เอกสารประมวลสาระรายวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2

(Mental Health and Psychiatric Nursing II)

อาจารย์ ดร.ศักดา ขำคม

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2556

แผนบริหารการสอนประจำวิชา

1. รายวิชา 619252

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
1-2	บทที่ 1 การจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยาทางจิตเวช - การจำแนกและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช - อาการวิทยาทางจิตเวช - โรคจิตเวชที่พบบ่อย	6	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -อภิปราย -ทดสอบย่อย	อ.ดร.ศักดา
3	บทที่ 2 การสัมภาษณ์และการตรวจประเมินสภาพจิต - การสัมภาษณ์เพื่อซักประวัติผู้ป่วย - การตรวจประเมินสภาพจิต	2	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -แบ่งกลุ่ม ฝึกปฏิบัติและนำเสนอ -รายงานการตรวจประเมินสภาพจิต	อ.ดร.ศักดา
4	บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ - ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก ฆ่าตัวตาย - โรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder) - โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar, Mania)	4	- บรรยายแบบมีส่วนร่วม - วิเคราะห์กรณีศึกษา - อภิปราย	อ.ดร.ศักดา

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน	ผู้สอน
5-6	บทที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (ต่อ) : ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติ - Obsessive Compulsive Disorders - Acute Stress Disorders - Post Traumatic Stress Disorders - Generalized Anxiety Disorders - Adjustment Disorders - Somatoform Disorders	6	- บรรยายแบบมีส่วนร่วม - วิเคราะห์กรณีศึกษา - อภิปราย - ทดสอบย่อย	อ.ดร.ศักดา
7-8	บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ - โรคจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่น - อาการหลงผิด (Delusion) - อาการประสาทหลอน (Hallucination) - อาการหวาดระแวง (Paranoid) - อาการแยกตนเอง (Withdrawal) - ภาวะสมองเสื่อม (dementia) - ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)	6	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -อภิปราย - ศึกษาสถานการณ์จำลอง -วิเคราะห์ภาพยนตร์	อ.รัชดาภรณ์
9.	บทที่ 5 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและบุคลิกภาพ - แบบพึ่งพิง (Dependence) - แบบต่อต้านสังคม(Antisocial) - แบบคาบเส้น (Borderline)	2	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -อภิปราย -ศึกษาสถานการณ์จำลอง	อ.ดร.ศักดา
10	บทที่ 6 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน 1. ความผิดปกติทางเพศ - Sexual function disorders - Gender identity disorders 2. ความผิดปกติด้านการกิน - Anorexia - Bulimia	4	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -ศึกษาสถานการณ์จำลอง -ทดสอบย่อย	อ.ดร.ศักดา

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน	ผู้สอน
11	บทที่ 7 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชจากการสารเสพติด (Substance-related Disorders) - แอลกอฮอล์ (alcohol related disorder) - สารเสพติดอื่นๆ (substance and Drug)	2	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -ศึกษาสถานการณ์จำลอง -Evidence based learning	อ.ดร.ศักดา
12	บทที่ 8 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช - ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) - ภาวะหมกมุ่นกับตนเอง (Autistic Disorders) - ปัญหาพฤติกรรม (Conduct Disorders) - ภาวะอยู่ไม่นิ่งและสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders)	4	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง	อ.ดร.ศักดา
13-14	บทที่ 9 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาต่างๆทางจิตเวช - การบำบัดรักษาด้วยยา - การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า - การบำบัดรักษาทางจิต - การบำบัดทางพฤติกรรม - การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมและกลุ่มบำบัด	6	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -ศึกษาสถานการณ์จำลอง -รายงานกิจกรรมกลุ่มบำบัด -ทดสอบย่อย	อ.ดร.ศักดา
15	บทที่ 10 จิตเวชชุมชนและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน - การดูแลตนเองของผู้ป่วยทางจิต - การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยทางจิต - แนวทางการดูแล/บทบาทของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยทางจิต	2	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -ศึกษาสถานการณ์จำลอง	อ.รัชดาภรณ์

ครั้งที่	หัวข้อ	ชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน	ผู้สอน
16	บทที่ 11 ประเด็นและแนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช - สถานการณ์และประเด็นปัญหาสุขภาพจิต - แนวโน้มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	2	- บรรยายแบบมีส่วนร่วม - Evidence based learning	อ.รัชดาภรณ์
16	บทที่ 12 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต - กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับจิตเวช - พรบ.สุขภาพจิต - บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติตามกฎหมาย/พรบ. สุขภาพจิต	2	-บรรยายแบบมีส่วนร่วม -วิเคราะห์กรณีศึกษา	อ.รัชดาภรณ์
	รวม	**48 ชั่วโมง**		

