาเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นการพูดปลอบใจแบบชาวบ้านทั่วไป

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นการพูดเข้าข้างผู้ป่วยโดยตำหนิผู้ชายที่เป็นฝ่ายกระทำ

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นการพูดเข้าข้างผู้ป่วยในฐานะผู้หญิงที่ เป็นผู้ถูกรกระทำ

4. “คุณเคยได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยินบ้างหรือไม่” เป็นคำถามที่ใช้ประเมินสภาพจิตด้านใด

1. Orientation
2. Attention
3. Judgment
4. Perception

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะเป็นการประเมินการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทางการได้ยิน

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะ Orientation เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับกาลเวลา สถานที่และบุคคล

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะ Attention เป็นการประเมินเกี่ยวกับความสนใจ ตั้งใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Judgment เป็นการประเมินการตัดสินใจในการกระทำต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งว่าเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

5. “ถ้าคุณไปซื้อของที่ร้านหน้าปากซอย แล้วเกิดฝนตก คุณจะอย่างไร” เป็นการประเมินผู้ป่วยด้านใด

1. Orientation
2. Judgment
3. Perception
4. Concentration

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะเป็นการประเมินการตัดสินใจในการกระทำต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งว่าเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะ Orientation เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับกาลเวลา สถานที่และบุคคล

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Perception เป็นการประเมินการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะ Concentration เป็นการประเมินการมีสมาธิ การจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

แบบทดสอบบทที่ 2

เรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

1. บุคคลในข้อใดที่ถือว่ามีภาวะทุกข์โศกผิดปกติ

1. ภรรยาร้องไห้คร่ำครวญถึงสามีที่เสียชีวิตไปเมื่อ 2 ปีที่แล้ว
2. ลูกสาวรู้สึกคิดถึงมารดาและร้องไห้เมื่อดูภาพของมารดาที่เสียชีวิตไปเมื่อ 3 ปีก่อน
3. สามีนำดอกไม้ไปวางที่หลุมศพของภรรยาทุกวันก่อนไปทำงานตลอด 1 ปีที่ภรรยาเสียชีวิต
4. มารดาตักบาตรทุกวันเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้ลูกชายที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา

เฉลย ข้อ 1 ถูกต้อง เพราะเป็นการแสดงออกของภาวะทุกข์โศกที่ผิดปกติ เนื่องจากเวลาว่างเลยมานาน แต่การแสดงของอารมณ์ทุกข์โศกยังมีมากอยู่

การวิเคราะห์

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะการคิดถึงและร้องไห้ เนื่องจากเห็นภาพเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคิดถึงถือเป็นเรื่องปกติทั่วไปที่เกิดขึ้น

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะการนำดอกไม้ไปวางหลุมศพภรรยาเป็นการแสดงความรักที่มั่นคง ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิต ก็ถือว่าเป็นปกติ

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะการทำบุญตักบาตรทุกวันเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้บุตร ก็ถือเป็นเรื่องปกติทั่วไป

2. หญิงสาวคนหนึ่ง ร้องกรีดและพูดว่า “ไม่จริง ฉันไม่เชื่อ” เมื่อทราบว่าบ้านของตนถูกไฟไหม้เสียหายทั้งหลัง ปฏิกริยาต่อการสูญเสียของหญิงรายนี้ตรงกับข้อใดตามแนวคิดของ คูเบอร์-รอส

1. Anger
2. Denial
3. Bargaining
4. Depression

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียในระยะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียในระยะโกรธ

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียในระยะต่อรอง

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียในระยะซึมเศร้า

3. ผู้ป่วยรายหนึ่ง ซึม ร้องไห้ตลอดเวลา ไม่ดูแลตนเอง ไม่ยอมกินข้าว ปฏิเสธการรวมกลุ่มกับเพื่อน บ่นคนเดียวบ่อยๆว่า “อยู่ไปก็ไม่มีจุดหมาย ไม่รู้จะต้องอยู่ไปทำไม” จุดมุ่งหมายเร่งด่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ คือข้อใด

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอื่นๆ
2. ป้องกันการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย
3. การเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง
4. ป้องกันอันตรายทั้งชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยรายนี้มีภาวะซึมเศร้า มีอาการและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ถือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะเรื่องสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นเป็นปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยรายนี้ แต่ไม่ใช่เรื่องเร่งด่วน

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะเรื่องการเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยรายนี้ เป็นประเด็นรองๆ ถือเป็นเป้าหมายในระยะกลางหรือระยะยาว

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่มีพฤติกรรมที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น

4. กิจกรรมในข้อใดที่เหมาะสมที่จัดให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ

1. ทายปัญหา
2. อ่านข่าวหนังสือพิมพ์
3. แข่งขันกีฬาที่สนุกสนาน
4. ต่อภาพจิกซอร์จำนวน 6-10 ชิ้น

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะเป็นกิจกรรมบำบัดที่สาผู้ป่วยมารดทำให้สำเร็จได้ง่ายและช่วยก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะการทายปัญหาเป็น กิจกรรมบำบัดที่ต้องใช้ความคิดและต้องกล้าแสดงออกในการตอบปัญหา ไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะการอ่านหนังสือพิมพ์ เป็นกิจกรรมบำบัดที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและกล้าแสดงออก ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะการแข่งขันกีฬาที่สนุกสนาน อาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะแรกๆ นอกจากระยะที่อาการพอทุเลา

5. ปัญหาสำคัญเร่งด่วนของผู้ป่วย Bipolar, manic episode คือ ข้อใด

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
2. ใช้กลไกทางจิตไม่เหมาะสม
3. สัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง
4. เสี่ยงต่อการทำร้ายหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะผู้ป่วย Bipolar ในระยะ mania จะมีพฤติกรรมแสดงออกของ อารมณ์ พฤติกรรมและความคิดที่รุนแรง ก้าวร้าว เจ้ากี้เจ้าการและอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ถือเป็น ปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะผู้ป่วย Bipolar ในระยะ mania จะไม่มีพฤติกรรมหรือความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไขและบำบัดในระยะยาว

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง เป็นประเด็นปัญหารองๆ ซึ่งต้องแก้ไขในระยะที่อารมณ์ อากาและพฤติกรรมของผู้ป่วยอยู่ในระยะสงบหรือทุเลาลง

แบบทดสอบบทที่ 3

เรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน

1. ชายหนุ่มให้ประวัติกับแพทย์ว่าไม่มีความสุขสุดยอดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ บางครั้งก็หลังช้ำมาก ชายหนุ่มคนนี้ควรได้รับการวินิจฉัยใด

