เอกสารประกอบการสอนรายวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2

โดย

อาจารย์สิริกร ขาวบุญมาศิริ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คำนำ

เอกสารการสอนฉบับนี้เป็นเอกสารการสอนประกอบรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2 ซึ่งประกอบไปด้วยรายละเอียดในเรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่อง วิตกกังวล การปรับตัวผิดปกติ ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ ผู้ที่ผิดปกติทางการกิน การใช้สารเสพติด สมองเสื่อมและภาวะเพ้อคลั่ง ซึ่งได้รวบรวมขึ้นจากตำราวิชาการต่างๆทั้งตำราทางการพยาบาลและตำราทางการแพทย์ เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำไปใช้ประกอบในการเรียนและการปฏิบัติงานต่อไป

สารบัญ

หัวข้อเรื่อง	หน้า
การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่อง วิตกกังวล การปรับตัวผิดปกติ	1
การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่อง ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม	16
การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่องผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน	26
การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่อง การใช้สารเสพติด	33
การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในเรื่อง สมองเสื่อมและภาวะเพ้อคลั่ง	43

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช :
วิตกกังวล
การปรับตัวผิดปกติ
Somatoform disorder

วัตถุประสงค์

1.อธิบายความหมายและลักษณะต่างๆของโรควิตกกังวลได้

2.อธิบายความหมายและลักษณะต่างๆ ของการปรับตัวผิดปกติได้

3. อธิบายความหมายและลักษณะต่างๆ ของกลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีอาการผิดปกติของร่างกายได้

4. สามารถให้การพยาบาลตามลักษณะอาการของโรคต่างๆได้

1. โรควิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป เมื่อมีความเครียดเข้ามากระทบ ในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียด ตื่นเต้น ไม่มีความสุข ควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลุกลี้ลุกลน การพิจารณาว่าความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลหรือไม่ ให้พิจารณาจากประเด็นต่างๆดังนี้

1. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากเกินกว่าจะอธิบายได้ด้วยความเครียดที่มากระตุ้น
2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีอาการรุนแรงมาก
3. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ แม้สิ่งกระตุ้นจะหมดไปแล้ว
4. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงานต่างๆ

โรควิตกกังวลแบ่งย่อยเป็น 5 กลุ่มโรค ได้แก่

1. โรคแพนิค (panic disorder) และ agoraphobia
2. Specific phobia and social phobia
3. โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder)
4. Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder
5. โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder)

Panic and agoraphobia

ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ที่เป็นโรคแพนิค (panic disorder) จะมีอาการของ panic attack เกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ และเกิดเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น เป็นแบบ paroxysmal และผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเป็นขึ้นมาอีก หรืออาจกลัวผลซึ่งเกิดตามมาจากการมีอาการ เช่น กลัวว่าจะคุมตัวเองไม่ได้ กลัวเป็น

โรคหัวใจ กลัวจะเป็นบ้า หรือในบางคนจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ผู้ป่วยบางรายอาจมี Agoraphobia ร่วมด้วย คือ กลัวการอยู่ในสถานที่ซึ่งตนอาจเกิดอาการ panic attack ขึ้นมาแล้วจะไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือจะหนีไปไหนไม่ได้

อาการ Panic attack

มีอาการต่อไปนี้ ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และถึงระดับสูงสุดในระยะเวลา 10 นาที

1. ใจสั่น ใจเต้นแรง หรือหัวใจเต้นเร็วมาก
2. เหงื่อแตก
3. ตัวสั่น
4. หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจขัด
5. อึดอัด หรือแน่นอยู่ข้างใน
6. เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก
7. คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน
8. มึนงง วิงเวียน ปวดหัว หรือเป็นลม
9. กลัวคุมตัวเองไม่ได้ กลัวเป็นบ้า
10. กลัวว่าตัวเองกำลังจะตาย

โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

-เกิดอาการบ่อยๆหรือหากเป็นเพียง 1 ครั้ง ก็ต้องทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวว่าจะเป็นซ้ำ

-ผู้ป่วยไม่สามารถคาดล่วงหน้าได้ว่า จะเกิด panic attack ขึ้นอีกครั้งเมื่อใด (unexpected) มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เกิดอาการขณะนอนหลับจนต้องตื่นขึ้น

-อาการทั้งหมดนี้ต้องไม่ได้เกิดจากยา สารต่างๆ โรค หรือสาเหตุทางกายอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการ panic ได้

จะเห็นได้ว่า อาการ Panic นั้น คล้ายกับอาการของโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร หรือโรคของระบบประสาทการทรงตัวอย่างมาก เนื่องจากพบว่ามีการเชื่อมโยงระหว่างศูนย์ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติกับระบบอวัยวะดังกล่าว ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่จึงไปพบแพทย์สาขาดังกล่าว มีรายงานว่า ผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจที่มีอาการดังกล่าว แล้วตรวจคลื่นหัวใจหรือแม้แต่สวนเส้นเลือดหัวใจผลเป็นปกติ แท้จริงเป็น panic disorder กว่าร้อยละ 50-60%

ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการของ Hyperventilation syndrome ตามหลัง panic attack ดังนั้นแพทย์จึงควรถามถึงประวัติอาการของ panic disorder ในผู้ป่วย hyperventilation ทุกราย

การดำเนินโรค

Panic disorder แบ่งออกเป็นระยะต่างๆ (stages) ตามลำดับ (หากไม่ได้รับการรักษา) ดังนี้

ระยะที่ 1: limited symptoms attacks อาการยังเป็นไม่มาก ไม่ครบเกณฑ์ของ panic disorder

ระยะที่ 2: panic disorder มีอาการต่างๆเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย

ระยะที่ 3: hypochondriasis เชื่อว่าตนมีโรคร้ายแรงบางอย่างแต่แพทย์ตรวจไม่พบ เช่น เป็นโรคปอด โรคหัวใจ หรืออัมพาต ทำให้ไม่กล้าทำงานตามปกติ และมักเวียนไปให้แพทย์ตรวจยืนยัน

ระยะที่ 4: limited phobic avoidance เริ่มกลัวและหลีกเลี่ยงต่อสถานที่หรือสถานการณ์ ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าอาจทำให้เกิด panic ได้ เช่น agoraphobia คือไม่กล้าไปไหนคนเดียวซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่อาจไปทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้

ระยะที่ 5: extensive phobic avoidance มีความกลัวและหลีกเลี่ยงมากขึ้น

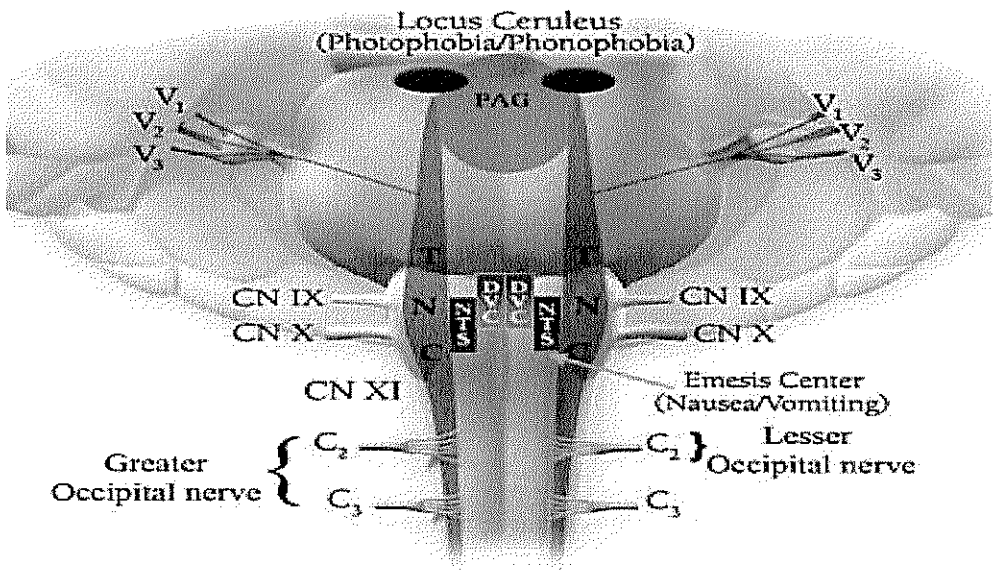
ระยะที่ 6: secondary depression อาจเป็นเพียงอารมณ์หรือถึงระดับเป็น major depression อันเป็นผลจากการเป็น panic disorder มานาน

สาเหตุ

1. สาเหตุทางชีวภาพ พบว่า panic disorder เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับด้านพันธุกรรม แม้ว่ายังไม่สามารถระบุตำแหน่งของยีนที่เป็นปัญหาได้ชัดเจนก็ตามการศึกษาทางระบบสารสื่อนำประสาท พบว่า neither ผู้ป่วยมีการหลั่งของ nor epinephrine จาก locus ceruleus nucleus บริเวณ floor ของ 4th ventricle สูงขึ้น

2. สาเหตุด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมักกำลังเผชิญกับ separation anxiety คล้ายกับเหตุการณ์ในวัยเด็กอีกครั้ง

3. สาเหตุทางพฤติกรรมเรียนรู้ มักใช้ในการอธิบาย agoraphobia ซึ่งเกิดตามหลัง panic disorder



การดูแล

- ควรแสดงความเข้าใจและยอมรับในอาการของผู้ป่วยว่ารุนแรงตามที่เขารู้สึกจริง

- ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการที่เป็นจะไม่มีอันตรายถึงชีวิต เพราะไม่มีโรคทางกายที่รุนแรง

- หากผู้ป่วยปฏิเสธว่า ตนไม่มีเรื่องเครียด ไม่ต้องคาดคั้นว่า ผู้ป่วยต้องมีเรื่องเครียดแน่นอน เนื่องจากบางรายอาจมีอาการขึ้นเองจากปัจจัยทางชีวภาพของเขา

- ไม่ควรบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคหัวใจอ่อน หรือประสาทหัวใจ หรือโรคใดๆ ที่ตรวจไม่พบจริง

- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า โรคนี้รักษาหายได้แล้วแจ้งแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยทราบแนวทางไว้

- สอนการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้บ้าง เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ การหายใจในถุงกระดาษหากมี hyperventilation เป็นอาการเด่น หรือการกินยาที่แพทย์ให้พกติดตัวไว้

- สำหรับผู้ที่เกิดอาการ agoraphobia นั้น จำเป็นต้องนำพฤติกรรมบำบัดมาช่วยฝึกผู้ป่วยให้สามารถออกจากบ้านไปไหนคนเดียวได้อีกครั้ง โดยควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยา

มียากลุ่ม Benzodiazepine ที่มี potency สูง และยาต้านอารมณ์เศร้าหลายชนิดที่ได้รับการศึกษาทดลองแล้วสามารถรักษาโรค panic disorder ได้ผลดี

Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

ลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ มีอาการย้ำคิดและย้ำทำที่มากจนทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยพยายามเลิกหรือต่อต้านต่ออาการ เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับอาการที่เกิดขึ้น

อาการย้ำคิด (Obsession) เป็นความคิด ความรู้สึก หรือจินตนาการ ที่มักผุดขึ้นมาเรื่อยๆ ผู้ป่วย เองก็ทราบว่าเป็นความคิดที่เหลวไหล ไม่เข้าใจว่าเกิดความคิดเช่นนี้ได้อย่างไร รู้สึกรำคาญต่อความคิดนี้

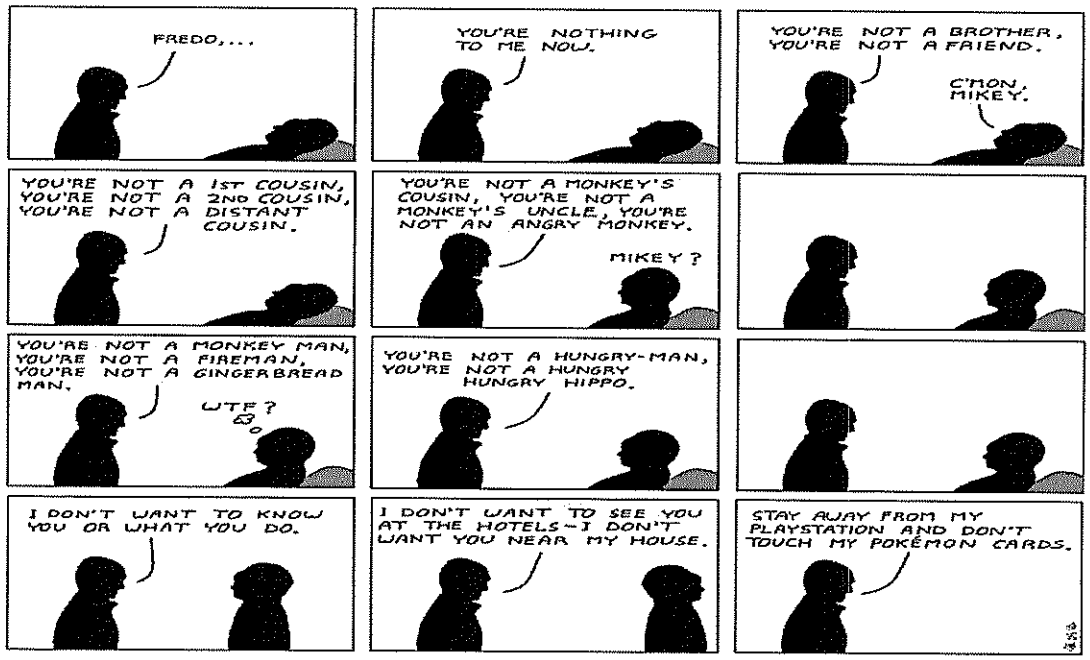
อาการย้ำทำ (Compulsion) เป็นพฤติกรรมซ้ำๆ ที่ผู้ป่วยก่อกระทำขึ้น โดยเกี่ยวเนื่องกับความย้ำคิด หรือตามกฎเกณฑ์บางอย่างที่ตนกำหนดไว้

พฤติกรรมย้ำทำที่พบบ่อยได้แก่ ล้างมือ ตรวจเช็คสิ่งต่างๆ หรือนับจำนวน (เช่นต้องหายใจเข้าออกครบเก้าครั้งก่อนเดินผ่านประตูทุกครั้ง)

ส่วนใหญ่จะพบอาการย้ำคิดร่วมกับย้ำทำ โดยพบร้อยละ 80 โดยที่เหลืออีกร้อยละ 20 มีแต่อาการย้ำคิด

การดำเนินโรค

ประมาณสองในสามของผู้ป่วยเริ่มมีอาการก่อนอายุ 25 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการ 20-22 ปี อาการมักเรื้อรัง โดยมากจะมีอาการมากเป็นช่วงๆ

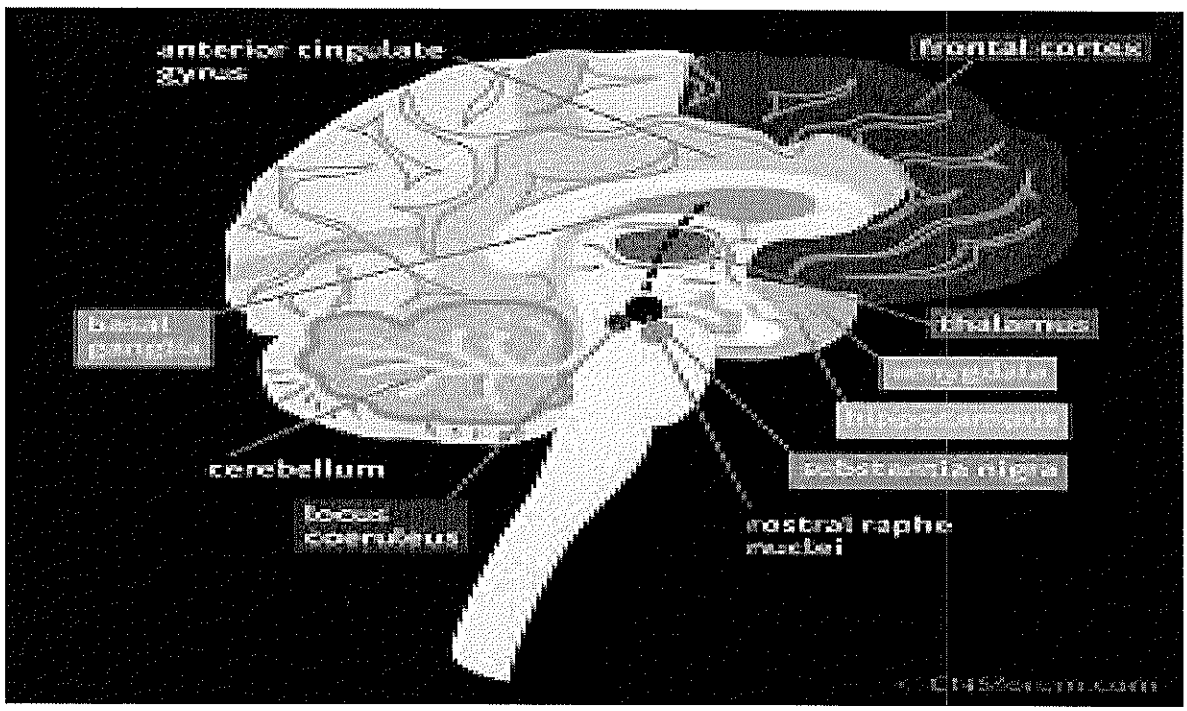


สาเหตุ

1. พบว่าผู้ป่วยมีเมตาโบลิซึมของสมองเพิ่มขึ้นในบริเวณ orbitofrontal cortex, cingulated cortex และ head of caudate nucleus