1. Anhedonia
2. Retarded ejaculation
3. Premature ejaculation
4. Sexual aversion disorder

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะปัญหาของชายหนุ่มคนนี้เป็นความผิดปกติในระยะถึงจุดสุดยอด (Orgasm) หลังช้ำมากและไม่มีความสุขสุดยอดจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเรียกว่า Retarded Ejaculation

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะ Anhedonia เป็นภาวะที่ไม่มีความสุขเมื่อมีเพศสัมพันธ์ คือ ไม่สามารถหลังหรือไม่ถึงจุดสุดยอดได้

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Premature ejaculation เป็นภาวะที่มีการหลังเร็วเกินไป

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะ Sexual aversion disorder เป็นภาวะรังเกียจหรือหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์

2. วัยรุ่นชายคนหนึ่งซบซุ่มเตอร์ไซค์ไปตามสถานที่ต่างๆ และจะสำเร็จความใคร่โชว์เมื่อพบผู้หญิง วัยรุ่นคนนี้มีภาวะความผิดปกติในข้อใด

1. Exhibitionism
2. Frotteurism
3. Voyeurism
4. Fetishism

เฉลย ข้อ 1 ถูกต้อง เพราะ Exhibitionism เป็นพฤติกรรมก่อการเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการอวดอวัยวะเพศให้คนแปลกหน้าเพศตรงข้าม

การวิเคราะห์

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะ Frotteurism เป็นพฤติกรรมก่อการเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการถูไถอวัยวะเพศกับคนเพศตรงข้ามที่ยังสวมใส่เสื้อผ้าอยู่และไม่ได้ยินยอม

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Voyeurism เป็นพฤติกรรมก่อการเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการแอบดูผู้อื่นเปลือยกายหรือร่วมเพศ

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะ Fetishism เป็นพฤติกรรมการเกิดอารมณ์ทางเพศกับวัตถุที่ไม่ได้ใช้เพื่อกิจกรรมทางเพศ เช่น กางเกงชั้นใน เสื้อยกทรง เป็นต้น

3. จากข้อ 2 วัยรุ่นคนนี้ควรได้รับการบำบัดโดยวิธีใด

1. การให้ยา medroxyprogesterone acetate
2. การฝึก sensate focus exercise
3. การทำพฤติกรรมบำบัด
4. การฝึกขมิบ

เฉลย ข้อ 3 ถูกต้อง เพราะเป็น Sexual deviation หรือ Paraphilia เป็นภาวะเบี่ยงเบนทางเพศคือการแสดงออกพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือคนทั่วไป ต้องใช้การทำพฤติกรรมบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะยา Medroxyprogesterone acetate ใช้เพื่อลดความต้องการทางเพศ

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะ การฝึก sensate focus exercise ในรักษาในกลุ่ม Sexual dysfunction

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะ การฝึกขมิบ จะช่วยชลอการหลั่งและควบคุมการหลั่งได้ตามความต้องการของตนเอง

4. หญิงสาวรายหนึ่งมีส่วนสูง 165 cm. น้ำหนัก 40 kg. แต่ยังรู้สึกที่ตัวเองอ้วน วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่าง พยายามควบคุมอาหารทุกชนิดเพื่อลดน้ำหนักลงอีก หญิงสาวรายนี้ควรได้รับการวินิจฉัยใด

1. Pedophilia
2. Eating Phobia
3. Bulimia nervosa
4. Anorexia nervosa

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะ Anorexia nervosa เป็นภาวะ ไม่กิน กลัวอ้วน แม้จะผอม

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะ Pedophilia เป็นภาวะชอบร่วมเพศกับเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะ Eating Phobia เป็นภาวะกลัวการกินอาหาร

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Bulimia nervosa เป็นภาวะกินมากๆ แล้วหาวิธีลดน้ำหนัก

5. ข้อใดเป็นจุดมุ่งหมายของการทำจิตบำบัดสำหรับผู้รับบริการที่คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างตนเองอย่างมาก ทำให้ตนเองอาเจียนหลังจากรับประทานอาหารแทบทุกครั้ง จนร่างกายซูบผอม อ่อนแรง

1. ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย
2. ปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง
3. สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ถูกต้อง

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้องเพราะผู้รับบริการกลัวอ้วน ไม่ควบคุมการกิน แต่พยายามเอาออกหลังจากกิน เป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นต้องให้เรียนรู้และมีทักษะการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นการบำบัดทางด้านร่างกาย ซึ่งต้องแก้ไขในระยะเร่งด่วน

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นการบำบัดทางด้านร่างกาย ในระยะกลางหรือระยะยาว

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะเป็นการบำบัดในการสร้างแรงจูงใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เฉลยแบบทดสอบย่อยบทที่3

เรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน (การจับคู่)

A	B
.....h....1. นกเขาไม่ขัน	a. anorgasmia or frigidity
.....m....2. vaginismus	b. voyeurism
.....a....3. ไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิง	c. pica
.....o....4. ไม่มีความสุขสุดยอดในเพศชาย	d. นกกระจอกยังไม่ทันได้กินน้ำ
.....r....5. อาการปวดศีรษะหลังจากมี	e. ใช้เป่าภูโถบั้นท้ายผู้หญิงบนรถโดยสาร
เพศสัมพันธ์	f. กินอาหารครั้งละมากๆ แล้วพยายามทำให้เกิดการ
.....t....6. อารมณ์ไม่ดีหลังการมีเพศสัมพันธ์	อาเจียนหรือถ่ายออก
.....j....7. priapism	g. มีเพศสัมพันธ์กับเด็ก (ต่ำกว่า 13ปี)
.....d....8. premature ejaculation	h. impotence
.....q....9. โขว์อวัยวะเพศในที่สาธารณะ	i. sadism
.....b....10. พกถ้ำมอง (แอบดู)	j. องคชาติค้างไว้ไม่ยอมอ่อนตัว
.....e....11. frotteurism	k. เกิดอารมณ์ทางเพศโดยการสวมใส่เครื่องแต่งกาย
.....s....12. fetishism	ของเพศตรงข้าม
.....k....13. transvestic fetishism	l. กลัวอย่างรุนแรงว่าน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นหรืออ้วน ทั้งๆ
.....g....14. pedophilia	ที่น้ำหนักน้อยมากอยู่แล้ว
.....p....15. มีความสุขทางเพศเมื่อได้รับความ	m. ภาวะช่องคลอดหดรั๊ดตัว
เจ็บปวด	n. พฤติกรรมบำบัดในเรื่องเพศ
.....i....16. มีความสุขทางเพศเมื่อทำให้คู่	o. anhedonic ejaculation
เจ็บปวด	p. masochism
.....l....17. anorexia nervosa	q. exhibitionism
.....f....18. bulimia nervosa	r. postcoital headache
.....c....19. กินดิน กินถ่าน	s. ขโมยชุดชั้นในผู้หญิงมาสูดดมหรือสำเร็จความใคร่
.....n....20. covert sensitization	t. postcoital dysphoria
	u. พฤติกรรมบำบัดในการกิน

แบบทดสอบบทที่ 4

เรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด

1. ยานอนหลับ จัดอยู่ในประเภทใด ของสารเสพติดที่แบ่งตามลักษณะของสารที่ใช้ในทางการแพทย์

1. กดประสาท
2. หลอนประสาท
3. กระตุ้นประสาท
4. ออกฤทธิ์หลายอย่าง

เฉลย ข้อ 1 ถูกต้อง เพราะยานอนหลับเป็นสารเสพติดประเภทกดประสาท

การวิเคราะห์

ข้อ 2 , 3 , และ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะยานอนหลับไม่ใช่สารเสพติดที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท กระตุ้นประสาท หรือออกฤทธิ์หลายอย่าง

2. ถ้าท่านได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ในการรวบรวมข้อมูล ท่านควรซักประวัติด้านใดบ้าง

1. ประวัติพัฒนาการทางบุคลิกภาพ
2. ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด
3. เหตุการณ์สำคัญในชีวิต
4. ข้อ 1 และ 2 ถูก

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะประวัติพัฒนาการทางบุคลิกภาพและการใช้ยาและสารเสพติด เป็นข้อมูลสำคัญจะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะประวัติพัฒนาการทางบุคลิกภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เข้าใจปัจจัยนำ (predisposing factors) ที่ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติด

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะประวัติการใช้ยาและสารเสพติด เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถดูแลผู้ติดสารเสพติดได้ถูกต้องเหมาะสมกับชนิด ปริมาณและระยะเวลาการใช้สารเสพติด

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะเหตุการณ์สำคัญในชีวิต อาจส่งผลต่อการติดสารเสพติด แต่สำคัญน้อยกว่าประวัติพัฒนาการทางบุคลิกภาพและประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

3. การพยาบาลข้อใดที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด ที่มีอาการหวาดกลัว คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย หูแว่ว เห็นภาพหลอน อะอะโวยวาย เสียงดัง

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
2. จัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
3. ฉีดยาเพื่อลดอาการทางประสาท
4. ป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีหูแว่วและภาพหลอน อารมณ์แปรปรวน จึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ แต่ไม่สำคัญที่สุด

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด จะทำหลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะฉีดยาเพื่อลดอาการทางประสาท เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยรายนี้ และต้องพิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ผู้ป่วยวัย 18 ปี มีประวัติบุคลิกภาพแบบ Antisocial และใช้สารเสพติด ถูกนำส่งโรงพยาบาล เพราะทุบกระจกและเข้าไปขโมยยาในคลินิกแห่งหนึ่ง ข้อใดน่าจะเป็นลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยรายนี้

1. มีความเมตตากรุณา มีน้ำใจกับเพื่อน ๆ
2. ชอบออกจากบ้านโดยไม่ได้รับอนุญาต
3. มีประวัติ Enuresis
4. ผลการเรียนดี

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะชอบออกจากบ้านโดยไม่ได้รับอนุญาต เป็นพฤติกรรมที่ตรงกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยรายนี้เป็นแบบต่อต้านสังคม (Antisocial)

การวิเคราะห์

ข้อ 1, 3 และ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะมีความเมตตากรุณา มีน้ำใจกับเพื่อน มีประวัติปัสสาวะรดที่นอนในวัยเด็ก (Enuresis) และผลการเรียนดี ไม่ใช่ลักษณะของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

5. ผู้ป่วยชายมีอาการมือสั่น หน้ากระตุก กระจกกระส่าย เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน หลังหยุดดื่มสุรา 5 ชั่วโมง พยาบาลควรประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะใด

1. ภาวะถอนแอลกอฮอล์
2. ช็อกจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์
3. ประสาทหลอนหลังหยุดแอลกอฮอล์
4. อาการทางจิตเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์

เฉลย ข้อ 1 ถูกต้อง เพราะ Alcohol withdrawal เป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังหยุดดื่มสุราอย่างกระทันหัน มักเกิด 6 - 24 ชั่วโมง เป็นมากในช่วง 24 - 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม

การวิเคราะห์

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะช็อกจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ จะเกิดจากการดื่มสุราจำนวนมาก จนเกิดภาวะ Alcohol Intoxication

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะอาการของผู้ป่วยไม่ใช่ ภาวะประสาทหลอนหลังหยุดดื่ม

ข้อ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะอาการของผู้ป่วยไม่ใช่ อาการทางจิตเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

แบบทดสอบบทที่ 5

เรื่อง บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช

1. ลักษณะอาการของผู้ป่วยในข้อใด ควรได้รับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าเป็นอันดับแรก
 1. มีอาการหวาดระแวง แยกตัว
 2. มีอาการพูดมาก ไม่ยอมกินยา
 3. มีอาการซึมเศร้า คิดอยากตาย
 4. มีอาการเครียดรุนแรง ฝันร้ายทุกคืน

เฉลย ข้อ 3 ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็น first Criteria ที่ต้องรับรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

การวิเคราะห์

ข้อ 1, 2 และ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะผู้ป่วยหวาดระแวง พูดมาก ไม่กินยา จะเป็นผู้ป่วยที่จะได้รับการพิจารณารองๆมาจากผู้ป่วยซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ส่วนเครียดรุนแรง ฝันร้ายทุกคืน ไม่อยู่ในเกณฑ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้า นอกจากบำบัดรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลจริงๆ

2. ผู้ป่วยจิตเภท มีอาการแยกตัว ไม่ดูแลตัวเอง ไม่นอน ไม่ทำงาน สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ ไม่มีอาการยินดียินร้าย ยารักษาโรคจิตตัวใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยรายนี้

1. Chlorpromazine
2. Thioridazine
3. Haloperidol
4. Risperidone

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะ Risperidone เป็นยา Atypical antipsychotic drug เป็นยากลุ่มใหม่ที่ใช้รักษาอาการ negative symptoms ในผู้ป่วยจิตเภทได้ดี