2. ในด้านระบบสารสื่อนำประสาทเชื่อว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในระบบ serotonin ทั้งนี้โดยมีการศึกษาพบว่าเมื่อให้สารที่เป็น serotonergic agonist แก่ผู้ป่วย OCD พบว่า ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ เชื่อว่าการเกิดภาวะเงื่อนไขมีบทบาทสำคัญในการเกิดอาการทั้งอาการย้ำคิดและย้ำทำ การรักษาโดยใช้วิธีพฤติกรรมบำบัดเป็นการเข้าไปขจัดภาวะเงื่อนไขที่เกิดขึ้น



การรักษา

1. ยาต้านอารมณ์เศร้า ยาที่รักษาได้ผลดีใน OCD เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อ ระบบ serotonin เช่น clomipramine และยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) ทุกตัว เช่น fluoxetine และ fluvoxamine

2. ยาคลายกังวล ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอยู่สูงอาจใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ในระยะสั้นๆ ยาในกลุ่มนี้ไม่มีผลในการรักษาอาการย้ำคิด หรืออาการย้ำทำ

การรักษาวิธีอื่น

การรักษาที่ได้ผลดีคือ **พฤติกรรมบำบัด** โดยให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เขากังวลใจและมิให้ตอบสนองย้ำทำตามที่เคยกระทำ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มักล้างมือ ก็ให้จับของที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าสกปรกให้รออยู่ช่วงหนึ่งจึงอนุญาตให้ล้างมือ การฝึกจะทำตามลำดับขั้น เริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวลน้อยไปหามาก และระยะเวลาที่ไม่ให้ล้างมืออาจเริ่มจาก 10-15 นาที ไปจนเป็นชั่วโมง หากการรักษาได้ผลผู้ป่วยจะกังวลน้อยลงเรื่อยๆ จนสามารถจับสิ่งต่างๆ ได้โดยไม่ต้องรีบไปล้างมือดังก่อน

Posttraumatic Stress Disorderและ Acute Stress Disorder

เป็นโรควิตกกังวลที่เกิดภายหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ภาวะสงคราม อุทกภัย วินาศภัย ตึกถล่ม ถูกทำร้ายร่างกาย หรือข่มขืน หรืออุบัติเหตุร้ายแรง ก่อให้เกิดลักษณะอาการทางจิตเวชที่เฉพาะ

ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะสำคัญ ได้แก่ หลังจากเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยจะเกิดอาการต่างๆขึ้น เช่น อาการหวาดกลัวอย่างรุนแรง รู้สึกสิ้นหวัง คิดและฝันซ้ำๆ หรืออาจแม้กระทั่งไม่ลืมเหตุการณ์นั้นๆ มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน อารมณ์แปรปรวน ตื่นเต้นตกใจง่าย สมาธิความจำแย่ลง, บางรายมีประสาทหลอน ซึ่งอาการทั้งหมดเป็นติดต่อกันยาวนานระยะเวลาหนึ่งและรุนแรงจนทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน

การวินิจฉัย

1. ผู้ป่วยเคยเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยต่อตัวเองและผู้อื่น

2. เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดความกลัวที่รุนแรง หรือรู้สึกสิ้นหวัง

3. คิดคำนึงถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ (re-experienced) ทั้งขณะตื่น และหลับ (โดยการฝัน)

4. มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเหตุการณ์นั้น หรือสิ่งที่เกี่ยวพันกับเหตุการณ์นั้น (avoidance)

5. มีอาการตื่นเต้นตกใจง่าย ทั้งๆที่ไม่เคยเป็นมาก่อน (hyper arousal)

6. อาการรุนแรงจนเกิดปัญหากับหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และชีวิตประจำวัน

** ถ้ามีอาการนาน 2 วันถึง 4 สัปดาห์ ให้วินิจฉัยเป็น *Acute Stress Disorder*

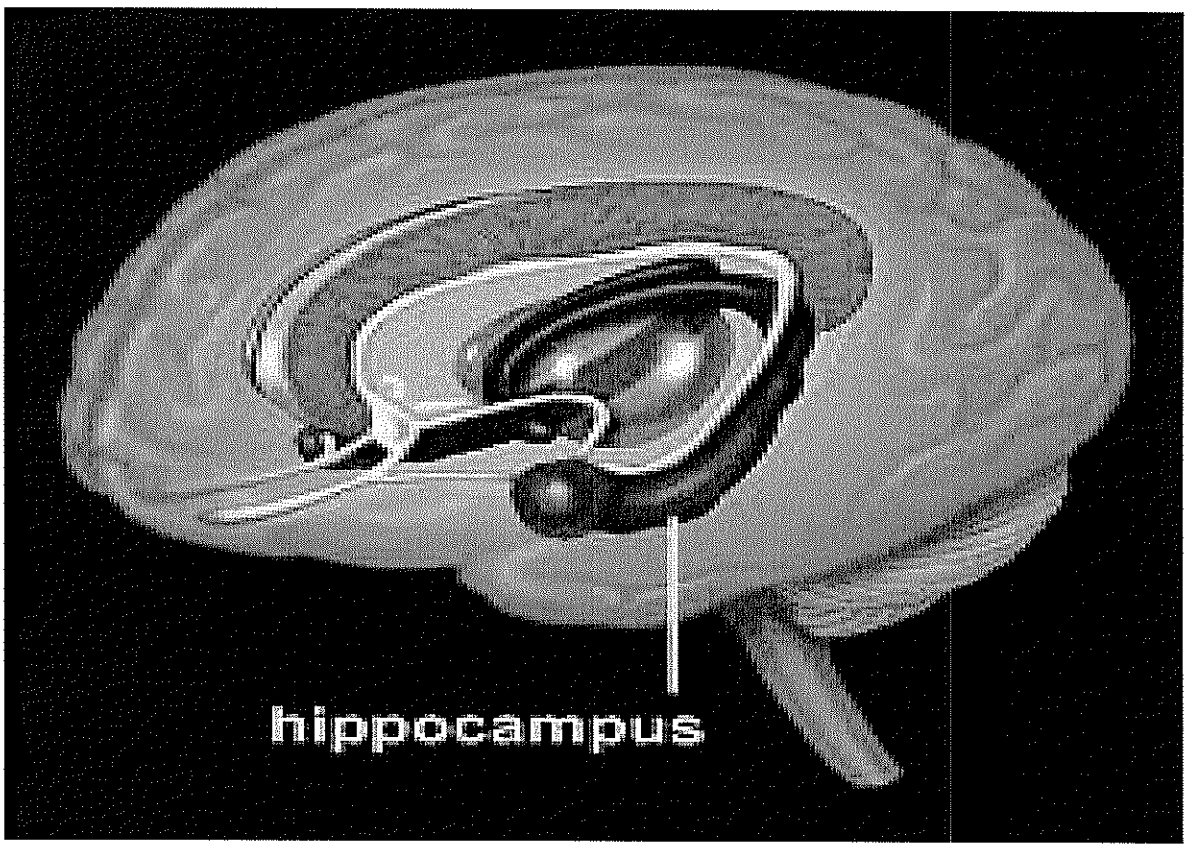
ถ้าอาการนานกว่า 4 สัปดาห์ ให้วินิจฉัยเป็น *Posttraumatic Stress Disorder*

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์มองว่าอาการเกิดขึ้นเมื่อความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมถดถอยและหันไปใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม จนก่อให้เกิดอาการต่างๆ

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่ามีความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัว เช่น norepinephrine, dopamine, endogenous opiate หรือความผิดปกติด้าน autonomic nervous system ที่ไวเกิน

มีหลายรายงานที่พบว่าการอยู่ในความเครียดจากเหตุการณ์นานๆ ส่งผลให้มีการหลั่ง glucocorticoid ออกมามาก เป็นผลทำให้เกิดการทำลายเซลล์บริเวณ hippocampus ที่มี receptor ของ glucocorticoid การตรวจด้วย MRI พบว่าในผู้ป่วย PTSD มีขนาด hippocampus เล็กลง



การดำเนินโรค

อาการของโรคจะเกิดตามหลัง severe stressor ได้ตั้งแต่สัปดาห์แรก หรือหลังเหตุการณ์นั้นหลายปีก็ได้ อาการมักเป็นๆหายๆ และรุนแรงขึ้นในช่วงที่เครียดร้อยละ 30 อาการจะหายได้เอง ร้อยละ 40 มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 20 มีอาการปานกลาง และอีกร้อยละ 10 อาการคงเดิมหรือแย่ลง

การรักษา

1. จิตบำบัด สิ่งสำคัญคือ การให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญมา โดยไม่ต้องลงรายละเอียดของเหตุการณ์เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยแย่ซ้ำลงอีก ช่วยแนะนำวิธีการปรับตัว ใช้ relaxation techniques รวมทั้งส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย

2. การรักษาด้วยยา ใช้ amitriptyline หรือ imipramine ขนาด 50-150 มก./วัน จะช่วยลดอาการซึมเศร้า, alprazolam จะช่วยลดอาการวิตกกังวล, propranolol จะช่วยลดอาการตื่นเต้นตกใจง่าย ฝันร้าย, ยา SSRI ที่ได้ผลในการรักษาโรคนี้คือ sertraline และ paroxetine

2. Adjustment Disorder

ภาวการณ์ปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) มีสาเหตุชัดเจนจากภาวะความกดดันก่อให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด จนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดอาการทางคลินิกตามมา โดยมีอาการนานไม่เกิน 6 เดือน จัดอยู่ในกลุ่มโรคทางจิตเวชที่เป็นแบบ non-psychotic ซึ่งสามารถหายเป็นปกติได้ โดยที่อาการทางจิตเวชมักจะเกิดภายในเวลา 3 เดือนหลังจากมีภาวะความกดดันมากระทบ

การวินิจฉัย

A. มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมตอบสนองตอบต่อภาวะความกดดันที่ปรากฏชัดเจน (หนึ่งอย่างหรือมากกว่า) ภายใน 3 เดือน นับแต่เริ่มต้นของภาวะความกดดัน

B. อาการหรือพฤติกรรมมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังนี้

1) อาการตึงเครียดมากเกินกว่าการตอบสนองต่อภาวะความกดดันตามปกติวิสัย ที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป

2) มีความบกพร่องในหน้าที่การงาน การเรียน การเข้าสังคม

C. ความผิดปกติที่ตอบสนองต่อภาวะความกดดันไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ

D. อาการไม่ใช่เป็นการตอบสนองทั่วไปต่อการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก

E. เมื่อภาวะความกดดันหายไป อาการจะไม่คงอยู่เกินกว่า 6 เดือน

หมายเหตุ: สาเหตุความกดดันอาจมีเพียงอย่างเดียว หรือหลายอย่างประกอบกัน ก็ได้

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการทางคลินิกของภาวะความผิดปกตินี้ มีได้หลายแบบ DSM-IV ได้จำแนกออกเป็น 6 กลุ่มย่อย ดังต่อไปนี้

1. Adjustment disorder with anxiety อาการเด่นคือ วิตกกังวลหงุดหงิด ตึงเครียด และตื่นเต้น

2. Adjustment disorder with depressed mood อาการที่เด่นเป็น อารมณ์เศร้า เสียใจ และรู้สึกสิ้นหวัง

3. Adjustment disorder with disturbance of conduct อาการเด่นได้แก่ มีความประพฤติที่ละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น ละเมิดต่อผู้ใหญ่ หรือละเมิดต่อกฎเกณฑ์ต่างๆ ตัวอย่าง เช่น หนีโรงเรียน ไม่รับผิดชอบ แสดงความป่าเถื่อน ขับรถอย่างบ้าระห่ำ ใช้กำลังเข้าต่อสู้ ละเลยความรับผิดชอบตามกฎหมาย

4. Adjustment disorder with mixed disturbance of emotions and conduct อาการที่ เด่นเป็นอาการต่างๆ ทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า วิตกกังวล และความแปรปรวนของความประพฤติ

5. Adjustment disorder with mixed anxiety and depress mood อาการเด่นเป็นอาการร่วมกันของอารมณ์เศร้าและอาการวิตกกังวล

6. Adjustment disorder unspecified คือความผิดปกติต่างๆ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมต่อ psychosocial stressors ซึ่งมิได้จัดระบบไว้เป็น adjustment disorder อย่างเฉพาะเจาะจง

ระบาดวิทยา

เป็นโรคที่พบได้บ่อย พบได้ในทุกอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จำนวนวัยรุ่นชายใกล้เคียงกับวัยรุ่นหญิง ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่จะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า

กลุ่มวัยรุ่นมักมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและการแสดงออก ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้ที่ป่วยโรคทางกายจะพบลักษณะของอารมณ์ซึมเศร้าเป็นลักษณะเด่น

สาเหตุ

สาเหตุโดยตรงของโรคนี้ ก็คือภาวะความกดดัน ลักษณะความกดดันจากภาวะจิตสังคมที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาเกิดจากในครอบครัว หน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาทางด้านการเงิน ความเจ็บป่วยทางกาย หรือทางจิตใจ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของวงจรชีวิตคนเรา เช่น วัยรุ่น การเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก การแต่งงาน เป็นต้น หรือความกดดันอย่างอื่น เช่น ภัยทางธรรมชาติ ระเบิด สงคราม

ระดับของการตอบสนองต่อความกดดันของคนเรามิได้สัมพันธ์อย่างตรงไปตรงมากับระดับความรุนแรงของความกดดัน แต่จะเป็นความสัมพันธ์ร่วมกันของปัจจัยต่อไปนี้

1. Stressors คือ ลักษณะของความกดดันที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหา

2. Situational context คือ สภาวะแวดล้อมขณะนั้นของผู้ป่วย เช่น ขณะตั้งครรภ์ใกล้คลอด ได้ยินข่าวสามีประสบอุบัติเหตุ

3. Intrapersonal factors คือ เหตุปัจจัยในตัวผู้ป่วยเอง เช่น นิสัย วิธีการปรับตัว เป็นต้น

การดำเนินโรค

บางรายมีอาการเพียง 2-3 วัน หรือ 2-3 สัปดาห์ แต่จะไม่นานเกิน 6 เดือน

จากการติดตามผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Adjustment disorder ไป 3-4 ปี พบว่า ร้อยละ 25 ที่กลับมาด้วยปัญหาเดิม และในกลุ่มนี้อาจเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติอย่างอื่น เช่น personality disorder ร้อยละ 47 และ neurotic disorder ร้อยละ 25

การรักษา

เป้าหมายอันดับแรก : ลดอาการของผู้ป่วยและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้นอย่างน้อยก็เท่าระดับเดิมก่อนที่จะเกิดปัญหา

เป้าหมายถัดไป : ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการต่อสู้ปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมถ้าสามารถทำได้

***วิธีการรักษาเน้นที่จิตบำบัดแบบประคับประคอง* โดยอาศัยขบวนการเหล่านี้ คือ**

1. หาสาเหตุของภาวะความกดดันให้ชัดเจน เข้าใจถึงผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการตอบสนองของผู้ป่วย

2. ประเมินระดับความรุนแรงและระยะเวลาความผิดปกติที่เกิดขึ้น

3. หากพบความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ ที่เกิดขึ้นให้ทำการรักษา

4. ประเมินบุคลิกภาพทั้งหมดของผู้ป่วย

5. ให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถระบายปัญหาภาวะความกดดันทางจิตใจออกมาได้

6. ให้คำแนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น

7. ส่งเสริม ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะความกดดันนั้นได้

8. อาจนำเอาขบวนการรักษาอย่างอื่นมาประกอบการช่วยเหลือ เช่น

    8.1 Family therapy ให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันแก้ไขปัญหา

    8.2 Behavior therapy

    8.3 Self help groups ให้มีการทำกลุ่มบำบัดร่วมกันในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกัน

9. กรณีผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลสูง อาจพิจารณาให้ยาคลายกังวล หรือยาแก้เศร้าในระยะแรกเพื่อลดอาการที่เจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวที่ดีขึ้น

3. Somatoform Disorders

Somatoform disorders เป็นกลุ่มของโรคทางจิตเวชที่มีอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดตามร่างกาย ร่างกายทำงานไม่ปกติ โดยไม่มีความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของร่างกายจริงๆ ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นการเสแสร้ง หรือจงใจ