การวิเคราะห์ ข้อ 1, 2, และ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Chlorpromazine, Thioridazine และ Haloperidol เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมที่ให้ผลการรักษาไม่ดีเท่า Risperidone

3. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน แขนขากระตุกเป็นระยะๆ หลังทะเลาะกับบิดา และประชดด้วยการกินยาจิตเวชที่แพทย์ให้ไป ไม่ทราบจำนวน ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้กินยาชนิดใด

1. Librium
2. Lithium
3. Largactil
4. Lorazepam

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะ อาการของผู้ป่วยเป็นภาวะผิดปกติจากการมีระดับ Lithium ในเลือดสูงเกินระดับที่ใช้รักษาเช่น เกิดภาวะเป็นพิษ

การวิเคราะห์

ข้อ 1, 3 และ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะ Librium , Largactil (CPZ) และ Lorazepam จะไม่มีภาวะเป็นพิษจาก drug overdose เหมือน Lithium

4. ผู้ป่วยจิตเวชรายหนึ่ง มีอาการเอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ แพทย์สั่งให้ฉีดยา Haloperidol 5 mg เข้ากล้ามเนื้อ prn. หลังจากฉีดยาพยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงใดเป็นสำคัญ

1. Tardive dyskinesia
2. Orthostatic hypotension
3. Extrapyrimalidal symptoms
4. Neuroleptic malignant syndrome

เฉลย ข้อ 2 ถูกต้อง เพราะภาวะ Orthostatic hypotension จะเกิดขึ้นได้หลังได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drug

การวิเคราะห์

ข้อ 1, 3, และ 4 ไม่ถูกต้อง เพราะ Tardive dyskinesia, EPS และ NMS เป็นภาวะจะเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา Antipsychotic drug จากการได้รับในปริมาณมากและเป็นเวลานาน

5. ผู้ป่วยที่มีความกลัวที่สูง ควรได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมด้วยวิธีการใด

1. Stimulus control
2. Aversive stimulus
3. Implosive therapy
4. Systematic desensitization

เฉลย ข้อ 4 ถูกต้อง เพราะเป็นการพฤติกรรมบำบัดอย่างเป็นระบบ โดยค่อยๆเพิ่มระดับความเข้มข้นของสิ่งเร้าที่ทำให้กลัว กล่าวคือ ค่อยเพิ่มระดับความสูงไปเรื่อยๆจนผู้ป่วยคลายความกลัวและขึ้นไปได้เองโดยลำพัง ไม่ต้องมีผู้บำบัดขึ้นไปด้วย

การวิเคราะห์

ข้อ 1 ไม่ถูกต้อง เพราะ Stimulus control เป็นหลักการกว้างๆโดยการควบคุมสิ่งเร้า

ข้อ 2 ไม่ถูกต้อง เพราะ Aversive stimulus เป็นการให้สิ่งเร้าที่ไม่ชอบ เหมือนเป็นการลงโทษ

ข้อ 3 ไม่ถูกต้อง เพราะ Implosive therapy การให้เผชิญกับสิ่งที่กลัวแบบท่วมท้น



ภาคผนวก ข
กรณีตัวอย่างและแนวทางการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

บทที่ 2 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

ผู้ป่วยชาย 23 ปี สถานภาพสมรส โสด อาชีพ ทำนา ฐานะยากจน รับไว้รักษาครั้งที่ 1
การวินิจฉัยโรค Severe Depression with Psychosis

อาการสำคัญ

1 วันก่อนมา รพ. นอนไม่หลับ บ่นอยากตาย พยายามฆ่าตัวตาย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องอืด บ่นอยากตายใช้ขวดตีศีรษะตนเอง ใช้เชือกจะผูกคอญาติช่วยไว้ทันแต่ไม่ได้พาไปรักษาที่ไหน

1 วัน ก่อน รับประทานยา 60 เม็ด ไม่ทราบว่าเป็นยาอะไร ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาลมีอาการซึมเศร้า ใช้ขวดเครื่องตีบ่ารุงกำลังตีศีรษะตนเองเป็นรอยบวมโน ใช้เชือกผูกคอ ญาติช่วยกันห้ามไว้ทันและนำตัวส่งโรงพยาบาลจิตเวช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ ไฟไหม้บริเวณแขนขาซ้ายและหน้าท้องรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดนาน 3 เดือน ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ ไม่มีประวัติชัก

การรักษาที่ได้รับ

Amitriptyline 25 mg. 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร และ 2 เม็ด ก่อนนอน

Benzhexal 2 mg. 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร

Perphenazine 16 mg. 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ผล CBC, U/A ปกติ

การตรวจประเมินทางจิต ผลการประเมิน 2Q เท่ากับ 2 , 9Q เท่ากับ 23 คะแนน, 8Q เท่ากับ 21 คะแนน ผลการทำ Psychological Test พบว่า ผู้ป่วยยังมีร่องรอยของ Psychotic sign อยู่บ้างแต่น้อยมาก โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถ contact reality ได้ แต่ถ้ากระตุ้นมากๆจึงจะแสดงอาการผิดปกติออกมา สำหรับ Depressive sign พบว่า ผู้ป่วยมีอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก จึงที่น่าจะยังต้องระวังเรื่อง Suicide อยู่

ประเด็นในการมอบหมายงานให้นักศึกษาวิเคราะห์

1. จากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นักศึกษาจะพบความผิดปกติด้านใดบ้าง ให้ระบุ
2. ให้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยรายนี้
3. หาแนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ พร้อมระบุเหตุผล

แนวทางในการวิเคราะห์กรณีศึกษา

1.จากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การตรวจประเมินสภาพจิต การประเมินแบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q ในผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยจะมีความผิดปกติ ดังนี้

1.1 การประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน จะพบความผิดปกติในแบบแผนต่างๆ ดังนี้

แบบแผนที่ 1.การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern) ส่วนมากผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ในระยะเริ่มป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า มักไม่รู้ถึงความผิดปกติของตนเอง ผู้ป่วยมักจะเข้ารับการรักษาตัวด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น

แบบแผนที่ 2.โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร ทำให้มีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination pattern) การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย จะพบว่า อาการท้องผูกจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวช้า (Psychomotor retardation) และ ท้องเสียมักจะเกิดกับผู้ที่มีการเคลื่อนไหวกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง (Psychomotor agitation)

แบบแผนที่ 4 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า จะมีได้ทั้งกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง (Psychomotor agitation) หรือเชื่องช้า (Retardation) และอ่อนเพลียหรือไม่มีเรี่ยวแรง จึงควรพิจารณาในแต่ละรายไป