โรคในกลุ่มนี้แบ่งย่อยออกเป็น 7 ชนิด ได้แก่

1. Somatization disorder
2. Conversion disorder
3. Hypochondria sis
4. Body dysmorphic disorder

5. Pain disorder

6. Undifferentiated somatoform disorder

7. Somatoform disorder not otherwise specified

Somatization disorder

โรคกลุ่มนี้เดิมเรียกว่า Hysteria ต่อมาในปี ค.ศ 1859 เรียกว่า Briquet's syndrome ปัจจุบันเรียกว่า Somatization disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายมีอาการผิดปกติหลายอย่างและหลายแบบ ทำให้ต้องมาหาแพทย์เป็นประจำ โดยที่แพทย์ก็ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกาย หรือผิดปกติบ้างแต่ไม่พอที่จะทำให้เป็นสาเหตุของอาการเหล่านั้นได้ อาการเกิดขึ้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมักพูดถึงอาการของตนเองอย่างใส่อารมณ์มีสีสันมากเกินจริง การดำเนินโรคเป็นแบบขึ้นๆ ลงๆ แต่ไม่หายสนิท ผู้ป่วยมักเป็นหญิง เกิดอาการตั้งแต่ยังสาว อายุไม่เกิน 30 ปี ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองป่วยมาเกือบตลอดชีวิต อาการมักเป็นมากขึ้น ถ้ามีความเครียด หรือปัญหาในชีวิต ผู้ป่วยจะกังวลกับอาการทางกายเหล่านี้อย่างมาก แต่ไม่ใคร่สนใจว่าตนเองเป็นโรคทางร่างกาย

การวินิจฉัย

1. อาการผิดปกติทางร่างกายหลายอย่าง เกิดอาการก่อนอายุ 30 ปี เป็นเรื้อรังหลายๆ ปี และทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สำคัญหลายด้าน

2. อาการต่างๆ ได้แก่

   - อาการปวดในส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างน้อย 4 แห่ง
   - อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารอย่างน้อย 2 อาการ
   - อาการผิดปกติทางเพศหรือระบบสืบพันธ์ที่ไม่ใช่อาการปวดอย่างน้อย 1 อย่าง
   - อาการคล้ายระบบประสาทผิดปกติอย่างน้อย 1 อย่าง

3. อาการเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากโรคทางกาย

4. อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการแสร้งทำหรือจงใจทำ

ระบาดวิทยา

พบอุบัติการณ์ในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.2 -2.0 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 5 – 20 เท่า ในคลินิกโรคทั่วไปพบผู้ป่วยที่เข้ารับการวินิจฉัยนี้มากถึงร้อยละ 5 – 10

ผู้ป่วยมักมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย บุคลิกภาพมักเป็นแบบ Dependent self centered ต้องการคำชม และ manipulative

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างเกิดขึ้น ได้แก่

1. ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่ามีการใช้อาการแสดงทางร่างกายแทนการสื่อถึงความรู้สึกภายในจิตใจ การหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบหรือสิ่งที่ต้องทำ การแสดงความโกรธหรือความก้าวร้าวในจิตใจ หรือการเก็บกดความต้องการลงใน*จิตไร้สำนึก* ส่วนทฤษฎีการเรียนรู้เชื่อว่าเกิดขึ้นจากการรับแบบอย่างจากพ่อแม่ การอบรมสั่งสอน หรือเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่สนับสนุนให้มีการแสดงออกอาการผิดปกติทางร่างกายแทนการแสดงอารมณ์ หรือความต้องการภายในจิตใจ

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ มีรายงานการศึกษาบ่งชี้ถึงปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

1) ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความใส่ใจ (attention) และ cognition ทำให้เกิดการรับรู้ (Perception) ความรู้สึกในร่างกาย และแปลความรู้สึกในร่างกายผิดไปจากคนปกติ

2) การศึกษา Brain – Imaging บางรายพบมีการทำงานของสมองส่วนหน้า (frontal lope) และสมองซีกไม่เด่น (non – dominant hemisphere) น้อยกว่าปกติ

3) การศึกษาญาติสายตรงที่เป็นเพศหญิง พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคติดยาเสพติดและบุคลิกภาพผิดปกติแบบ Antisocial มากกว่าคนทั่วไป นอกจากนั้นมีการศึกษาที่พบอัตราการเกิดโรคใน monozygotic twin เทียบกับ dizygotic twins เท่ากับร้อยละ 29 ต่อ 10 แสดงถึงการมีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

การรักษา

ไม่มีการรักษาที่จำเพาะในโรคนี้ ดังนั้นควรพิจารณาการรักษาเป็นรายๆ ไป โดยหลักในการรักษามีดังนี้

1. ควรมีแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยประจำเพียงคนเดียว นัดพบผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรใช้เวลานานมาก

2. การรักษาโดยการทำจิตบำบัด เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีชีวิตที่มีคุณภาพด้วยตนเอง แม้ว่าอาการผิดปกติทางร่างกายอาจไม่หมดไป ดังนั้นควรมุ่งความสนใจให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์หรือความรู้สึก และพูดถึงปัญหาในชีวิต ความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าที่จะใช้เวลารับฟังรายละเอียดของอาการทางร่างกายของผู้ป่วย

3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาทางจิตเวช เนื่องจากมักไม่ได้ผลในการรักษา เว้นแต่จะพบว่ามีโรคทางจิตเวชอื่นซึ่งจำเป็นต้องให้ยาร่วมด้วยอย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มักกินยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ใคร่ร่วมมือกับการกินยา ดังนั้นต้องประเมินและดูแลการกินยาให้เหมาะสมตลอดเวลา

Conversion Disorder

Conversion disorder เป็นกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว เช่น เดินไม่ได้ ตัวสั่น เดินเซ หรือความผิดปกติในประสาทสัมผัส เช่น ชามือ เท้า หรือความผิดปกติในการได้ยิน การเห็น เป็นต้น

กลุ่มโรค Conversion disorder นี้ สมัยก่อนจัดอยู่ในกลุ่มโรคประสาท (neuroses) เรียกว่าโรคประสาทฮิสทีเรีย (hysteria neurosis. Conversion type) เป็นโรคที่ ซิกด์มันต์ ฟรอยด์

จิตแพทย์ที่ค้นพบวิธีการศึกษาและรักษาผู้ป่วยแบบจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ให้ความสนใจอย่างมาก และศึกษาจนสามารถตั้งทฤษฎีการพัฒนาบุคลิกภาพทางเพศ (psychosexual theories) มีชื่อเสียงมาก

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการทางคลินิกของโรค Conversion disorder แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มอาการหลัก และ 1 กลุ่มอาการร่วม ได้แก่

1. อาการด้านประสาทสัมผัส (sensory symptoms) แสดงออกโดยมีอาการชา หรือความรู้สึกเปลี่ยนไป มักพบที่มือ เท้า อาการจะไม่เข้ากับอาการชาที่เกิดจากโรคทางระบบประสาท แต่มักจะสะท้อนถึงสัญลักษณ์หรือความหมายในจิตใจ (psychological meaning หรือ symbols) เช่น มือเท้าชา ก็จะชาถึงข้อมือหรือข้อเท้า เหมือนใส่ถุงมือหรือถุงเท้า การชาครึ่งซีกก็มักจะครึ่งซีกพอดี ไม่เป็นไปตามการกระจายของเส้นประสาทจริงๆ

2. อาการด้านการเคลื่อนไหว (motor symptoms) แสดงออกโดยมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น โยกตัวโอนเอนไปมา (astasia –abasis) เดินไม่ได้ แขนขาไม่มีแรง เดินกระตุก มือสั่น ตัวสั่น แต่ผู้ป่วยมักไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการดังกล่าว ไม่หกล้ม หรือถ้าล้มก็บาดเจ็บไม่มาก เพราะผู้ป่วยมักล้มในด้านที่เจ็บน้อย

3. อาการชัก (seizure symptoms) เรียกว่า อาการชักเทียม (pseudo seizure, nonepileptic seizure) ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ดิ้นสะเปะสะปะ และมักจะรู้สึกตัวดีระหว่างชัก ต่างกับการชักของโรคลมชัก (epilepsy) ซึ่งมักจะชักเกร็ง กระตุก ไม่รู้สึกตัวระหว่างชัก หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับสติ (altering of consciousness) ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการบาดเจ็บจากการชัก ไม่พบกัดลิ้น ปัสสาวะราด หรืออันตรายจากการชัก

4. อาการผิดปกติของการรับสัมผัสพิเศษ (special sense) ผู้ป่วยมีอาการหูไม่ได้ยิน ตามองไม่เห็น หรือมองเห็นเฉพาะด้านหน้าตรงๆ (tunnel vision) พูดไม่มีเสียง การตรวจจะไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสัมผัสดังกล่าว แต่จะพบอาการเกิดขึ้นโดยมีเหตุกระตุ้นทางจิตใจซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจจนรับไม่ได้

ระบาดวิทยา

พบอุบัติการณ์ประมาณ 22 ต่อ 100,00 ประชากร ในโรงพยาบาลทั่วไป จะพบประมาณร้อยละ 5 – 15 ของผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาคลินิกจิตเวช ในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกอาจพบสูงถึงร้อยละ 25 – 30 อัตราส่วนของเพศหญิงต่อชายประมาณ 2 ถึง 10 ต่อ 1 พบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบมากในสังคมที่ด้อยพัฒนา และในกองทหาร

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า เกิดจากการเก็บกดความกังวล

ตามทฤษฎีการเรียนรู้ อาการทางกายนี้สามารถมองได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการถูกฝึกให้เกิดพฤติกรรม เพราะผู้ป่วยจะได้รับการฝึกว่าการ

แสดงอาการทางกายเป็นวิธีที่ได้ผลในการนำมาใช้แก้สถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ มีรายงานการศึกษาบ่งชี้ถึงปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่

1) จากการศึกษาภาพรังสีสมอง พบสมองซีกเด่นทำงานน้อยแต่ซีกด้อยทำงานมากกว่าปกติ แสดงถึงความผิดปกติในการสื่อสารระหว่างสมองสองซีก

2) อาการอาจเกิดจากสมองบริเวณ cortex มีการตื่นตัวมาก จนยับยั้งกระแสประสาทที่มาจากก้านสมอง (brainstem reticular formation) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกของร่างกายได้อย่างแท้จริง

3) ในการตรวจด้านจิตประสาท (neuropsychological tests) บางครั้งพบความผิดปกติในด้านการสื่อความหมาย ความจำ ความรู้สึกตื่นตัวระแวดระไว (vigilance) ลักษณะอารมณ์ที่ไม่ต่อเนื่องสอดคล้อง (incongruity) และความสามารถในการใส่ใจ (attention) แสดงว่ามีความผิดปกติในการทำงานของสมอง

การรักษา

เป้าหมายคือการทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการโดยเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด Secondary gain เพราะจะทำให้โรคเรื้อรัง และเพิ่มความยุ่งยากในการรักษา การบอกผู้ป่วยตรงๆ ว่าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ เป็นจากอุปาทานไปเองหรือแม้แต่บอกว่าอาการเกิดจากจิตใจ มักจะไม่ช่วยให้อะไรดีขึ้นแต่กลับจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกในด้านลบ เป็นผลทำให้สัมพันธภาพในการรักษาเลวลง

ดังนั้นผู้รักษาควรมีท่าทีอ่อนโยนเข้าใจและเห็นใจร่วมกับแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตนเองและชักจูงให้ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการดีขึ้นเรื่อยๆ (Suggestion and guidance) ถ้าผู้ป่วยมี secondary gain มาก ควรทำพฤติกรรมบำบัดและปรับสภาพแวดล้อม เพื่อลดผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ อาการของผู้ป่วยโดยมากมักเป็นไม่นาน การรักษาโดยจิตบำบัดระยะสั้นมักได้ผลดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีจิตพยาธิสภาพไม่รุนแรงหรือซับซ้อนมากนัก

Hypocondriasis

เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชฝ่ายกายที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อให้ตรวจดูว่าตนมีโรคร้ายแรงใดแฝงอยู่ เพราะผู้ป่วยจะหมกมุ่น กลัวว่าตนเองจะเป็นโรคร้ายแรง เนื่องจากรู้สึกว่าอวัยวะในร่างกายตนเองทำงานบกพร่อง หรือผิดปกติไปจากเดิม

ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยมีอาการหมกมุ่นว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง มักไปพบแพทย์หลายแห่งได้รับการตรวจหลายอย่าง รวมทั้งการยืนยันจากแพทย์ว่าไม่พบโรคหรือความผิดปกติใดๆ แต่ผู้ป่วยจะยังเชื่อว่าตนยังป่วยเป็นโรคที่แพทย์ยังตรวจไม่พบอยู่อีก ดังนั้นผู้ป่วยโรคนี้มักพบมีอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลร่วมด้วย ส่วนของร่างกายมักเป็นที่ ศีรษะและคอ รองลงมาได้แก่ ท้อง หน้าอก อาการมักเกิดในอวัยวะหรือในร่างกาย เพียง 2 – 3 อย่างเท่านั้น

การวินิจฉัย

1. หมกมุ่นคิดกลัวว่าตนจะป่วยเป็นโรคร้ายแรง เนื่องจากแปลความรู้สึกในร่างกายผิดปกติจากที่ควรจะเป็น

2. ผู้ป่วยจะยังคงกังวลและหมกมุ่นอยู่ต่อไป แม้ว่าจะได้รับการตรวจรักษาอย่างพอเพียงและยืนยันว่าไม่พบโรคนั้นแล้วก็ตาม

3. ความเชื่อว่าตนเองเป็นโรคนั้นไม่รุนแรงถึงขั้นหลงผิด

4. อาการทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. อาการเป็นมาอย่างน้อย 6 เดือน

6. อาการที่หมกมุ่นทางกายนั้น ไม่ได้เกิดจากโรคกังวลไปทั่ว โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคซึมเศร้า หรือโรคในกลุ่ม somatoform อื่นๆ

ระบาดวิทยา

พบอุบัติการณ์ในสถานพยาบาลประมาณร้อยละ 4 – 6 พบมากในช่วงอายุ 20 -30 ปี พบในเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน ไม่สัมพันธ์กับระดับการศึกษา สถานภาพในสังคมหรือสถานภาพสมรส

สาเหตุ

1. แปลความรู้สึกของร่างกายผิด โดยจะเกิดความรู้สึกผิดปกติของการทำงานภายในร่างกายมากกว่าคนทั่วไป และแปลในทางร้ายมากกว่า เช่น เมื่อแน่นท้อง ผู้ป่วยจะแปลว่าปวดท้อง รวมทั้งผู้ป่วยจะมีความอดทนต่อความรู้สึกไม่ปกติในร่างกายน้อยกว่าคนทั่วไป

2. การใช้บทบาทของผู้ป่วย (sick role) เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่แก้ไขไม่ได้ โดยที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะใช้บทบาทเป็นผู้ป่วยตลอดมา

3. Hypochondriasis อาจเป็นรูปแบบหนึ่งของโรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรคซึมเศร้า หรือ โรคกังวลไปทั่ว

4. ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดจากความรู้สึกภายในที่ไม่เป็นมิตรและความก้าวร้าวต่อผู้อื่น และแสดงออกโดยใช้กลไกทางจิตแบบ repression และ displacement โดยเชื่อว่าภายในจิตใจลึกๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดี ขาดความภูมิใจในตนเอง หมกมุ่นในตนเอง เพราะในอดีตมีความรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับ มีความผิดหวัง จึงใช้กลไกทางจิตแสดงออกเป็นอาการผิดปกติทางร่างกาย เพื่อปกปิดสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ

ผู้ป่วยมักไม่ร่วมมือในการรักษาและตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี การใช้ยาไม่ค่อยได้ผล จึงควรใช้ยาเฉพาะในกรณีที่มีโรคทางจิตเวชอื่นที่ตอบสนองกับยา ควรนัดผู้ป่วยมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ ไม่นัดห่างมากไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง และแพทย์ไม่สนใจอาการป่วยของตนเท่าที่ควร แต่ก็ควรหลีกเลี่ยงการตรวจพิเศษที่ไม่จำเป็น การรักษาแบบจิตบำบัด มีเป้าหมายเพื่อลดความเครียด สอนให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเป็นโรคเรื้อรัง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การรักษาโดยจิตบำบัดกลุ่มอาจช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับโรคเรื้อรังได้ดี จิตบำบัดแบบอื่นๆ ไม่ว่าเป็น Insight oriented, พฤติกรรมบำบัด cognitive therapy แม้แต่การสะกดจิตก็อาจเป็นประโยชน์ในบางราย

การพยาบาลผู้มีปัญหาทางจิตเวช :
ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

วัตถุประสงค์

1.อธิบายความหมายและลักษณะต่างๆของความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมได้

2. สามารถให้การพยาบาลตามลักษณะอาการของโรคต่างๆได้

ความหมาย

คำว่า Affects มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า mood ที่หมายถึง สภาพอารมณ์หรืออารมณ์ที่บุคคลแสดงออก ส่วนมากคำสองคำนี้นำมาใช้แทนกันได้ และในกรณีสภาพอารมณ์หรืออารมณ์ที่บุคคลแสดงออกมีความแปรปรวนหรือผิดปกติ จึงใช้คำว่า affective disorders หรือ mood disorders

อารมณ์ของมนุษย์โดยทั่วไปมีมากมาย แต่จำแนกได้เพียงสองด้าน คือ อารมณ์ด้านดีกับอารมณ์ด้านไม่ดี อารมณ์ที่แปรปรวนทั้งสองด้านนี้เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เรียกว่า อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์คลุ้งคลั่ง (mania)

ระบาดวิทยา

เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2: 1

อายุ ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า พบได้มากในช่วงอายุเกิน 30 ปี และเมื่ออายุมากขึ้น ความรุนแรงของอาการยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่วนอารมณ์คลุ้มคลั่งไม่ค่อยพบในวัยเด็ก แต่พบได้มากในช่วงอายุเกิน 30 ปี

ลักษณะครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนมากมีประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการใช้สุราเรื้อรัง การถูกทอดทิ้งหรือ การกระทำรุนแรงต่อกัน

ส่วนผู้ป่วยที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่งพบว่าประวัติครอบครัวเคยมีบุคคลใกล้ชิดมีอาการผิดปกติทางอารมณ์

ลักษณะบุคลิกภาพ กล่าวว่าบุคคลที่ขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดความกล้า ใช้วิธีการเผชิญความไม่สบายใจในแบบกล่าวโทษตนเอง เชื่อการควบคุมจากภายนอก และย้ำคิดย้ำทำมีแนวโน้มจะมีอารมณ์ซึมเศร้าได้มาก

เหตุส่งเสริม พบได้บ่อยเมื่อมีเหตุการณ์ตึงเครียดในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้น เช่น สูญเสียคนรัก ล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ ตกงานหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

- ด้านพันธุกรรม (genetic factors)
- ด้านสารสื่อประสาท (neurotransmission factors)

- ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสารสื่อประสาทชื่อ 5 HT ที่อยู่ในสมองมีการทำหน้าที่หรือมีปริมาณลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าเช่นเดียวกับสารสื่อประสาท noradrenaline

- ด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine factors)

- ด้านการทำงานขอสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) สำหรับภาวะจิตซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นกับคนบางคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก (unconsicion) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นแรงผลัดดันให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และมีแนวโน้มจะใช้กลไกทางจิตชนิด กล่าวโทษตนเอง (introjection) หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตนเอง (anger turned inward)

ส่วนการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง (Mania) นั้นอธิบายว่า เป็นกลไกของจิตใจที่จะพยายามปฏิเสธหรือต่างกับภาวะซึมเศร้า (denial or defense against depression) จึงพบได้ว่าบางช่วงเวลาผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้าด้วย

2.2 ด้านการคิด (cognitive theory) กล่าวว่าผู้ป่วยภาวะจิตซึมเศร้า เกิดจากองค์ความคิดที่มีอยู่ในบุคคลนั้น เป็นไปในด้านไม่ดี (negative thoughts) การขาดเหตุผล รับสภาพการณ์ต่างๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล จึงคิดว่าตัวเองไม่ดี และกำหนดคุณค่าของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง บุคคลกลุ่มนี้ใช้ข้อสรุปต่างๆ มาอ้างความคิดของตนเองจนยากที่จะแก้ไข โดยการอธิบายเหตุผล จึงทำให้เกิดความรู้สึกในด้านไม่ดีกับตนเอง กับอนาคตของตน และกับสภาพสังคมที่ตนอยู่

การจำแนกโรค

1. Depressive disorders (ซึมเศร้า)
2. Bipolar disorders (อารมณ์แปรปรวน)

1. Depressive disorders (ซึมเศร้า) แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 Major depression เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แสดงอาการของอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง มีอาการแสดงของโรคจิต จึงเรียกว่าโรคจิตซึมเศร้า พบได้มากในเพศหญิง และเกิดขึ้นได้บ่อยมากกว่าความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง ถึง 10 เท่า

1.2 Dysthymic disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แสดงอาการของอารมณ์ซึมเศร้าในแบบเรื้อรัง และอาการแสดงต่างๆ ไม่รุนแรงเท่ากับผู้ป่วยโรคจิตซึมเศร้า จึงเรียกว่า depressive neurosis ซึ่งพบได้มากในเพศหญิง

2. Bipolar disorders แบ่งย่อยเป็น 2 ชนิด

2.1 Bipolar disorder หรือ manic-depressive disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แสดงอาการของอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์ซึมเศร้า

2.2 Cyclothymic disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แสดงอาการของอารมณ์คลุ้มคลั่งในระดับปากกลาง (hypomania) และบางช่วงเวลามีอารมณ์เศร้าในระดับไม่รุนแรง ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการเหล่านี้แบบเรื้อรัง

อาการของอารมณ์ซึมเศร้า

1. อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (Transient symptoms) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือเผชิญกับการสูญเสียอันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดมักจะหายไปได้เอง

2. อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้า ที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก สูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต

3. อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) เมื่อสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลานานมากอาการต่างๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าสภาพอารมณ์ซึมเศร้าต่างๆ ดำเนินอยู่เวลานานจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด dysthymic disorder

4. อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (out of reality) มีอาการทางจิต (psychotic) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depressive disorder

อาการของอารมณ์คลุ้มคลั่ง

1. Hypomania เป็นระยะที่ความแปรปรวนทางอารมณ์ ยังไม่รุนแรงมากนัก แต่อาการอาจทำให้การทำหน้าที่ทางสังคม และการทำงานมีความบกพร่อง ได้จัดเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด Cyclothymic disorder มีอาการ คือ

ด้านอารมณ์: ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์แปรเปลี่ยนรวดเร็วจากอารมณ์ดี มาเป็นหงุดหงิดอารมณ์เสีย

ด้านความคิดและการรับรู้ : ผู้ป่วยมีความคิดมากมายหลายอย่าง เป็นแบบ flight of idea

ด้านพฤติกรรมและ การทำกิจกรรม : ผู้ป่วยมักมีกิจกรรมมาก พูดมาก พูดเสียงดัง มีคำถามมาก สนใจเรื่องเพศ

2. Acute mania อาการในระยะนี้รุนแรงมากขึ้นกว่าระยะ Hypomania ทำให้ผู้ป่วยแสดงถึงความบกพร่องในหลายด้าน และจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที

อาการ คือ

ด้านอารมณ์: อารมณ์สูงขึ้นแสดงถึงอารมณ์สนุกสนาน และครึกครื้นรื่นเริง (euphoria and elation) จนเกินขอบเขตของความจริง และไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์

ด้านความคิดและการรับรู้ : สภาพความคิดโดยรวมสับสน มีความคิดหลายอย่าง ความคิดเปลี่ยน รวดเร็วจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งทำให้การแสดงความคิดออกมาเป็นคำพูดสับสนการพูดไม่สัมพันธ์กัน (incoherent)

ด้านพฤติกรรมและการทำกิจกรรม : มีกิจกรรมมากไม่อยู่เฉย เดินไปเดินมาไม่มีจุดมุ่งหมาย พูดเสียงดังเหมือนมีพลังมาก ไม่นอน ไม่กินอาหาร ถ้าชักชวนให้กินผู้ป่วยก็ทำอย่างรีบร้อนและดูผู้ป่วยไม่เหนื่อยหรือหมดแรง สนใจเรื่องเพศและชอบเข้าสังคมมากใช้จ่ายเงินมาก มุ่งเข้าไปควบคุมการกระทำของผู้อื่น (Manipulative) ขาดความสนใจในสุขภาพอนามัย

3. Delirious mania ในระยะนี้อาการรุนแรงมาก การรับรู้ตนเองของผู้ป่วยบกพร่อง ซึ่งส่วนมากไม่ค่อยพบถ้าในระยะ mania ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม โดยมีอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ : หงุดหงิดมาก ไม่สนใจสิ่งต่างๆ อารมณ์แปรปรวน ควบคุมไม่ได้

ด้านความคิดและการรับรู้ : ผู้ป่วยสับสนมาก ไม่รับรู้ตนเอง ไม่รู้ วัน เวลา และสถานที่ บางทีมีระดับ การรู้ตัวลดลงในลักษณะไม่รู้สึกตัว มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนชัดเจน

ด้านพฤติกรรมและการทำกิจกรรม : วุ่นวาย ไม่มีเป้าหมาย มีพฤติกรรม เอะอะอาละวาดเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

พฤติกรรมผิดปกติ

ลักษณะพฤติกรรมผิดปกติทางจิตที่จะกล่าวในที่นี้ ได้แก่

1. พฤติกรรมแยกตัวเอง (Withdrawal Behavior)
2. พฤติกรรมแสดงออกมาก (Overactive Behavior)
3. พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid Behavior)
4. Dependence behavior
5. Antisocial Personality Disorder
6. Borderline Personality Disorder

1. พฤติกรรมแยกตัวเอง (Withdrawal Behavior)

พฤติกรรมแยกตัวเองเป็นวิธีการแก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพของบุคคล โดยวิธีการพยายามที่จะหลีกหรือหลบเลี่ยงจากเหตุการณ์

แบ่งแยกได้ดังนี้

- การแยกตัวเองในระดับปกติ (Normal withdrawal)
- การแยกตัวเองในระดับมีอาการทางจิตประเภท (Neurotic withdrawal)

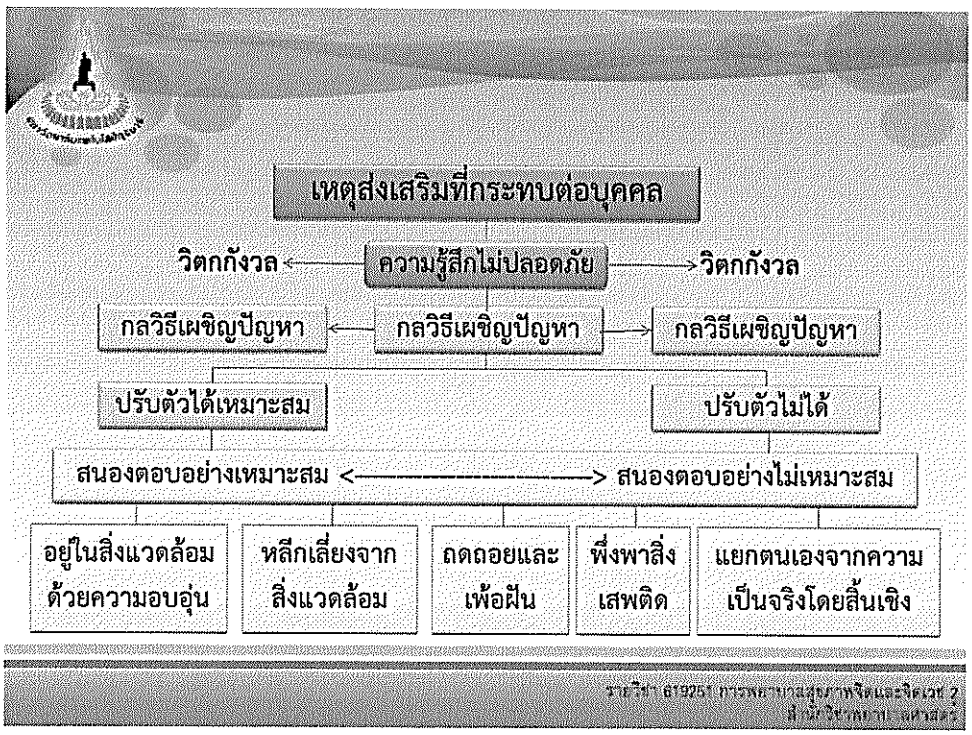
กลไกการเกิดพฤติกรรม

ก. ครอบครัวที่บิดา มารดา หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน

ข. ครอบครัวที่บิดา มารดา ปกป้องคุ้มครองมากเกินไป

ค. ครอบครัวที่บิดา มารดา มีลักษณะแยกตนเอง

กลไกการเกิดพฤติกรรม



การประเมินสภาวะพฤติกรรมแยกตัวเอง

1. ความแปรปรวนทางความคิด
2. ความแปรปรวนของการรับรู้
3. ความแปรปรวนทางด้านความรู้สึกและอารมณ์
4. การแปรปรวนทางพฤติกรรมและสังคม

การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยต้องระลึกไว้เสมอว่า ความรู้สึกนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยจะไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริง และสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกหรือพูดถึง อาจจะเป็นแบบสัญลักษณ์ ผู้ฟังจึงต้องมีทักษะในการแปลความหมายพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ที่มีพฤติกรรมแยกตนเอง

1. ส่งเสริมความปลอดภัยด้านร่างกาย
2. สนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
3. ส่งเสริมความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น
4. สร้างความอบอุ่นและลดความหวาดกลัว
5. สนับสนุนความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพกับ บุคคลอื่น
6. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
7. ช่วยให้เกิดการรับรู้ ความเป็นจริงที่ถูกต้อง
8. สนับสนุนการพึ่งตนเองให้มากขึ้น

9. ดูแลให้ได้รับการบำบัดด้วยยา หรือวิธีอื่น ๆ

10. ลดการวิตกกังวล

11.มีวิธีการแก้ไขปัญหาในทางที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. การแปลความหมายและวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วย
2. การส่งเสริมวามปลอดภัยทางด้านร่างกาย
3. ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงที่ถูกต้อง
5. ส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง
6. ลดความแปรปรวนทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
7. การพัฒนาความไว้วางใจ
8. การเตรียมผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน

การประเมินผล

1. อาการผิดปกติต่าง ๆ ลดลง
2. ความคิดของผู้ป่วยกลับสู่สภาพความเป็นจริง
3. อารมณ์เหมาะสมกับเหตุผล สอดคล้องกับความคิด
4. พฤติกรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง
5. สัมพันธภาพกับพยาบาลและบุคคลอื่นดีขึ้น
6. ครอบครัวและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดี

พฤติกรรมแสดงออกมาก (Overactive Behavior)

เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเหนือกว่าใคร สามารถควบคุมโชคชะตาของคนอื่นได้ทั้งหมด ความสนใจจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมภายนอก

การวินิจฉัยการพยาบาล

การพยาบาลผู้ที่แสดงพฤติกรรมออกมาก จะมีปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพได้ยาก การเสียพลังงานและอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น การเขียนคำวินิจฉัยอาจเขียนได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน
2.สนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย
3.ส่งเสริมการใช้พลังงานอย่างสร้างสรรค์
4. ให้รับรู้ความเป็นจริงอย่างถูกต้อง
5. ได้รับความรักและความเป็นอิสระ

กิจกรรมการพยาบาล

1. การแปลความหมายและวิเคราะห์พฤติกรรมของ ผู้ป่วย
2. ดูแลความปลอดภัยด้านร่างกาย
3. ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแทรกซ้อน
4. การสร้างสัมพันธภาพ
5. ช่วยให้รับรู้และสนองตอบสิ่งเร้าตามความ เป็นจริง
6. การจัดกิจกรรมเพื่อลดพลังงานไม่เน้นแข่งขัน
7. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

การประเมินผล

1. ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
2. แสดงอารมณ์และพฤติกรรมเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง
3. มีสัมพันธภาพกับพยาบาลและผู้อื่นอย่างเหมาะสม
4. รู้สึกตนเอง และสภาพความเป็นจริงอย่างถูกต้อง
5. ช่วยเหลือตนเองและสามารถให้เหตุผลในการตัดสินใจได้

พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid Behavior)

อาการหวาดระแวง เป็นวิธีการที่บุคคลใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธ และการกล่าวโทษผู้อื่น เพื่อให้ตนเองมีความสำคัญเหนือผู้อื่น และรู้สึกว่าคนอื่นเป็นศัตรู จึงไม่ไว้วางใจผู้อื่น ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคลอื่น เขาจะมีความหวาดระแวงสงสัยใคร่รู้อยู่ตลอดเวลา เพราะรู้สึกว่ามีอันตรายจากภายนอกคุกคามต่อความปลอดภัย ความมีคุณค่าของตนเอง

การประเมินสภาวะพฤติกรรมหวาดระแวง

1. พฤติกรรมหวาดระแวง
2. พฤติกรรมควบคุมผู้อื่น
3. พฤติกรรมแสดงออกโดยขาดการหยั่งคิด