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนและการนอนหลับ (Sleep-rest pattern) ในรายที่มีอาการซึมเศร้า จะมีนอนไม่หลับ (Insomnia) หรือหลับมากเกินไป (Hypersomnia) เกือบทุกวัน และการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อเป็นมากขึ้นจะมีอาการนอนไม่หลับแบบตอนปลาย (Terminal insomnia) คือเข้านอนปกติแต่จะตื่นตอนดึก แล้วไม่หลับอีกหรือหลับได้ยากหรือหลับไม่สนิท

แบบแผนที่ 6 การรู้คิด การรับรู้ และการสื่อสาร (Cognitive-perceptual-communication pattern) การประเมินผู้ที่มีอาการซึมเศร้า พยาบาลควรสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกจากภาษาท่าทาง เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูดแสดงความคิดความรู้สึกของตนออกมา และควรรอคำตอบจากผู้ป่วยประมาณ 2 หรือ 3 นาที

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self perception - self concept – emotional status pattern) ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะมีความรู้สึกว่าเป็นคนไม่มี

คุณค่า ขาดความสุข และมีอารมณ์ ซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship pattern) บทบาทของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ อาจมีการแสดงบทบาทไม่เหมาะสมเนื่องจากความบกพร่องทางสังคม อาชีพการงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน และจากการที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางแสดงบทบาทไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะเบื่อท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ไม่อยากพบปะผู้คน ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

แบบแผนที่ 9 แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern) ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะขาดความสนใจหรือขาดความสุขในกิจกรรมทางเพศ

แบบแผนที่ 10 ความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern) ผู้ที่กำลังมีอาการซึมเศร้าจะหันความรู้สึกเข้าหาตนเอง (Introjection) มีการทำร้ายตนเองได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่า ความเชื่อและสภาวะทางจิตวิญญาณ (Value-belief-spiritual pattern) ลักษณะอาการบ่งชี้ทางคลินิกอาการหนึ่งที่ต้องประเมินในผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ คือ จะมีความทุกข์หรือความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2 การตรวจประเมินสภาพจิต จะพบความผิดปกติในประเด็น ต่อไปนี้

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อารมณ์เศร้าจะเป็นความผิดปกติที่เด่นชัด นอกจากนี้จะมีความสามารถในการคิดและสมาธิลดลง คิดซ้ำ พุดซ้ำ หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล (Inappropriate guilt) และคิดถึงความตายซ้ำๆ คิดอยากตายซ้ำแล้วซ้ำอีก (Suicidal ideation) ความคิด หมกหมุ่น และคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติบางรายเชื่องช้า บางรายอาจอยู่นิ่ง ส่วนใหญ่จะพฤติกรรมแยกตนเอง ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.3 การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q พบความผิดปกติดังนี้

จากการประเมิน 9Q ได้เท่ากับ 23 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วย มีอาการของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้รับยารักษาต้านเศร้าและการทำจิตบำบัด

จากการประเมิน 8Q ได้เท่ากับ 21 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วย มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ แก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้ลงมือพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตาม NANDA Nursing Diagnoses ที่พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่

- การดูแลสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective health maintenance)
- มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บ (Risk for injury-trauma)
- การได้รับสารอาหารไม่สมดุล โดยไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Imbalanced nutrition: less than body requirement)
- การได้รับสารอาหารไม่สมดุล โดยเกินความต้องการของร่างกาย (Imbalanced nutrition: more than body requirement)
- มีภาวะอ่อนเพลียหมดแรง (Fatigue)
- การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำบกพร่อง (Self-care deficit)
- นอนไม่หลับ (Insomnia)
- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Disturbed sleep pattern)
- กระบวนการคิดแปรปรวน (Disturbed thought process)
- ขาดสมาธิ (Attention-concentration deficit)
- ภาวะซึมเศร้า (Reactive depression)
- ภาวะสิ้นหวัง (Hopelessness)
- การนับถือคุณค่าในตนเองต่ำ (Situational low self-esteem)
- การทำหน้าที่ตามบทบาทไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective role performance)
- การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง (Impaired social interaction)
- การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective coping)
- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย (Risk for suicide)
- การมีความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress)

การระบุข้อมูลสนับสนุน ระบุการเกิดปัญหาให้ชัดเจนทั้ง objective data และ subjective data เช่น

objective data : สีหน้าเศร้า ก้มหน้า ไม่สบตา ถอนหายใจ

แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีหม่นๆ ยับ ไม่เข้ารูปร่าง

subjective data : ผู้ป่วยบ่นว่า “ชีวิตฉันมันไร้ค่า อยู่ไปก็ไม่มีความหมาย”

ผู้ป่วยพูดว่า “ขณะที่ฉันหัวเราะแต่ใจมันหดหู่”

การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เชื่อมโยงว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นสัมพันธ์กับอะไรบ้าง เช่น

- การดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากขาดสมาธิขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม (Ineffective health maintenance related to lack of attention)
- เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่สมดุล โดยได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากขาดความสนใจ (Imbalanced nutrition: less than body requirement related to lack of interest)
- แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะซึมเศร้า (Disturbed sleep pattern related to depression)

3. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่ยอมรับ และเข้าใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะเปิดเผยความคิดและความรู้สึกของเขาออกมา ซึ่งจะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วย รู้ปัญหาและอันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า เพื่อหาทางช่วยเหลือป้องกันได้ทันท่วงทีนอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง ยอมรับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไว้วางใจ และเชื่อมั่นในการให้การปรึกษาดูแลของพยาบาล และพร้อมร่วมมือในการบำบัดรักษา
- 2) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด พยาบาลต้องระมัดระวังในผู้ป่วยซึมเศร้า ดูแลให้ความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุ การทำร้ายตนเองและถูกผู้อื่นทำร้าย
- 3) การประเมินภาวะการฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนอื่นๆ เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดี การสังเกตและการสนทนา เพราะบางครั้งผู้ป่วยจะบอกอย่างตรงไปตรงมาถึงความรู้สึกอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย แต่บางครั้งผู้ป่วยจะสื่อแบบแอบแฝง พูดเป็นนัย พยาบาลจะต้องหาความกระจ่างในสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อออกมา
- 4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายและสุขอนามัยทั่วไป การดูแลด้านร่างกายมีความสำคัญมากในผู้ป่วยซึมเศร้า เพราะผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนเอง และมีการตัดสินใจไม่ดี ดังนั้นพยาบาลจึงต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องสุขอนามัยประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งกาย เป็นต้น
- 5) ประเมินและให้การดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีปัญหาในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ

6) ดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับให้ได้เพียงพอ โดยจัดบรรยากาศการนอนให้เงียบสงบ ปราศจากสิ่งกระตุ้น ไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานก่อนนอน และส่งเสริมให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน เป็นต้น

7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมอย่างเหมาะสม โดยจัดให้ผู้ป่วยชิมเครื่องดื่มที่มีพฤติกรรมเชิงซ้ำ รู้สึกหดหู่ เบื่อหน่าย และไร้ค่า ได้ทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ให้ผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม และเห็นคุณค่าในตัวเอง

8) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีและเหมาะสมกับบุคคลอื่น ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น กล่าวพูดกล้าแสดงออก โดยเริ่มจากสัมพันธภาพตัวต่อตัวก่อน แล้วให้มีสัมพันธภาพกับคนอื่นกลุ่มเล็กไปกลุ่มใหญ่ แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักการสื่อสารอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวย และให้แรงเสริม

9) ช่วยผู้ป่วยให้ได้พยายามทำความเข้าใจความคิดความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ทั้งความคิดความรู้สึกด้านลบในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า ให้กลับมาคิดตรงตามความเป็นจริง โดยการสนทนาและจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยชิมเครื่องดื่มได้คิดพิจารณาส่วนดีของตน และจากความสำเร็จในการร่วมกลุ่มกิจกรรม

10) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและรับผิดชอบการกระทำด้วยตนเอง โดยสนับสนุนให้บอกเล่าแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมการรักษา ให้โอกาสผู้ป่วยบอกความคิดความรู้สึก และปัญหาในการปรับตัวต่อการบำบัดรักษาที่ได้รับ พยาบาลให้ข้อมูลและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยวางแผนแก้ปัญหาด้วยตนเอง

11) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การบำบัดรักษาและการดูแลตนเอง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง ร่วมมือในการรักษา และลดความรู้สึกผิดบาปหรือความรู้สึกไม่ดีต่อการเจ็บป่วย

12) ช่วยผู้ป่วยค้นหาบุคคลหรือแหล่งที่พึ่งพาในการช่วยเหลือดูแลเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน และสังคมตามปกติ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยชาย อายุ 41 ปี สถานภาพสมรส แยกกันอยู่ อาชีพ ค้าขาย เศรษฐฐานะ ปานกลาง รายได้ ไม่แน่นอน ได้รับการวินิจฉัยโรค Multiple substance induced psychosis รับไว้ครั้งที่ 3 มีประวัติใช้สารเสพติดหลายชนิด ตั้งแต่อายุ 20 ปี ทั้งสุรา ยาบ้าและยาไอซ์ ใช้มาเรื่อยๆ มาที่ใช้บ่อยคือ ยาบ้า ต้มสุรา โดยยาบ้า ใช้ครั้งล่าสุดเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ส่วนสุรา ต้มครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 วันก่อนมารพ. มีประวัติรับยาสม่ำเสมอ แต่มารดาบอกว่า กินยาไม่สม่ำเสมอ กินบ้างไม่กินบ้าง พอมารดาเตือนบอกว่าตนเองปกติดี

1 สัปดาห์ เริ่มมีอาการหูแว่ว พูดพึมพำคนเดียว ไม่นอน เดินไปมา

3 วันก่อนมารพ. โมโหร้าย ทูบหม้อข้าว เห็นภาพหลอน ระแวงกลัวคนมาทำร้าย วิ่งหนีเข้าป่าข้างบ้าน ญาติออกติดตามหา ไม่พบ ผู้ป่วยหายไป 1 วัน กลับมาที่บ้าน ด้วยท่าทางอ่อนเพลีย บอกมารดาว่าไม่ได้รับประทานอาหาร ต้มแต่น้ำ ผู้ป่วยยังมีท่าทางระแวง หงุดหงิดง่าย ตาขวาง พูดคนเดียวสลับกับตะโกนโวยวายเป็นช่วง ๆ มารดาและญาติพาไปโรงพยาบาลชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 วัน ได้รับยาจิตเวชแบบรับประทานและได้รับยาฉีด haloperidol 5mg เข้ากล้ามเนื้อ 5 ครั้ง valium 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ 5 ครั้ง ล่าสุดเมื่อ 2 ชั่วโมงก่อน refer มาที่รพ.จิตเวช

ขณะอยู่ที่ ER โรงพยาบาลจิตเวช มีอาการอยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด มีหูแว่ว ตะโกนเอะอะโวยวาย คล้ายตอบโต้กับเสียงแว่วแต่เนื้อหาสับสน ประวัติที่ OPD card เคยมี EPS มาก่อน แพทย์จึง admit ไว้

อาการแรกเริ่ม อยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ยังมีหูแว่ว ถูกจำกัดพฤติกรรมไว้ หงุดหงิด ตะโกนโวยวายให้แค้น วัดสัญญาณชีพ มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที BP 145/78 mmHg. แพทย์สั่งให้ยาทางจิตชนิดรับประทาน และมียาฉีด prn for agitation ; haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4 ชั่วโมง

จากข้อมูลของกรณีศึกษาให้นักศึกษาวิเคราะห์

1. ประเด็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้จะมีอะไรบ้าง
2. นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร้อมระบุข้อสนับสนุน
3. ยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมา 1 ข้อ พร้อมระบุเป้าหมาย เกณฑ์ และระบุกิจกรรมการพยาบาลพร้อมเหตุผล

แนวทางในการวิเคราะห์กรณีศึกษา

1 ประเด็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ มีดังนี้

- 1.1 มีอาการทางจิต หูแว่ว หวาดระแวง
- 1.2 รับประทานทางจิตเวชและยา prn ในปริมาณมาก
- 1.3 มีสัญญาณชีพผิดปกติ มีไข้ 38 องศาเซลเซียส ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
- 1.4 ไม่กินข้าวกินแต่น้ำ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
- 1.5 ไม่นอน เอะอะโวยวาย ทำให้การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ
- 1.6 ยังมีพฤติกรรมดื่มสุราและเสพสารเสพติด
- 1.7 กินยาไม่สม่ำเสมอ บอกว่าตนเองปกติดี

2. นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร้อมระบุ

ข้อสนับสนุน

- 2.1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับยา prn 5 ครั้ง
- มีประวัติเคยมี EPS
- มี vital signs ผิดปกติ

- 2.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์เนื่องจากหยุดดื่มกะทันหัน