การวินิจฉัยการพยาบาล

1. กลัว วิตกกังวล
2. ได้รับอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ
3. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น
4. มีภาวะวิตกกังวล
5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแปรปรวน
6. การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ
7. รู้สึกว่าตนเองสำคัญเหนือกว่าผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. การสัมภาษณ์และการประเมินสภาวะนั้น
2. การรับประทานอาหาร

3. กิจกรรมของตึกและการบำบัดรักษา

4. การติดต่อสนทนากับผู้ป่วยควรรักษาระยะห่างพอประมาณ

5. ลดพฤติกรรมควบคุมผู้อื่น

6. ลดพฤติกรรมหุนหันควบคุมตนเองไม่ได้

7. ลดพฤติกรรมระแวงสงสัย

8. ความวิตกกังวลสูงจากความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น

9. เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

Dependence behavior

ภาวะพึ่งพาเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เชื่อมั่นถึงความช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้อื่น บุคคลจะอาศัยผู้อื่นทางด้านร่างกาย ความตั้งใจ ความคิด การตัดสินใจและอื่นๆ โดยปกติในบางสถานการณ์บุคคลอาจต้องการพึ่งพาผู้อื่นซึ่งเป็นการแสดงออกที่เหมาะสมกับวัยแต่เมื่อบุคคลใดมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นผิดปกติและไม่เหมาะสมกับวัยจึงจะถือว่าผู้นั้นมีภาวะพึ่งพาที่ผิดปกติ (Morbid dependency) มีผลต่อชีวิตประจำวันและก่อความเดือดร้อนแก่ผู้เกี่ยวข้อง

ชนิดของภาวะพึ่งพา

1. ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นตามปกติ (Normal dependency) เช่น ในเด็กแรกเกิด เด็กวัยทารกและผู้สูงอายุ

2. ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากผิดปกติ (Morbid dependency) เป็นความต้องการพึ่งพาผู้อื่นผิดปกติ โดยจะมีความต้องการที่มากเกินไปและมีอยู่เป็นเวลานาน

ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม จิตใจและอารมณ์อ่อนไหวง่าย มีความบกพร่องของพัฒนาการจิตใจและอารมณ์

การประเมินทางการพยาบาล

ด้านร่างกาย: บุคคลที่มีภาวะพึ่งพาส่วนมากสุขอนามัยส่วนบุคคลจะไม่ดี น้ำหนักตัวมากหรือลดลง กล้ามเนื้อยืดหยุ่นไม่ดี ติดสารเสพติด ทำให้มีอาการทางร่างกายมากมาย นอกจากนั้นบุคคลจะรู้สึกโกรธ ซึมเศร้า อ้างว้าง รู้สึกผิด ไร้ที่พึ่ง และไม่มีคุณค่า

ด้านสติปัญญา: การรับรู้ความเป็นจริงเบี่ยงเบน ทักษะการติดต่อสื่อสารบกพร่อง ตัดสินใจไม่ได้ ใช้กลไกทางจิตชนิดให้เหตุผลมาก

ด้านสังคม: อัตมโนทัศน์ต่ำ ขาดความรู้สึกว่าตนเองมีค่า ไม่ไว้วางใจตนเองและผู้อื่น ไม่มีความสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ พฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เจ้ากี้เจ้าการ มีพฤติกรรมคล้อยตามพลังผลักดันของจิตไร้สำนึก (acting out) การโกหก ลักขโมย ก้าวร้าว มีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน ฯลฯ

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

พยาบาลต้องค้นหาตัวก่อความเครียดที่ทำให้เกิดปัญหาทำให้บุคคลเหล่านั้นรู้สึกต้องการพึ่งพาอย่างมากแล้วแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์หรือพฤติกรรม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอาจพบได้

เช่น มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาบกพร่อง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบทบาทและสภาพแวดล้อม เป็นต้น

กิจกรรมทางการพยาบาล

เป้าหมายระยะยาว: มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองตามศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่

เป้าหมายระยะสั้น: พยาบาลช่วยให้บุคคลสามารถใช้กลไกทางจิตได้เหมาะสมในการเผชิญปัญหา ช่วยแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆในจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาด้านสังคม ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าและยอมรับที่จะแก้ไขภาวะพึ่งพาและยืนหยัดที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

การประเมินผลทางการพยาบาล

-บุคคลสามารถแยกแยะพฤติกรรมพึ่งพาได้

-ปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองและพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม

-ทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น

-มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

-ใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา

-ใช้ทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสม

-เลิกสารเสพติด

Antisocial Personality Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะทั่วไป หากคบผิวเผินจะไม่เห็นว่าผู้ป่วยผิดปกติ และบางครั้งอาจดูดีมีเสน่ห์ได้ อย่างไรก็ตามประวัติในวัยเด็กจะมีตั้งแต่ โกหก หนีโรงเรียน หนีออกจากบ้าน ลักขโมย ชกต่อย ใช้สารเสพติด ทำสิ่งผิดกฎหมาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำเล่า

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น ใจร้อน หงุดหงิดก้าวร้าว ชอบเปลี่ยนคู่ครอง ทำร้ายร่างกายเด็ก ติดสุรา ไม่สามารถรับผิดชอบในหน้าที่การงานได้ ไม่มีความน่าเชื่อถือในฐานะการเงินและการงาน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะปราศจากการสำนึกผิด ไม่มีความวิตกกังวล หรือเสียใจในการกระทำของตน ไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น พยายามหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง ขาดมโนธรรมที่ดี การตรวจจะพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือและน่าเชื่อถือเป็นอย่างดี แต่จริงๆแล้วผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด และความโกรธอยู่ ควรมีการตรวจทางระบบประสาท และ EEG ด้วยในบางราย

การรักษา

1. จิตบำบัด

2. การใช้ยาเพื่อลดอาการวิตกกังวล ก้าวร้าว และซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการใช้สารเสพติด ฉะนั้นควรระมัดระวังการใช้ยา บางครั้งอาจใช้ยากันชักเพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีผล EEG ผิดปกติ

Borderline Personality Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยมีอารมณ์แปรปรวนอย่างมาก มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่มั่นคง มีความผันแปรอย่างสุดขอบ คือ เมื่อผู้ป่วยต้องการพึ่งพาบุคคลใดจะมีความรู้สึกว่าบุคคลนั้นดีมากๆ แต่หากมีเรื่องไม่พอใจกับบุคคลนั้นก็จะรู้สึกโกรธ ไม่เห็นความดีของบุคคลเดิมอีกเลย (splitting: all good-all bad)

ผู้ป่วยทนความเหงา หรืออยู่คนเดียวไม่ได้ กลัวการถูกทอดทิ้ง ดังนั้นผู้ป่วยจะสามารถสร้างสนิทสนมกับคนแปลกหน้าได้ในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้จะมีความแปรปรวนไม่แน่ใจในอัตลักษณ์ (identity) และความรู้สึกของตัวเองจึงว่างเปล่า เบื่อหน่าย ซึมเศร้า

พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวัน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองซ้ำแล้วซ้ำเล่าเพื่อเรียกร้องความสนใจจากบุคคลอื่น หรือเป็นการแสดงความโกรธ ในบางช่วงผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิต แต่จะเป็นระยะเวลาสั้นๆ (Short lived psychotic episode)

การรักษา

1. จิตบำบัด เป็นการรักษาหลัก บางครั้งมีการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมด้วยเพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น
2. การรักษาด้วยยา ให้ยาตามอาการที่พบ

การพยาบาลผู้มีปัญหาทางจิตเวช :
ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ
ผู้ที่ผิดปกติทางการกิน

วัตถุประสงค์

1. มีความรู้ความเข้าใจเกียวกับความผิดปกติทางเพศและความผิดปกติทางการกิน
2. สามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมได้

ความผิดปกติทางเพศ (Sexual disorders) แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1. ความบกพร่องทางเพศ (sexual dysfunction)
2. ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศหรือกามวิปริต (paraphillia)

การจำแนกโรค

ปัจจุบัน DSM-IV ได้กำหนดระยะการตอบสนองทางเพศและทำการจำแนกปัญหาทางเพศตามระยะการตอบสนองทางเพศ คือ

ตามลักษณะอาการทางคลินิก

1.ความผิดปกติในความต้องการทางเพศ (Appetitive Phase)

- ภาวะความต้องการทางเพศน้อยเกินไป (hypoactive sexual desire disorder) เป็นภาวะที่พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศน้อยแต่เมื่อมีความต้องการและได้รับการกระตุ้นเพียงพอก็อาจมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างปกติ

- ภาวะรังเกียจกิจกรรมทางเพศ (sexual aversion disorder) เป็นปัญหาทางเพศอีกแบบหนึ่งซึ่งมีความไม่ชอบกิจกรรมทางเพศ จึงทำให้ความต้องการทางเพศน้อยลง

- ภาวะตรงกันข้ามคือความต้องการทางเพศ "มากเกินไป" มักไม่ค่อยเป็นปัญหานอกจากความต้องการทางเพศของคู่สมรสไม่เท่ากันเท่านั้น

2. ความผิดปกติในการตื่นตัวทางเพศ (Excitement Phase)

ความผิดปกติในการตื่นตัวทางเพศคือการที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศโดยการเกิดการแข็งตัวและหลั่งน้ำหล่อลื่นของอวัยวะเพศ ความผิดปกติในระยะนี้มีดังต่อไปนี้

- ภาวะองคชาติไม่แข็งตัว (male erectile dysfunction, "impotence") เป็นภาวะที่องคชาติไม่มีการแข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่หรือแข็งตัวไม่นานพอ

- ภาวะไม่ตื่นตัวทางเพศในเพศหญิง (female sexual arousal disorder) เป็นภาวะที่ไม่มีการตื่นตัวของอวัยวะเพศและไม่มีการหลั่งน้ำหล่อลื่นออกมาหรือมีแต่ไม่เพียงพอ

- ภาวะช่องคลอดหดรัดตัว (vaginismus) เป็นภาวะที่ช่องคลอดส่วนนอกอาจเกิดการหดรัดตัวอย่างรุนแรงทำให้ไม่สามารถสอดใส่องคชาติได้

- ภาวะเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) เป็นภาวะที่เกิดได้ทั้งสองเพศแต่ส่วนใหญ่มักเกิดในเพศหญิง

DSM-IV จัดภาวะช่องคลอดหดรัดตัวและภาวะเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์รวมกันเป็นภาวะความเจ็บปวดทางเพศ (sexual pain disorders)

3. ปัญหาทางเพศในระยะมีความสุขสุดยอด (Orgasmic Phase)

- ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิง (female orgasmic disorder, "anorgasmia" or "frigidity") เป็นภาวะที่ในเพศหญิงไม่มีความสุขสุดยอดทั้งๆที่มีการตื่นตัวทางเพศและได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอแล้ว

- การหลั่งอสุจิช้าเกินไปหรือไม่หลั่งเลย (retarded ejaculation) เป็นภาวะทำนองเดียวกับการไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิงแต่เกิดในเพศชาย

- การหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (premature ejaculation) คือภาวะที่เพศชายไม่สามารถชลอการหลั่งอสุจิ

- การหลั่งอสุจิโดยไม่มีความสุข (anhedonic ejaculation) คือการที่เพศชายมีการหลั่งอสุจิแต่ไม่รู้สึกมีความสุขสุดยอด

4. ความผิดปกติในระยะกลับสู่ระยะพัก (Resolution Phase) ปัญหาในระยะนี้พบได้น้อยแต่ก็มีบ้างได้แก่

- อาการปวดศีรษะหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (postcoital headache)

- ภาวะอารมณ์ไม่ดีหลังการมีเพศสัมพันธ์ (postcoital dysphoria)

- นอกจากนี้ในเพศชายอาจมีการแข็งตัวขององคชาติค้างไว้ไม่ยอมอ่อนตัว (priaprism) ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดจากโรคทางกาย

ระบาดวิทยา

ปัญหาที่พบบ่อยในเพศหญิงได้แก่ low sexual interest และ difficulty with orgasm ส่วนปัญหาในเพศชายได้แก่ low sexual interest และ premature ejaculation

ประมาณกันว่าปัญหาทางเพศเกิดขึ้นบ่อยกว่าที่เราคิดกันมาก แต่เราไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะมีผู้ที่มีปัญหาทางเพศมากน้อยเพียงใด เพราะเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนเรามักไม่เปิดเผยแม้ในสังคมตะวันตกก็ตาม

สาเหตุ

ปัญหาทางเพศอาจมีสาเหตุจากโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวช หรืออาจเกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคต่างๆ นอกจากนี้แล้ว สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือปัจจัยทางจิตใจ ที่สำคัญได้แก่

- การขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง

- ความกังวลเวลามีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวว่าจะทำได้ไม่ถูกใจภรรยา กลัวตั้งครรภ์ กลัวเจ็บ

- เทคนิคไม่ถูกต้อง เช่น เล้าโลมน้อยเกินไป ไม่มีการบอกกันว่าชอบหรือไม่ชอบอย่างไร

- ความเคยชิน เช่น ก่อนแต่งงานร่วมเพศกับโสเภณีต้องรีบทำให้หลั่งอสุจิเร็ว

การดูแลรักษา

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศ ต้องพยายามพิจารณาว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรคทางกายได้หรือไม่โดยมีแนวทางดังนี้

หากได้ประวัติว่ายังสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติในบางสถานการณ์ (Situational) เช่น ยังมีการแข็งตัวขององคชาติในขณะหลับหรือเวลาเพิ่งตื่นนอน สามารถสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองได้ หรือ สามารถมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นได้ โอกาสที่จะเป็นโรคทางกายก็จะน้อยลง แต่หากมีปัญหาทางเพศในทุกสถานการณ์ (generalized) อาจเป็นปัญหาที่เกิดจากร่างกายหรือจิตใจก็ได้

ในกรณีพบว่าไม่น่ามีปัญหาทางร่างกาย

1. แก้ไขความรู้ที่ผิด เช่น ผู้ชายที่สุขภาพดีไม่มีทางหมดกระสุน ผู้หญิงก็เป็นฝ่ายเริ่มก่อนได้ การจินตนาการถึงกิจกรรมทางเพศแบบแปลกๆไม่ใช่กามวิปริต เป็นต้น

2. การให้คำแนะนำทั่วๆไปเพื่อแก้ไขสถานการณ์ไม่เหมาะสม เช่น การมีลูกๆมานอนด้วย ห้องนอนร้อนเกินไป หรือไม่เก็บเสียง กิจกรรมทางเพศไม่ได้จำกัดเฉพาะในห้องนอน เป็นต้น

3. การใช้เทคนิคเฉพาะแต่ละปัญหา

4. ในกรณีของการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ การใช้ยาประเภท mitric oxide enhancer มีประโยชน์มาก ปัจจุบันมี 3 ประเภท คือ silde nafil, vardernafil และ tadalafil เป็นต้น

การฝึก sensate focus exercise การฝึกนี้เป็นพื้นฐาน

ในการรักษาปัญหาทางเพศทุกชนิด แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะแรก (non-genital sensate focus exercise)

ระยะต่อไป (genital sensate focus exercise)

ระยะที่ 3 เมื่อปฏิบัติได้ดีจึงจะอนุญาตให้มีการร่วมเพศจริงๆหลังจากมีการเล้าโลมตามวิธีที่ได้ฝึกปฏิบัติมาจนเกิดความตื่นตัวทางเพศดีแล้ว

นอกจากการฝึก sensate focus exercise แล้วการฝึกอีกอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์กับปัญหาทางเพศทุกชนิดคือการฝึกขมิบกล้ามเนื้อหูรูด (pubococcygeal or PC muscle exercise; Kegel's exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อนี้แข็งแรงซึ่งจะทำให้ช่องคลอดกระชับและเกิดความรู้สึกดีขึ้น ส่วนในผู้ชายก็จะทำให้การแข็งตัวดีขึ้นและความรู้สึกสุดยอดรุนแรงขึ้น

ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศหรือ"กามวิปริต" (Paraphilias)

ภาวะเบี่ยงเบนทางเพศหรือ"กามวิปริต"เป็นปัญหาทางเพศอีกแบบหนึ่ง ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้มีการตื่นตัวทางเพศได้ด้วยสิ่งเร้าที่เบี่ยงเบนไปจากคนทั่ว ๆ ไปเป็นประจำ (นานกว่า 6 เดือน) และทำให้เกิดปัญหา

สาเหตุ

มักเกิดจากการเลี้ยงดูและประสบการณ์ที่ผิดปกติแต่ก็มีบางรายงานว่าพบภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยโรคลมชักหรือในผู้ที่มีอาการผิดปกติของสมองเล็กๆน้อย ๆ เช่นมี Abnormal EEG

ชนิด

Exhibitionism การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการอวดอวัยวะเพศ ให้คนแปลกหน้า เพศตรงข้าม

Frotteurism การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการถูไถอวัยวะเพศ กับคนเพศตรงข้ามที่ยังสวมใส่เสื้อผ้าอยู่และไม่ได้ยินยอม