ข้อมูลสนับสนุน

- มีประวัติดื่มสุรา หยุดดื่มครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 วันก่อนมา รพ
- ดื่มสุรามาตั้งแต่อายุ 20 ปี

- 2.3 เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

- ไม่นอน อยู่ไม่นิ่ง เอะอะโวยวาย
- โมโหร้าย หุบข้าวของ เห็นภาพหลอน หูแว่ว หวาดระแวง

- 2.4 เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำอีกเนื่องจากขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อมูลสนับสนุน

- รับไว้รักษาครั้งที่ 3 ยังมีพฤติกรรมดื่มสุราและใช้ยาบ้า

- 2.5 เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากขาดความตระหนักในการปฏิบัติตนและปฏิเสธการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- รับประทานครั้งที่ 3 ยังมีพฤติกรรมดื่มสุราและใช้ยาบ้า
- กินยาไม่สม่ำเสมอ กินบ้างไม่กินบ้าง บอกว่าตนเองปกติดี

3. เลือกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมา 1 ข้อ ให้ระบุ เป้าหมายและเกณฑ์ พร้อมเขียนกิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลให้ครอบคลุมตามข้อวินิจฉัยดังกล่าว (ยกตัวอย่างเพียง 1 ข้อวินิจฉัย)

วินิจฉัยทางการพยาบาล : เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สุราและสารเสพติดซ้ำอีกเนื่องจากขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการที่จะเลิกดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นจากเดิม

: ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้นตนเองกลับไปดื่มหรือเสพสารเสพติดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกและความคิดของตนเอง รวมถึงปัญหาและสาเหตุของการดื่มสุราและการเสพสารเสพติด
3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเสียและผลกระทบของการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดต่างๆของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินระดับความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเลิกดื่มสุราและไม่กลับใช้สารเสพติดซ้ำอีก
4. พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาก็เคยทำให้กลับไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด และเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องกลับไปดื่มหรือใช้ยาเสพติด
5. พูดคุยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงสัญญาณเตือนภายในของการหวนกลับไปใช้กลับไปดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดซ้ำ และวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นดังกล่าวเพื่อไม่ให้กลับไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดซ้ำอีก
6. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในช่วงนี้ที่หยุดยาได้ เพื่อให้เข้าใจและเห็นถึงผลสำเร็จที่เกิดจากความตั้งใจ
7. สอนให้ผู้ป่วยมีทักษะต่างๆ ในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดซ้ำ เช่น เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ทักษะในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง การจัดการกับความเชื่อ ความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาซ้ำ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

8. สนับสนุนและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใหม่ที่ต่างจากการใช้ดื่มสุราหรือการเสพยา โดย การออกกำลังกาย การจัดการชีวิตประจำวันใหม่ การมีกิจกรรมนันทนาการใหม่ๆ ในชีวิต

9. สนับสนุนให้ผู้ป่วยเรียนรู้โอกาสของการกลับไปดื่มสุราหรือใช้ยาสารเสพติดซ้ำ อาจเกิดขึ้นได้ ทว่าไม่ใช่ความล้มเหลว แต่เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก

10. ประเมินความตระหนักและแรงจูงใจของผู้ป่วยในการไม่กลับไปดื่มสุราและการใช้ยาสารเสพติดซ้ำ รวมทั้งแนวทางในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยบอกว่าตนเองตั้งใจที่จะเลิกดื่มสุราและไม่กลับไปใช้ยาสารเสพติดซ้ำ เปลี่ยนจากเดิม 50% เป็น 80% และบอกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้กลับไปดื่มสุราหรือใช้ยาสารเสพติดได้ เช่น ใช้ทักษะปฏิเสธเมื่อเพื่อนมาชวนดื่มหรือเสพ หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่จะทำให้อยากดื่มหรืออยากเสพ ไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่จะกระตุ้นให้กลับไปดื่มหรือเสพซ้ำ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี



แผนบริหารการสอนประจำวิชา

1. รายวิชา 703202

ชื่อวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 (Mental Health and Psychiatric Nursing II)
จำนวนหน่วยกิต 4 (4-0-8)

2. คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสังคม จิตวิญญาณ และปัญหาทางจิตเวช รูปแบบการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิตเวชรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว ในภาวะเฉียบพลัน วิกฤต ฉุกเฉิน และเรื้อรัง เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการพัฒนาความสามารถในการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กฎหมายจิตเวช ประเด็นและแนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิต

3. วัตถุประสงค์ทั่วไป เมื่อเรียนจบแล้วนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายแนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติและภาวะวิกฤตทางอารมณ์ รวมถึงผู้ที่มีปัญหาทางจิตสังคม จิตวิญญาณได้
2. อธิบายการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชได้
3. วิเคราะห์บุคคลจากสถานการณ์จำลอง และเสนอแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้
4. อธิบายรูปแบบการบำบัดทางจิตเวชแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวในภาวะเฉียบพลัน วิกฤตและฉุกเฉินได้
5. อธิบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้
6. อธิบายประเด็นและแนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้

4. เนื้อหา

- บทที่ 1 การจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยาทางจิตเวช
- บทที่ 2 การสัมภาษณ์และการตรวจประเมินสภาพจิต
- บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์
- บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้
- บทที่ 5 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพ
- บทที่ 6 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน
- บทที่ 7 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการสารเสพติด
- บทที่ 8 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช

บทที่ 9 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช

บทที่ 10 จิตเวชชุมชนและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

บทที่ 11 ประเด็นและแนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 12 กฎหมายจิตเวชและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

การแบ่งเนื้อหาวิชากับเวลาที่กำหนดให้เรียน

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน	ผู้สอน
1	บทที่ 1 การจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยาทางจิตเวช <ul style="list-style-type: none"> - การจำแนกและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช - อาการวิทยาทางจิตเวช - โรคจิตเวชที่พบบ่อย 	3	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -อภิปราย -ทดสอบย่อย	จิตแพทย์ (วิทยาการภายนอก)
2	บทที่ 2 การสัมภาษณ์และการตรวจประเมินสภาพจิต <ul style="list-style-type: none"> - การสัมภาษณ์เพื่อซักประวัติผู้ป่วย - การตรวจประเมินสภาพจิต 	3	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -แบ่งกลุ่ม ฝึกปฏิบัติ และนำเสนอ -รายงานการตรวจประเมินสภาพจิต	อ.ดร.ศักดิ์ดา
3	บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก - โรคผิดปกติทางอารมณ์ <ul style="list-style-type: none"> -โรควึมเศร้า(Major Depressive Disorder) - โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar, Mania) 	3	- บรรยายแบบมีส่วนร่วม - วิเคราะห์กรณีศึกษา - อภิปราย	อ.ดร.ศักดิ์ดา
4-5	บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (ต่อ) : ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติ <ul style="list-style-type: none"> - Obsessive Compulsive Disorders - Acute Stress Disorders 	6	- บรรยายแบบมีส่วนร่วม - วิเคราะห์กรณีศึกษา - อภิปราย - ทดสอบย่อย	อ.รัชดาภรณ์