Voyeurism การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการแอบดูผู้อื่นเปลือยกายหรือร่วมเพศ

Fetishism การเกิดอารมณ์ทางเพศกับวัตถุที่ไม่ได้ใช้เพื่อกิจกรรมทางเพศ

Transvestic fetishism การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการสวมใส่เครื่องแต่งกายของเพศตรงข้าม

Pedophilia การเกิดอารมณ์ทางเพศกับเด็ก (อายุไม่เกิน 13ปี)

Sexual masochism การเกิดอารมณ์ทางเพศเมื่อตนเองเจ็บปวดหรือเกิดความทุกข์ทรมาน

Sexual sadism การเกิดอารมณ์ทางเพศโดยการทำให้ผู้อื่นเจ็บปวดหรือเกิดความทุกข์ทรมาน

Homosexualism การเกิดอารมณ์ทางเพศกับคนเพศเดียวกัน

การรักษา

1.จิตบำบัดเพื่อให้มีความเข้าใจตนเองมากขึ้น

2.พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เบี่ยงเบน

Anorexia nervosa

Anorexia Nervosa เป็นโรคที่มักเกิดในเพศหญิงและมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นมีลักษณะสำคัญ คือจงใจลดน้ำหนักตัวเอง เกิดจากมีเจตคติต่ออาหารและน้ำหนักที่ผิดปกติไปอย่างมาก อันเนื่องมาจากจิตพยาธิสภาพ และมีความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อคือ เพศหญิงจะมีการขาดประจำเดือน ในเพศชายจะ หมดความสนใจหรือความต้องการทางเพศ ผู้ป่วยยังมีความหิวและอยากอาหาร แต่จะพยายามควบคุมตนเอง ให้ต่อสู้กับความรู้สึกนั้น

Diagnostic criteria for anorexia nervosa (DSM IV)

A. ปฏิเสธที่จะคงน้ำหนักให้มากกว่าระดับต่ำสุดของ normal expected weight สำหรับอายุและความสูง คือน้ำหนักที่น้อยกว่า 85 % ของ expected weight ซึ่งเกิดจากการพยายามลดน้ำหนัก หรือไม่ยอมเพิ่มน้ำหนักในระยะที่มีการเจริญเติบโต

B. มีความกลัวอย่างรุนแรงว่าน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นหรืออ้วน ทั้งๆที่น้ำหนักน้อยมากอยู่แล้ว

C. มีการรับรู้ต่อน้ำหนักและรูปร่างของตนเองผิดปกติไป ปฏิเสธถึงอันตรายของภาวะน้ำหนักน้อย

D. ในสตรีที่มีประจำเดือนแล้ว มีการขาดประจำเดือนอย่างน้อย 3 รอบติดต่อกัน

Bulimia nervosa

จะมีความหมายถึงภาวะที่มีการรับประทานอาหารครั้งละมากๆและเร็วๆ ต่อจากนั้นจะมีความกังวล, หมกมุ่นเกี่ยวกับน้ำหนัก รูปร่าง และพยายามทำให้เกิดการอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระออกมา หรือโดยวิธีออกกำลังกายหนัก ในผู้ป่วยที่เป็น anorexia nervosa ประมาณ 50 % มี bulimic symptoms ในระยะต่อมา

Diagnostic criteria for bulimia nervosa(DSM IV)

A. Recurrent episodes of begin eating ซึ่งมีลักษณะคือ

1. รับประทานอาหารปริมาณมากในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่สามารถรับประทานได้ในช่วงเวลาและสถานการณ์เดียวกัน

2. รู้สึกไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ในช่วงเวลานั้น คือไม่สามารถหยุด หรือควบคุมชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานได้

B. มีพฤติกรรมเพื่อชดเชยอาการในข้อ A อย่างไม่เหมาะสมซ้ำๆ เช่น การพยายามทำให้อาเจียน, ใช้ยาถ่าย,ยาขับปัสสาวะ,enemas หรือยาอื่นๆ, การอดอาหาร, การออกกำลังกายอย่างหนัก

C. ทั้งข้อ A และ B เกิดขึ้นโดย*เฉลี่ยอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน*

D. ให้ความสำคัญต่อรูปร่างและน้ำหนักในการประเมินตนเองมากเกินควร

E. ไม่เกิดในระหว่าง episodes ของ anorexia nervosa

สาเหตุ

Biological factors

1. Genetic พบใน monozygotic twins 56 % ในขณะที่ dizygotic twins พบเพียง 5 %

2. Endocrine dysfunction จากการศึกษาพบว่ามีความผิดปกติของ hypothalamic-Pituitary-gonadal axis แต่ลักษณะความผิดปกติยังไม่ทราบแน่ชัด

3. Regulation of food intake การควบคุมความต้องการอาหารเกิดจากความสัมพันธ์ ที่ซับซ้อนของ polypeptide hormones และ neurotransmitters หลายชนิด

4. Malnutrition เมื่อมีภาวะ malnutrition เกิดขึ้นจะทำให้กลไกในการควบคุม ความต้องการอาหารเปลี่ยนไป ซึ่งจะทำให้อาการของโรคคงอยู่ต่อไป แต่ก็ยังไม่ทราบว่าขาดอาหารมาก แค่ไหนจึงทำให้กลไกนี้ผิดปกติไป

Psychological factors

1. Familial factors

เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วย anorexia nervosa กับ bulimia nervosa พบว่าผู้ป่วย bulimia nervosa มีปัญหาความขัดแย้ง, nagativity, family cohesion,stressful life changes, sexual abuse มากกว่า

2. Socio-cultural factors

เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมนี้มีส่วนในการเกิดโรค ในสังคมที่ให้ความสำคัญ หรือ perfection เรื่องความสวยงามด้วยลักษณะผอม เช่น นางแบบ, นักเต้นบัลเลย์ มักพบโรคนี้ได้บ่อยๆเมื่อเทียบกับสังคมที่ไม่มีค่านิยมในเรื่องลักษณะผอม

โดยสรุปยังไม่สามารถเข้าใจกลไกการเกิดโรคที่แน่ชัดได้ แต่คาดว่าน่าจะเป็น Complex interaction จากปัจจัยต่างๆ มักไม่พบสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งอย่างเดียว อาการมักเริ่มหลังจากเข้าวัยรุ่น โดยผู้ป่วยมีประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติไม่เคยมี psychopathology ให้เห็นได้ชัดมาก่อน มักจะมีลักษณะเป็นเด็กดี เชื่อฟังผู้ใหญ่ มีความกระตือรือร้น เอาจริง เอาจัง มีความคาดหวังสูง ชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นสบายใจ อาจจะเคยอ้วนมาก่อน อาการจะเริ่มด้วยการควบคุมอาการ จากความรู้สึกกลัวอ้วน และคิดว่าตนเองอ้วนเกินไป ซึ่งอาจเป็นอ้วนเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย

มี Distorted body image ว่าตนเองยังอ้วนอยู่ จึงพยายามลดน้ำหนักให้มากไปกว่าเดิมอีก ผู้ป่วยจะเลือกรับประทาน เฉพาะบางอย่าง เช่น ผัก, ซ่อนหรือทิ้งอาหาร พยายามหากิจกรรมอื่นทำเพื่อไม่ต้องรับประทานอาหาร เช่น ไปเที่ยว, เล่นดนตรี หรือออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น พยายามทำให้อาเจียน ใช้ยาระบายหรือล้วงก้น ให้ถ่ายอุจจาระออกมา ใช้ยาขับปัสสาวะ

ผู้ป่วยคิดว่าเป็นพฤติกรรมของตนเองที่เหมาะสมดีแล้ว จึงไม่เต็มใจที่จะรับการรักษา และมักต่อต้าน การรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ได้แก่ Depression, obsessive-compulsive behavior anxiety มักมี somatic complaints มาก เช่น อืดอัดแน่นท้อง, คลื่นไส้

การรักษา

<u>เป้าหมายการรักษา</u>

ในระยะแรกมุ่งแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ และลักษณะการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เพื่อแก้ไข ภาวะแทรกซ้อนของภาวะทุพโภชนาการทั้งทาง Biological และ psychological

เป้าหมายระยะยาวคือ เพื่อแก้ไขปัญหาทาง psychological, family, social, behavioral เพื่อจะได้ไม่เป็นซ้ำอีก

1. Nutritional rehabilitation and treatment setting

"Lenient" behavioral programs คือ ให้ bed rest ในระยะแรกและบอกผู้ป่วยว่าถ้าไม่สามารถเพิ่มน้ำหนักได้ให้ bed rest อีก ซึ่งไม่จำเป็นต้องคอยตรวจสอบการรับประทานอาหารของผู้ป่วย แต่ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย

"Strict" behavioral programs คือกำหนด caloric intake, กำหนดเวลากิจกรรมของผู้ป่วย, น้ำหนักที่ให้ผู้ป่วยลงจากเตียง
หรือกลับบ้าน อย่างชัดเจน

ปริมาณและชนิดของอาหาร ควรให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกเองแต่ต้องรับประทานอาหารครบทุกหมู่ ในระยะแรกอาจต้องกำหนดโดยโภชนากร โดยเริ่มต้นที่ 30-40 Cal/kg/day และค่อยๆเพิ่มขึ้นจนอาจถึงระดับสูงสุด ประมาณ 70-100 Cal/kg/day ในระยะที่ต้องการให้น้ำหนักเพิ่ม และเหลือ 40-60 Cal/kg/day ในระยะ maintenance discharge criteria สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ถ้าไม่มีปัญหาทางด้าน medical, น้ำหนักอยู่ ในเกณฑ์เหมาะสม, ควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดี และได้แก้ไขปัญหาทาง psychological และ family ได้พอสมควร

2. Psychosocial treatment

ในระยะแรกจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ ภาวะของผู้ป่วย, อาการต่างๆของ anorexia nervosa, เรื่องต่างๆเกี่ยวกับ psychodynamic, family, socio-cultural ที่เกี่ยวข้อง

3. Medications

ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Antidepressants สำหรับผู้ป่วยที่ยังมี depression คงอยู่นาน แม้ว่าน้ำหนักขึ้นแล้ว หรือยังไม่ขึ้นก็ตาม

การพยาบาลผู้มีปัญหาทางจิตเวช :
การใช้สารเสพติด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารติดสารเสพติด
2. สามารถให้การพยาบาลผู้ที่ใช้สารเสพติดได้อย่างเหมาะสม

ความหมายของการติดสารเสพติด

สาร (Substance) ในที่นี้หมายถึง สารที่ทำให้เกิดการเสพติด (Substance of dependence) การติดสารเสพติด หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการได้รับสารเสพติด ทั้งที่เป็นสารธรรมชาติ สารสังเคราะห์ หรือ ยาบางชนิด แล้วทำให้เกิดความอยากได้สารหรือยานั้นซ้ำๆ ทั้งอาจเป็นครั้งคราวหรือติดต่อกันเป็นเวลานาน

ลักษณะของผู้ติดสารเสพติด

- เกิดความพึงพอใจและต้องการจะเสพซ้ำๆ
- มีการเพิ่มปริมาณหรือจำนวนครั้ง
- เมื่อหยุดการใช้สารเสพติดจะเกิดอาการถอนสาร เสพติด
- สุขภาพเสื่อมโทรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

สารเสพติดตามกฎหมาย

สารเสพติดตามกฎหมาย แบ่งออกเป็น 5 ประเภท

1. สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน
2. สารเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน ฝิ่น
3. สารเสพติดให้โทษที่มีสารเสพติดประเภทที่ 1และ 2 ผสมกัน เช่น ยาแก้ไอผสมโคเคอีน
4. สารเสพติดที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดประเภทที่ 1 และ 2
5. สารเสพติดให้โทษอื่น ๆ เช่น กัญชา

ลักษณะของสารเสพติด

1. มีฤทธิ์ที่เป็นอันตราย (intoxication)

2. ต้องเพิ่มความต้องการ (tolerance) เมื่อใช้สารเสพติดไปสักระยะหนึ่ง ร่างกายจะเริ่มเคยชิน จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณของสารให้มากขึ้น เพื่อให้สารออกฤทธิ์ตามที่ต้องการ

3. การต้องพึ่งพา (dependence) เมื่อใช้สารนั้น ๆ ไปสักระยะ บุคคลนั้น มีความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขาดสารนั้น ๆ ไม่ได้

4. ขาดการควบคุม (loss of control) ควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเสพติดที่ตนเคยใช้ไม่ได้ ถึงแม้จะรู้ว่าสารที่ตนเสพเข้าไปนั้นเป็นอันตราย

สาเหตุ

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors)

1.1 พันธุกรรม (genetic) มีส่วนส่งเสริมในการใช้สารเสพติด โดยพบว่าผู้ติดสุราส่วนมาก มักมีบิดา-มารดา เป็นโรคสุราเรื้อรัง (alcoholism) ซึ่งเป็นการศึกษาในบุตรที่เป็นฝาแฝดไข่ใบเดียว พบว่ามีความสัมพันธ์ของการใช้สุราสูงถึงร้อยละ 54 และได้พบในการศึกษาผู้ใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ เช่นกัน

1.2 ชีวเคมี (biochemical) ในร่างกายของคนบางคน มีความเสี่ยงสูงในการพึ่งพา หรือติดสารเสพติดได้ง่าย เช่น คนบางคนได้รับสารเสพติดในปริมาณเล็กน้อยก็เกิดฤทธิ์ต่าง ๆ แต่บางคนต้องได้สารในปริมาณที่มากกว่าจึงจะเกิดฤทธิ์ต่าง ๆ ฉะนั้น คนที่ได้สารในปริมาณที่มาก จึงมีแนวโน้มจะติดสารเสพติดได้ง่าย

2.ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors) อธิบายจากการวิเคราะห์ทางจิต การประเมินบุคลิกภาพจากแบบทดสอบ และศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ อธิบายว่า

2.1 ความขัดแย้งของจิตใจ (emotional conflicts) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าบุคคลที่ใช้สารเสพติดมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก คือ ระยะ oral stage

2.2 บุคลิกภาพประจำตัว (personality traits) กลุ่มบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) และแบบก้ำกึ่ง (borderline) มักถูกกล่าวว่า มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดสูงมากกว่าแบบอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มบุคคลบางลักษณะ เช่น บุคคลที่ไม่มั่นใจในตนเองหรือมีความภูมิใจในตนเองต่ำ

2.3 การเรียนรู้ (learned behavior) เนื่องจากสารเสพติดส่วนมาก มีฤทธิ์ทำให้ผู้เสพรู้สึกเป็นสุข อารมณ์แจ่มใส รู้สึกไร้กังวล มีพละกำลังมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น และกระตุ้นอารมณ์ทางเพศได้ดี ซึ่งส่วนมากเป็นฤทธิ์ของสารเสพติดที่ใช้ในระยะแรก และในปริมาณที่พอเหมาะ จึงทำให้ผู้เสพส่วนมากพอใจ อันเป็นแรงเสริมให้บุคคลกลับมาใช้สารที่ออกฤทธิ์ที่ทำให้ตนพอใจ

2.4 ด้านสังคม-วัฒนธรรม (sociocultural factors) ได้แก่

- การเลียนแบบ (social learning)
- วัฒนธรรมและศีลธรรม (cultural and ethnic influences) ในสังคมบางแห่งการใช้สารบางอย่าง ซึ่งส่วนมากมีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ถือว่าเป็นค่านิยมปกติหรือเป็นกติกาของสังคมนั้น ๆ เช่น การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศแถบตะวันตกพิจารณาว่าเป็นประเพณี

การจำแนกประเภทสารเสพติด

1. ประเภทฝิ่น (opioids)

ลักษณะทั่วไป

สารในกลุ่มนี้ได้แก่ ฝิ่น (Opium), morphine, codeine หรือสารสังเคราะห์จากฝิ่น เช่น methadone, meperidine และ Demerol โดยที่สารในกลุ่มนี้ มีฤทธิ์ในการระงับความเจ็บปวด

และกดการทำงานของระบบประสาท จึงมีการนำมาใช้ในทางการแพทย์เพื่อลดอาการปวด รักษาอาการท้องเสีย (diarrhea) และใช้ลดอาการไอ

การออกฤทธิ์

ฝิ่นมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้เสพมีอาการครึกครื้น (euphoria) อารมณ์เปลี่ยนแปลง ง่วงนอน ความเจ็บปวดลดลง และรูม่านตาเล็กลง ส่วนผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้การทำงานของลำไส้ลดลง จึงมีการนำฝิ่นมาใช้รักษาอาการท้องเสีย แต่ถ้าใช้ไปนาน ๆ จะเกิดท้องผูก และถ้าใช้สารนี้ในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้เกิดอาการความดันโลหิตต่ำ การหายใจช้าลง รูม่านตาเล็ก และง่วงซึมจนไม่รู้สึกตัว

อาการขาดสาร

อาการขาดสาร มักเกิดขึ้น 12-16 ชั่วโมง หลังจากได้รับสารนี้ครั้งหลังสุด อาการแสดงที่สำคัญ คือ น้ำมูก-น้ำตาไหล หาวนอน เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย ตื่นเต้นง่าย มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ คลื่นไส้-อาเจียน ท้องเสีย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออาการเหล่านี้อาจจะค่อย ๆ หายไปได้เอง ถ้าผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 วัน แต่ในการรักษานิยมใช้ methadone หรือ clonidine ให้ผู้ป่วยรับประทานทดแทนฝิ่น ในช่วงเกิดอาการขาดสาร เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการ

2.ประเภทกดระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system depressants)

สารในกลุ่มนี้ ได้แก่สุรา (Alcohol) ยากลุ่ม barbiturates และยาคลายกังวลพวก benzodiazepines โดยที่สารประเภทนี้มีฤทธิ์ช่วยให้นอนหลับ และช่วยลดความวิตกกังวล

ก. สุรา (alcohol)

ลักษณะทั่วไป

มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า ethyl alcohol เกิดจากการหมักอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ เป็นเรื่องที่บุคคลในทุกวัฒนธรรมคุ้นเคย อาจมีเป้าหมายเพื่อใช้เป็นยารักษาโรค เพื่อประกอบพิธีทางศาสนา หรือเพื่อความสนุกสนาน โดยพบว่าประมาณร้อยละ 50-60 ของบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะโรคสุราเรื้อรัง (alcoholism) หรือมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย

การออกฤทธิ์

สุรามีฤทธิ์ต่อร่างกายของบุคคลแตกต่างกัน ส่วนมากขึ้นอยู่กับปริมาณหรือระดับของแอลกอฮอร์ในกระแสเลือด การดื่มสุราเพียงเล็กน้อยไม่ค่อยมีผลต่อร่างกายมากนัก แต่ถ้าดื่มมากขึ้นทำให้ปริมาณของแอลกอฮอร์ในกระแสเลือดสูงขึ้น บุคคลจะแสดงอารมณ์สนุกสนาน รื่นเริง หรือครึกครื้น (Euphoria) และความรู้สึกมั่นใจหรือกล้า ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่เคยทำได้มากขึ้น

อาการขาดสาร

สุราจัดเป็นสารเสพติด เพราะมีผลให้ผู้ใช้ต้องพึ่งพาสุราทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มสุรามานาน ถ้าขาดสุราจะมีอาการต่างๆ มากมาย เช่น อาการสั่น (Tremors) เหงื่อออกมาก

(diaphoresis) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กระสับกระส่าย บางรายอาจมีอาการชัก (seizures) และถ้ารุนแรงจะมีอาการคลุ้มคลั่งแบบ delirium tremens

ข. ยากลุ่ม Barbiturates

ลักษณะทั่วไป

ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Nembutal, Seconal, Amytal, และยากลุ่ม benzodiazepines โดยที่ยาในกลุ่มนี้ ใช้เพื่อแก้ปัญหาในผู้ที่นอนไม่หลับ (insomnia) ช่วยลดความวิตกกังวล และใช้ในผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดการติดยาได้ง่าย เพราะเมื่อใช้ยากลุ่มนี้ไปสักระยะพบว่าผู้ป่วยจะหยุดใช้ยาไม่ได้ และอาจจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาให้มากขึ้นด้วย

การออกฤทธิ์

ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยกดระบบประสาทส่วนกลางทำให้การทำงานต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (Downers) เช่น ทำให้รู้สึกสงบ ลดความวิตกกังวล นอนหลับ ความดันโลหิตลดลง และการรับรู้ความเจ็บปวดต่าง ๆ ลดลงด้วย

อาการขาดสาร

เมื่อใช้ยานี้ประจำและมาหยุดยาจะทำให้อาการขาดยา โดยมีอาการต่าง ๆ เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด ปวดศรีษะ กล้ามเนื้อกระตุก มือสั่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เวียนศรีษะและหน้ามืด ถ้าอาการรุนแรงอาจมีอาการชักหรือมีอาการทางจิตต่าง ๆ เช่น มีอาการประสาทหลอน และพฤติกรรมแปรปรวน

3.ประเภทกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system stimulants)

สารในกลุ่มนี้ ได้แก่ Cocaine, ยาบ้า (amphetamine sulfate) โดยที่สารประเภทนี้มีฤทธิ์ช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว ไม่รู้สึกง่วงนอน และมีกำลังตลอดเวลา ซึ่งสารในกลุ่มนี้ รวมถึงพวก caffeine และ nicotine

ก. โคเคน (cocaine)

ลักษณะทั่วไป

Cocaine เป็นสารสังเคราะห์มาจากใบของต้นโคคา (coca) ที่มีปลูกมากในประเทศแถบอเมริกาใต้ คนพื้นเมืองนำใบโคคามาเคี้ยวเพื่อให้สดชื่น และกระชุ่มกระชวย ต่อมามีการสังเคราะห์สารจากโคคามาใช้ในทางการแพทย์ เช่น ใช้เป็นยาชา หยอดยาหรือจมูก

ปัจจุบันมีการสังเคราะห์สารใหม่ ๆ ที่เป็นอนุพันธ์ของ cocaine เช่น crack และอาจเรียกชื่อเป็นอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เช่น coke, snow, lady สารกลุ่มนี้เข้าสู่ร่างกายได้หลายวิธี แต่ที่นิยมใช้ คือ การกินหรือการสูดดมควัน

การออกฤทธิ์

สารกลุ่มนี้กระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้ใช้สารรู้สึกกระตือรือร้น มีกำลังมากขึ้น ตื่นเต้น มีอารมณ์สนุกสนาน รู้สึกว่าตนเองมีกำลังมาก ด้านร่างกายที่ถูกกระตุ้น เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูงขึ้น นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร

อาการขาดสาร

เมื่อขาดสารกลุ่มนี้ อาการแสดงต่าง ๆ ทางร่างกายไม่ค่อยรุนแรงมากนัก อาจมีหงุดหงิด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ที่ทำให้ผู้ที่ขาดสารกลุ่มนี้ฆ่าตัวตายได้

ข. แอมเฟตามิน (amphetamine)

ลักษณะทั่วไป

ในปี ค.ศ. 1887 ได้มีการสังเคราะห์แอมเฟตามินมาใช้ครั้งแรก โดยใช้ในทางการแพทย์ รักษาผู้ป่วยง่วงหลับ (narcolepsy) ผู้ป่วยเด็กที่ไม่อยู่นิ่ง (hyperkinetic child) และใช้เป็นยาลดความอ้วน (diet pill) โดยในสารกลุ่มนี้กระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวอยู่เสมอ จึงได้มีการนำสารนี้มาใช้กันทั่วไป มีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น ยาม้า, ยาบ้า, ยาขยัน, wake-ups, speed, eye-openers, truck driver, หรือ uppers

การออกฤทธิ์

เป็นสารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว มีกำลังตลอดเวลา กระตุ้นให้มีปฏิกิริยาทางเพศได้มากขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ม่านตาขยาย อารมณ์สนุกสนาน และถ้าใช้สารนี้ไปนาน ๆ จะทำให้ผู้ใช้เกิดอาการของจิตเวช คล้ายอาการผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia-like) เช่น มีความคิดหลงผิด โดยเฉพาะหลงผิดแบบหวาดระแวง และมีอาการประสาทหลอนในแบบต่าง

อาการขาดสาร

เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด นอนไม่หลับ อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง อาจถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตายได้ ๆ

4. ประเภททำให้เกิดประสาทหลอน (hallucinogens)

ลักษณะทั่วไป

สารในกลุ่มนี้ ส่วนมากเป็นสารสังเคราะห์ ได้แก่ Lysergic acid diethylamide (LSD), Phencyclidine (PCP) และสารที่อยู่ในพืชบางชนิด เช่น Mescaline เป็นสารที่ได้รับจากน้ำยางของต้นแคคตัส (cactus) และเห็ดบางชนิด โดยที่สารกลุ่มนี้มีผลทำให้การรับรู้สภาพแวดล้อมของบุคคลแปร ปรวน (distort perception) เช่น เกิดอาการประสาทหลอน โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางการเห็น (visual hallucination)

การออกฤทธิ์

ฤทธิ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่วนมากขึ้นอยู่กับปริมาณสารที่นำมาใช้ และสภาพจิตใจของคนนั้น ผลของสารกลุ่มนี้ทางด้านร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้และอาเจียน ม่านตาขยาย ความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจเพิ่มสูงขึ้น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มึนงง และอาการสั่น ส่วนผลของสารนี้ทางด้านจิตใจ ได้แก่ กระตุ้นให้บุคคลตื่นเต้น มีอารมณ์สนุกสนาน ตอบสนองต่อสิ่งเร้าสูง การรับรู้เวลาช้าลง หรือเหมือนตนเองตกอยู่ในสภาวะของความฝัน

อาการขาดสาร

อาการต่าง ๆ ที่เกิดจากฤทธิ์ของสารกลุ่มนี้จะค่อย ๆ ลดลงใน 12 ชั่วโมง และสารกลุ่มนี้จะอยู่ในร่างกายประมาณ 3 ชั่วโมง ส่วนอาการขาดสารหรือ withdrawal phenomena ยังไม่ค่อยชัดเจน นอกจากแสดงอาการประสาทหลอน ในแบบ bad trips และ flashbacks และถ้าใช้สารนี้ไปนาน ๆ จะพบว่ามีความจำเสื่อมลง

5. ประเภทกัญชา (marijuana)

ลักษณะทั่วไป

กัญชาเป็นสารเสพติดที่มีผู้นิยมใช้มากรองจากสุรา สารสำคัญในกัญชา คือ Tetrahydrocannabinol (THC) ที่พบได้ในธรรมชาติจากต้น Cannabis sativa หรือต้นกัญชา (marijuana) ซึ่งมีการปลูกมากในเขตร้อน กัญชาเข้าสู่ร่างกาย โดยการกิน และการสูดดมควัน

ในอดีตมีการนำสาร THC จากต้น Cannabis sativa มาใช้ในทางการแพทย์ เช่น ใช้เป็นยาฆ่าเชื้อ ลดความเจ็บปวด หรืออาจเป็นส่วนผสมในยาตัวอื่น ๆ เช่น ยาแอสไพริน ยากันชัก และยาที่กระตุ้นให้อยากอาหาร ปัจจุบันกัญชาถูกนำมาใช้อย่างผิดกฎหมาย และบุคคลส่วนมากใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดประเภทอื่น เช่น สุรา และโคเคน โดยนำไปใช้เพื่อความตื่นเต้น และกระตุ้นอารมณ์ให้สนุกสนาน

การออกฤทธิ์

ฤทธิ์ของกัญชาคล้ายกับฤทธิ์ของสุรา คือ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกอารมณ์ดี จิตใจร่าเริง เพิ่มความอยากอาหาร ไม่ต้องควบคุมตัวเอง และขาดการรับรู้สภาพแวดล้อมตามจริง แต่ถ้าใช้ปริมาณที่สูงมากขึ้น อาจทำให้มีระบบรับความรู้สึกแปรปรวน การตัดสินใจในเรื่องระยะเวลาและระยะทางผิดพลาด ความสามารถในการจำหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง

อาการขาดสาร

กัญชาเป็นสารเสพติดที่มีผู้นิยมนำมาใช้ เพื่อความสนุกสนานกันมาก เพราะสารนี้ไม่มีอันตรายมาก เหมือนสารเสพติดประเภทเฮโรอีน สารนี้ทำให้เกิดการพึ่งพาทางด้านจิตใจ แต่ไม่ได้เกิดการพึ่งพาทางดานร่างกาย ดังนั้น อาการขาดสารกลุ่มนี้จึงไม่รุ่นแรง อาการที่พบได้ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้-อาเจียน นอนไม่หลับ เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร และท้องเสีย

6. ประเภทสารระเหย (inhalants)

ลักษณะทั่วไป

สารระเหย หมายถึง สารเคมีที่ทำให้เกิดไอหรือละออง ได้แก่ กาวเครื่องบิน ทินเนอร์ผสมสี น้ำยาล้างเล็บ น้ำมันเบนซิน สเปรย์บรรจุกระป๋อง เช่น สเปรย์ฉีดผม สเปรย์ดับกลิ่น สารต่าง ๆ เหล่านี้มีการนำมาสูดดมกันอย่างแพร่หลาย ในกลุ่มวัยรุ่น (16-17 ปี) เพราะราคาถูก และหาได้ง่าย

การออกฤทธิ์

มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และเกิดอาการต่าง ๆ ได้ คล้ายกับฤทธิ์ของพวกสุรา แต่ระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้นกว่า โดยมีฤทธิ์อยู่ประมาณ 5-45 นาที ฤทธิ์ที่เกิด ได้แก่

เคลิบเคลิ้ม รู้สึกเป็นสุข ตื่นเต้น มึนงง เดินโซเซ พูดไม่ชัด และในบางคนอาจแสดงอาการเอะอะอาละวาด มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย

อาการขาดสาร

สารกลุ่มนี้ ไม่ทำให้เกิดอาการขาดสาร แต่สารกลุ่มนี้มีผลต่อสมอง และระบบประสาท รวมถึงมีผลทำให้ไต ตับ และอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายเกิดความเสียหายอย่างถาวรได้ เพราะสารระเหยส่วนมาก มีส่วนประกอบของสารโลหะหนัก จำพวก สารตะกั่ว และไฮโดรคาร์บอน ต่าง ๆ

ลำดับความรุนแรงของสารเสพติด

โดยเรียงลำดับจากสารที่มีฤทธิ์ทำให้ผู้เสพติด ได้สูงจนถึงสารที่มีฤทธิ์เสพติดได้ต่ำที่สุด

Heroin

Morphine

Demerol

Cocaine

Barbiturates

Amphetamines

Alcohol

Minor tranquilizers

"Sleeping pills"

Codeine

Bromides

Nicotine

Marijuana

Caffeine

สูง <----------ความสามารถที่ทำให้ผู้ใช้เสพติด----------> ต่ำ

การรักษา

ก. สถานที่ใช้ในการรักษา

1. รักษาเป็นผู้ป่วยใน (inpatient settings) อาจเป็นสถานที่รักษาผู้ติดสารเสพติดโดยเฉพาะ หรืออาจเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบริการหรือวิธีการรักษาผู้ป่วยคล้ายกัน คือ ระยะแรกรับผู้ป่วยเข้ามา เพื่อถอนพิษยา (Detoxification) ใช้เวลาประมาณ 3-4 วัน และระยะต่อมาส่งผู้ป่วยเข้าโครงการฟื้นฟู (rehabilitation program) ใช้เวลาประมาณ 14-28 วัน

2.รักษาในโรงพยาบาลบางช่วงเวลา (partial hospitalization) สถานที่รักษาเช่นนี้ ส่วนมากเป็นสถานที่บำบัดผู้ติดสารเสพติดโดยเฉพาะ ผู้มาขอรับการรักษา ไม่จำเป็นต้องเข้ามาอยู่ใน

โรงพยาบาลตลอด จะเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลในกรณีจำเป็น อาจเป็น 4-5 ชั่วโมงในหนึ่งวัน หรือ 2-5 วันในหนึ่งสัปดาห์ โดยจัดกลุ่มกิจกรรมให้ผู้ป่วยเข้าร่วม

3. รักษาแบบผู้ป่วยนอก (outpatient programs) เป็นวิธีที่เหมาะสม ในกรณีผู้ป่วยไม่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายที่รุนแรง หรือเฉียบพลัน โดยที่ผู้มาขอรับการรักษาต้องทำสัญญาตกลงในการปฏิบัติตน (behavioral contracting) และนัดให้ผู้ป่วยมาติดต่อการรักษา อาจเป็นการมารับยา มาติดตามผลการรักษา

4. บ้านพักชั่วคราวหรือบ้านกึ่งวิถี (halfway houses) เป็นการจัดให้มีที่พักชั่วคราว ในช่วงที่ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติดแล้ว มีเป้าหมายเพื่อเป็นสถานที่ฟื้นฟูร่างกายและจิตใจในคนที่ไม่มีที่อยู่หรือยังไม่พร้อมในการเข้าสู่สังคม ซึ่งส่วนมากใช้เวลาหลายเดือนจนถึงนานเป็นปี โดยที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง ในการดำเนินชีวิต มีการจัดหางานให้ทำ มีการฝึกอาชีพ หรือจัดให้ได้เรียนหนังสือ