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	ผู้สอน
	<ul style="list-style-type: none"> - Post Traumatic Stress Disorders - Generalized Anxiety Disorders - Adjustment Disorders - Somatoform Disorders 			
6-7	บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ <ul style="list-style-type: none"> - โรคจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่น - อาการหลงผิด (Delusion) - อาการประสาทหลอน (Hallucination) - อาการหวาดระแวง (Paranoid) - อาการแยกตนเอง (Withdrawal) - ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) - ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) 	6	<ul style="list-style-type: none"> -บรรยายแบบมีส่วนร่วม -อภิปราย -ศึกษาสถานการณ์จำลอง -วิเคราะห์ภาพยนตร์ 	อ.รัชดาภรณ์
8.	บทที่ 5 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพ <ol style="list-style-type: none"> 1. พฤติกรรมผิดปกติ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ไม่เป็นมิตร 1.2 พฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง 2. บุคลิกภาพผิดปกติ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 กลุ่มที่ 1 แปลกประหลาด ชอบอยู่คนเดียว (Odd, Eccentric) 2.2 กลุ่มที่ 2 แสดงออกทางอารมณ์มากเกินไป (Dramatic) 2.3 กลุ่มที่ 3 กังวลกลัว (Anxious /Fearful) 	3	<ul style="list-style-type: none"> -บรรยายแบบมีส่วนร่วม -อภิปราย -ศึกษาสถานการณ์จำลอง 	อ.สิริกร
9	บทที่ 6 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน <ol style="list-style-type: none"> 1. ความผิดปกติทางเพศ <ul style="list-style-type: none"> - Sexual function disorders - Gender identity disorders 2. ความผิดปกติด้านการกิน <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia - Bulimia 	3	<ul style="list-style-type: none"> -บรรยายแบบมีส่วนร่วม -ศึกษาสถานการณ์จำลอง -ทดสอบย่อย 	อ.ดร.ศักดา

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	ผู้สอน
10	บทที่ 7 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิต เวชจากการสารเสพติด (Substance- related Disorders) - แอลกอฮอล์ (alcohol related disorder) - สารเสพติดอื่นๆ (substance and Drug)	3	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม - อภิปราย - วิเคราะห์กรณี ตัวอย่าง - วิดีทัศน์กรณีตัวอย่าง	อ.ดร.ศักดา
11	บทที่ 8 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มี ปัญหาทางจิตเวช - ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) - ภาวะหมกมุ่นกับตนเอง (Autistic Disorders) - ปัญหาพฤติกรรม (Conduct Disorders) - ภาวะอยู่นิ่งและสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders)	3	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม - วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง	อ.สิริกร
12-13	บทที่ 9 บทบาทของพยาบาลจิตเวชใน การบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช - การบำบัดรักษาด้วยยา - การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า - การบำบัดรักษาทางจิต - การบำบัดทางพฤติกรรม - การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม และกลุ่มบำบัด	6	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม - วิดีทัศน์การ บำบัดรักษาทางจิตเวช - รายงานวางแผนการ จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด - สาธิตย้อนกลับการทำ กิจกรรมบำบัด	อ.ดร.ศักดา
14	บทที่ 10 จิตเวชชุมชนและการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน - การดูแลตนเองของผู้ป่วยทางจิต - การมีส่วนร่วมของครอบครัว และ ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยทางจิต - แนวทางการดูแล/บทบาทของ ครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยทาง จิต	3	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม - ศึกษาสถานการณ์ สมมติ	อ.รัชดาภรณ์

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน	ผู้สอน
15	บทที่ 11 ประเด็นและแนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - สถานการณ์และประเด็นปัญหาสุขภาพจิต - แนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	3	- บรรยายแบบมีส่วนร่วม - Evidence based learning	อ.สิริกร
16	บทที่ 12 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต - กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจิตเวช - พรบ.สุขภาพจิต - บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติตามกฎหมาย/พรบ.สุขภาพจิต	3	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -วิเคราะห์กรณีศึกษา	อ.สิริกร
	รวม	48 ชั่วโมง		

5. วิธีสอนและกิจกรรม

1. บรรยาย
2. อภิปราย
3. Evidence based learning
4. ศึกษาด้วยตนเอง

6. สื่อการเรียนการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. คอมพิวเตอร์ เครื่องฉาย LCD
3. วีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย
4. งานวิจัย
5. กรณีศึกษาหรือสถานการณ์สมมติ

7. การวัดผลและประเมินผล

ลำดับ	งานที่จะใช้ประเมินผลผู้เรียน	สัปดาห์หรือครั้งที่กำหนด	สัดส่วนของการประเมินผล
1	สอบ - กลางภาค - ปลายภาค	สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 12	70% 30% 40 %
2	หลักฐานการเรียนรู้ - การตรวจประเมินสภาพจิต - วิเคราะห์อาการทางจิตจากภาพยนตร์ A Beautiful Mind - รายงานกลุ่มเรื่องการบำบัดทางจิต	ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 6-7 ครั้งที่ 13-14	15 % 5% 5% 5%
3	ทดสอบย่อย - การจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยา - การพยาบาลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและเครียด ผิดปกติ - การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน - บทบาทของพยาบาลในการบำบัดทางจิตเวช	ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 6 ครั้งที่ 10 ครั้งที่ 12-13	10% 2.5% 2.5% 2.5% 2.5%
4	พฤติกรรมมีส่วนร่วมในชั้นเรียน	ทุกสัปดาห์	5%
รวม			100%

เกณฑ์การตัดสินผล

- เกณฑ์ได้/ตก ตัดสินแบบอิงเกณฑ์ ผ่านร้อยละ 60
- จากนั้น ตัดเกรด A, B+, B,, F ตัดสินแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

A = ≥ 80.00	B+ = 75.00-79.99	B = 70.00-74.99
C+ = 65.00-69.99	C = 60.00-64.99	D = ≤ 59.99