5. ชุมชนบำบัด (therapeutic communities) เป็นสถานที่ฟื้นฟูหลังจากถอนพิษยาแล้ว มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ล้มเหลวการหยุดใช้สารเสพติดอยู่เสมอ ๆ ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีปัญหาทางจิตสังคม หรือมีประวัติกระทำผิดทางกฎหมาย รูปแบบของชุมชนบำบัดคล้ายกับการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการรักษา (milieu therapy) แต่มีกฎเกณฑ์ กติกามาก เพื่อควบคุมให้ทุกคนปฏิบัติร่วมกัน ระยะเวลาที่ใช้ในชุมชนบำบัดประมาณ 6 เดือน ถึง 2 ปี

ข. ขั้นตอนการรักษา

1. ระยะที่ 1 (Acute phase)

ส่วนมากเป็นช่วงเวลาของการถอนพิษ (detoxification) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยบางคนมีอาการของการขาดสารเสพติดรุนแรงมาก และบางคนมีการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วย จึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ในช่วงนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้สารอื่นเข้ามาทดแทนสารที่ขาดไป

ระยะเวลาที่ใช้ในการถอนพิษยาของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ส่วนมากใช้เวลาประมาณ 1-3 วัน ผู้ป่วยอยู่ในสถานบำบัดหรือเป็นผู้ป่วยนอกก็ได้

2. ระยะที่ 2 (rehabilitation phase)

หลังจากที่ภาวะเฉียบพลัน หรือการถอนพิษยาผ่านไปแล้ว จึงเป็นช่วงเวลาของการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ พยาบาลควรต้องให้ความสนใจกับปัญหาทางร่างกายที่มักเป็นปัญหาเรื้อรัง ที่พบได้มากในผู้ใช้สุราและสารเสพติดต่างๆ เช่น การติดเชื้อตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การขาดสารอาหาร และอาการของระบบประสาท เช่น Peripheral neuropathy รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

3. ระยะที่ 3 (after care or continuing care)

มีเป้าหมาย เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดอีก จึงเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคลในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ หรือปัญหาทางสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่ยังต้องใช้ยาทางจิตเวชร่วมด้วย สำหรับกิจกรรมที่จัดให้ในระยะนี้ควรเป็นการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ให้

ผู้ป่วยใช้สารเสพติด การฝึกความกล้าเป็นตัวของตัวเอง การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการหยุดใช้สารเสพติดตลอดไป

กระบวนการพยาบาล

ก. การรวบรวมข้อมูล

/ ชนิดของสารเสพติดที่ผู้ป่วยเคยใช้ และใช้ก่อนที่จะมาขอรับการรักษาในครั้งนี้

/ วิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการนำสารเข้าสู่ร่างกาย เช่น การสูบควัน การดม การกิน หรือการฉีดเข้าเส้นเลือด

/ ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง

/ ระยะเวลา ความถี่ในการใช้สาร และหลังสุดผู้ป่วยใช้สารเสพติดเมื่อไหร่

/ ในสภาพการณ์ใดที่ผู้ป่วยต้องใช้สารเพสติดนั้น ๆ

/ ขณะเมื่อใช้สารเสพติดต่าง ๆ ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์อะไร ที่เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ทางร่างกาย และจิตใจ

ข. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

/ วิธีการที่ใช้ในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด

/ พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับปัญหาที่แท้จริงของตนเอง

/ การได้รับสารอาหารแปรปรวน ส่วนมากขาดสารอาหาร (malnutrition)

/ เสี่ยงกับการติดเชื้อทั้งแบบเฉพาะที่ และติดเชื้อในระบบร่างกายทั่วไป

/ ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเองเหมือนคนไม่มีคุณค่า

/ ขาดความรู้ในการจัดการปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม

/ มีความบกพร่องในการปฏิบัติตนตามบทบาท เช่น การทำงาน การเรียน

/ เสี่ยงกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

/ การรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ แปรปรวน

ค. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

1. เป้าหมายระยะสั้น (short-term objectives)

1.1 ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะถอนพิษสารเสพติด

1.2 ประเมินสภาวะอันอาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือบางกรณีต้องใช้ยาอื่นทดแทนสารเสพติดที่ผู้ป่วยต้องถอนออกไป

1.3 ให้กำลังใจและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัก

2. เป้าหมายในระยะกลาง (intermediate objectives)

2.1 ประเมินอาการต่าง ๆ ที่เกิดในตอนถอนพิษสารเสพติด พร้อมกับกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือและแจ้งผลการรักษาต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการรักษาต่อไป และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติด

3. เป้าหมายในระยะยาว (long-term objectives)

3.1 กระตุ้นผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาและมุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเองที่ต้องใช้สารเสพติด

3.2 ประเมินสภาวะความเครียดและแรงกดดันต่าง ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดอีก

3.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยหรือบอกได้ถึงแรงจูงใจต่าง ๆ ที่ทำให้เขาต้องใช้สารเสพติดพร้อมกับช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ

3.4 มีแรงจูงใจและการร่วมมือในการรักษาต่อไป หลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดอีก

การดูแลด้านอาการทางจิตสำหรับผู้ติดสารเสพติด

- จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี
- ถ้าผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมาก อาจจำเป็นต้องผูกมัด
- ดูแลเรื่องระบบ หายใจ
- ดูแลให้ความสุขสบาย
- ตรวจเยี่ยมประเมินอาการอย่างใกล้ชิด
- ช่วยดูแล เพื่อลดอาการไม่สุขสบาย
- ให้ความเข้าใจในความคิด
- ให้การประคับประคองทางจิตใจ
- ควรกระตุ้นให้ผู้ติดสารเสพติด มีกิจกรรมทำ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช: Dementia and Delirium

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะเพ้อคลั่ง
2. สามารถให้การพยาบาลผู้ที่ภาวะสมองเสื่อมและภาวะเพ้อคลั่งได้อย่างเหมาะสม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

เป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของความจำทั้งระยะสั้น (recent memory) และระยะยาว (remote memory) โดยที่ระดับความรู้สึกตัวยังเป็นปกติ เกิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ ซึ่งทำให้เกิดความบกพร่องในชีวิตประจำวัน การทำงาน และเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลรักษา

สาเหตุส่วนใหญ่ของสมองเสื่อมจะไม่สามารถรักษาได้ เช่น Alzheimer's disease และ vascular dementia แต่ยังมีสาเหตุอีกส่วนหนึ่งที่ยังสามารถรักษาให้หายได้ เช่น hypothyroidism หรือ dementia syndrome of major depression

ระดับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

ระดับเล็กน้อย ระยะแรกจะบกพร่องทางความจำ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปไม่นาน เช่น ลืมชื่อคน ลืมเบอร์โทรศัพท์ ลืมปิดก๊อกน้ำ เตาแก๊ส ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เจ้าระเบียบมากขึ้น หวาดระแวง ทำให้มีความบกพร่องในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การเข้าสังคม และการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง

ระดับปานกลาง มีความพร่องของความจำอย่างมากทั้งความจำทั้งระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งความคิดเชิงนามธรรม การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล เชาว์ ปัญญา การคิดคำนวน การใช้ภาษา การตัดสินใจและการแก้ปัญหา

ระดับรุนแรง จำตนเองและญาติไม่ได้ ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ ไม่สามารถดูแลตนเอง เนื่องจากไม่รู้ว่าต้องทำอย่างไร ลืมกินอาหาร หรือได้แต่นอนอยู่กับเตียง อุจจาระ/ปัสสาวะราด บางรายอาจเดินหลงทางไปจนได้รับอันตราย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

A: ต้องมีความบกพร่องของความจำ และ

B: มีความผิดปกติของการทำงานของสมองในด้านต่างๆเหล่านี้ อย่างน้อย 1 ด้าน

- ไม่สามารถบอกชื่อสิ่งของได้ทั้งที่สามารถพูดได้ปกติ (aphasia)
- ไม่สามารถลงมือทำหัตถการต่างๆได้เมื่อถูกบอกให้ทำ ทั้งที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ (apraxia)
- ไม่สามารถระบุสิ่งของได้ แม้ว่าประสาทสัมผัสต่างๆยังดีอยู่ (agnosia)

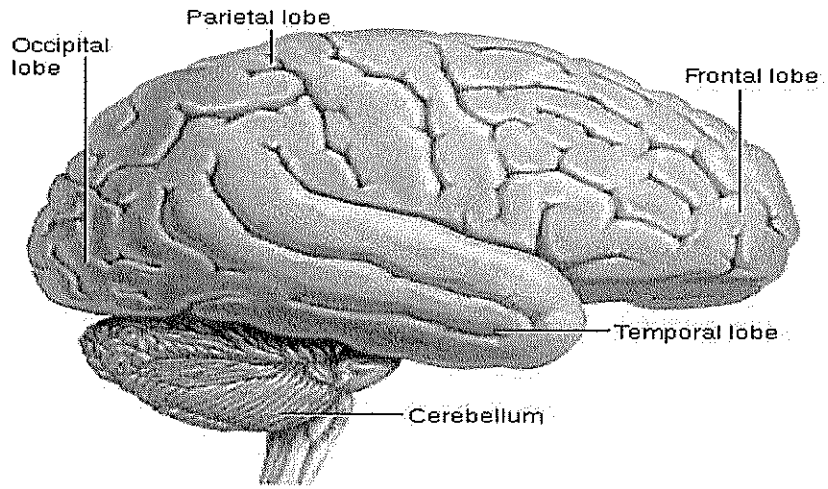
- มีลักษณะความคิดในด้านการตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรม บกพร่องไป (executive function)

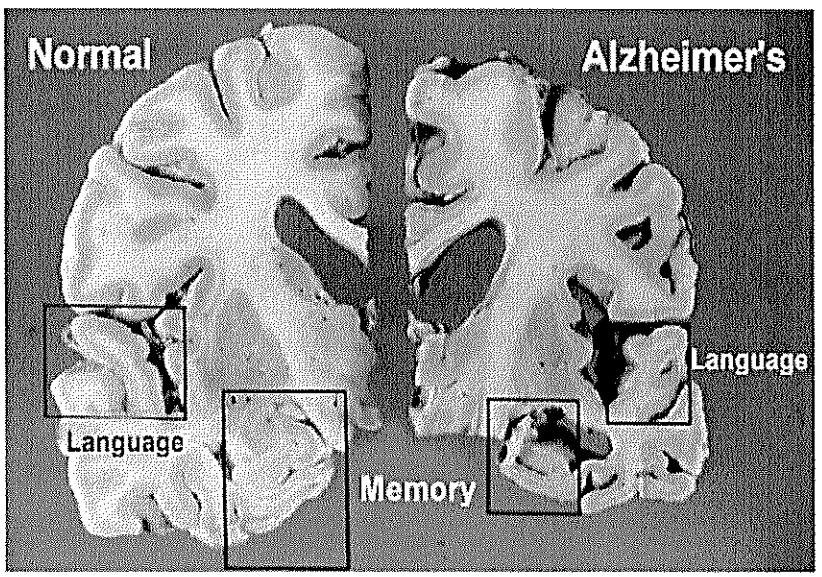
C. ต้องมีการสูญเสียหรือกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคนผู้นั้น

อาการเหล่านี้พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มของอายุ พบร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

สาเหตุ

เกิดจากความผิดปกติของเนื้อสมอง จากการตรวจ CT Brain Scan จะพบการฝ่อ เหี่ยวของเนื้อสมองอย่างชัดเจน โดยเฉพาะ frontal และ temporal lobe





- เป็นผลมาจากพันธุกรรมหรือการเสื่อมสลายของเนื้อสมองตามวัย
- ได้รับสารพิษ ยา บุหรี่ สุรา การขาดออกซิเจน หรือวิตามิน
- โรคทางกายต่างๆ การติดเชื้อ เนื้องอก เส้นเลือดในสมองผิดปกติ

ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคในสมอง จำนวนเนื้อสมองที่ถูกทำลาย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย บางรายอาจเป็นช่วงสั้นๆ แล้วหายเป็นปกติได้ บางรายค่อยๆ ลุกลามไปเรื่อยๆ จนเรื้อรัง ไม่สามารถหายเป็นปกติได้ หรืออาจถึงแก่ชีวิต ชนิดของสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด คือ Alzheimer's disease และ AIDS-Dementia ในผู้ป่วยโรคเอดส์

การพยาบาล

- ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- ส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสื่อมที่จะเพิ่มมากขึ้น โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด
- ให้กำลังใจ ให้เวลากับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

หลักการพยาบาล

- ไม่ควรเปลี่ยนสภาพแวดล้อม สภาพห้องพัก ที่วางเครื่องใช้ต่างๆ
- จัดกิจกรรมฟื้นฟูความทรงจำ เช่น การเข้ากลุ่มฟื้นฟูความทรงจำ (remotivation group)
- จัดหานาฬิกา ปฏิทิน และตารางการจัดโปรแกรมการดำเนินชีวิต
- หลีกเลี่ยงการพยายามให้ผู้ป่วยคิดตัดสินใจ เพราะจะทำให้เครียด
- ควรพูดคุยด้วยคำพูดง่ายๆ ประโยคสั้นๆ

Delirium

เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางกายที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และเป็นระยะสั้นๆโดยมีอาการสำคัญคือ ความผิดปกติของ Consciousness ซึ่งทำให้เกิดภาวะสับสน (Confusional state) และความผิดปกติของ cognitive function โดยรวม ทั้งด้านความจำ สติปัญญา สมาธิและการคิด

อาการทางคลินิค

- Prodrome อาการนำ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ
- Disturbance of consciousness หรือภาวะ clouding of consciousness ซึ่งทำให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป
- Attention deficit จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน
- Disorientation ต่อเวลา สถานที่ และบุคคล
- Sleep-wake disturbance การนอนตรงข้ามกับปกติ

- Perceptual disturbance พบ illusion และประสาทหลอนได้บ่อย โดยมักเป็นภาพมากกว่าเสียง มักออกไปทางหวาดระแวง เนื้อหาสะเปะสะปะ มี visual hallucination เช่น เห็นคนจะมาทำร้าย มี visual illusion เช่น เห็นเชือกเป็นงู มี auditory hallucination เช่น ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง
- Fluctuating course อาการจะขึ้นๆลงๆ มีบางช่วงที่สงบ อาการรุนแรงตอนกลางคืน หรือโพล้เพล้ (Sun downing syndrome) ตอนกลางวันมักจะอาการสงบ
- Memory impairment โดยเฉพาะ Immediate และ recent memory
- Disorganized thinking แสดงออกในรูปแบบของการพูด โดยขาดความต่อเนื่อง (Loose association) สับสนไม่เป็นระบบ ฟังไม่รู้เรื่อง (incoherence)
- Psychomotor abnormality อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ปีนลงจากเตียง ดึงสายน้ำเกลือ เป็นต้น

ผู้ป่วยมักมีอาการในช่วงหัวค่ำหรือกลางคืน นอนไม่หลับ ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ ความเข้าใจเชิงนามธรรมเสียไป โดยอาการต่างๆ จะมีการแสดงออกแบบเฉียบพลัน ลักษณะไม่สม่ำเสมอ หากได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะกลับเป็นปกติได้

ระบาดวิทยา

ประมาณร้อยละ 10-30 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลฝ่ายกายจะมีภาวะ delirium เกิดขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยใน I.C.U.

การรักษา

- รักษาที่สาเหตุ และดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
- ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

- จัดสถานที่ให้สงบ มีแสงสว่างเพียงพอ
- จัดให้ผู้ที่เคยใกล้ชิดหรือคุ้นเคยช่วยดูแล
- การสื่อสารควรใช้ประโยคสั้นๆเข้าใจง่าย
- ควรมีการให้ผู้ป่วยได้รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล อยู่ตลอด เช่น จัดให้มีนาฬิกา ปฏิทิน เป็นต้น

- การใช้ยาควบคุมพฤติกรรม

- เลือกใช้ยาน้อยที่สุดเพื่อป้องกันผลข้างเคียง
- ควรหลีกเลี่ยงยานอนหลับเพราะอาจทำให้เกิดอาการสับสนได้ แต่บางกรณีอาจพิจารณาให้ short acting benzodiazepine เช่น lorazepam ขนาดต่ำๆร่วมกับยาต้านอาการทางจิตได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันสมองได้รับอันตราย

การพยาบาล

- ดูแลเรื่องความปลอดภัย
- รักษาความสมดุลต่างๆ ของร่างกาย สังเกตุการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย
- ค้นหาสาเหตุของอาการ
- ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงรบกวน แสงสว่างเพียงพอ
- ควรบอกให้ผู้ป่วยได้รู้วัน เวลา สถานที่เป็นครั้งคราว
- ในกรณีที่ผู้ป่วยตื่นกลัวมากอาจต้องดูแลให้ยาทางจิตเวชและผูกมัด

บรรณานุกรม

ฉวี ธรรมสุขและคณะ. (2547). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สมภพ เรืองตระกูล. (2547). **ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว.(2545). **การพยาบาลจิตเวช.** พิษณุโลก รัตนสุวสรรณการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Birnkrant, Jonathan. (2007). **Crash Course Psychiatry**. Philadelphia: Elsevier Mosby.