5. วิธีสอนและกิจกรรม

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

6. สื่อการเรียนการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. คอมพิวเตอร์ เครื่องฉาย LCD
3. วีดีทัศน์ประกอบการบรรยาย
4. งานวิจัย
5. สถานการณ์จำลอง

7. การวัดผลและประเมินผล

ลำดับ	งานที่จะใช้ประเมินผลผู้เรียน	สัปดาห์หรือครั้งที่กำหนด	สัดส่วนของการประเมินผล
1	**สอบ**		**70%**
	- กลางภาค	สัปดาห์ที่ 6	30%
	- ปลายภาค	สัปดาห์ที่ 12	40 %
2	**หลักฐานการเรียนรู้**		**15 %**
	- การตรวจประเมินสภาพจิต	ครั้งที่ 3	5%
	- วิเคราะห์อาการทางจิตจากภาพยนตร์ A Beautiful Mind	ครั้งที่ 7-8	5%
	- รายงานกลุ่มเรื่องการบำบัดทางจิต	ครั้งที่ 13-14	5%
3	**ทดสอบย่อย**		**10%**
	- การจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยา	ครั้งที่ 1-2	2.5%
	- การพยาบาลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติ	ครั้งที่ 6	2.5%
	- การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศและการกิน	ครั้งที่ 10	2.5%
	- บทบาทของพยาบาลในการบำบัดทางจิตเวช	ครั้งที่ 13-14	2.5%
4	**พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน**	ทุกสัปดาห์	**5%**
รวม			**100%**

เกณฑ์การตัดสินผล

- เกณฑ์ได้/ตก ตัดสินแบบอิงเกณฑ์ ผ่านร้อยละ 60
- จากนั้น ตัดเกรด A, B+, B, ..., F ตัดสินแบบกลุ่ม โดยใช้ Standardized T score

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 1

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท
    1) หลักการพิจารณาโรคทางจิตเวช
    2) การจำแนกโรคทางจิตเวช
    3) การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
    4) อาการวิทยาทางจิตเวช
    5) โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยๆ

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
    1) นักศึกษาสามารถบอกหลักในการพิจารณาโรคทางจิตเวชได้ถูกต้อง
    2) นักศึกษาสามารถบอกระบบในการจำแนกโรคทางจิตเวชได้ถูกต้อง
    3) นักศึกษาสามารถบอกแนวทางในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ถูกต้อง
    4) นักศึกษาสามารถบอกอาการวิทยาทางจิตเวชในแต่ละด้านได้ถูกต้อง
    5) นักศึกษาสามารถบอกลักษณะของโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยๆได้ถูกต้อง

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท
    1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
    2) การอภิปราย

4. สื่อการเรียนการสอน
    1) PowerPoint
    2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT E - Learning

5. การวัดผลและการประเมินผล
    1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
    2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
    3) แบบทดสอบย่อย

บทที่ 1
การวินิจฉัย การจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยาทางจิตเวช

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตของไทย ปีพ.ศ. 2551 ได้ระบุความหมายของ "ความผิดปกติทางจิต" ว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุรา หรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

ความหมายของคำว่า "ความผิดปกติทางจิต" ในกฎหมายฉบับนี้นิยามให้หมายถึง ความผิดปกติทางจิตในบางกลุ่มเท่านั้น มิได้หมายถึงความผิดปกติทุกประเภท (Mental Disorder) ที่จัดแบ่งไว้ในการแบ่งแยกของโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกครั้งล่าสุด (International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision 1992 หรือ ICD 10) แต่กลุ่มที่น่าจะอยู่ในความหมายของความผิดปกติทางจิต ความนิยามข้างต้น ได้แก่

1. กลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมอง (Organic symptomatic mental disorder) เช่น กลุ่มสมองเสื่อม (Dementia) และโรคต่างๆ ของสมองที่มีอาการทางจิต
2. กลุ่มความผิดปกติทางจิต ที่เป็นโรคจิตเภทและหลงผิด
3. กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood or affective disorders)
4. กลุ่มปัญญาอ่อน (Mental retardation)
5. กลุ่มความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สุราและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งรวมยาเสพติดทั้งหลายด้วย

ส่วนความผิดปกติทางจิตกลุ่มอื่น ๆ น่าจะไม่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ตามความหมายในพระราชบัญญัตินี้

หลักการพิจารณาโรคทางจิตเวช

โรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชนั้น บางครั้งแยกจากภาวะปกติได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นการเบี่ยงเบนของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอาจพบได้เป็นครั้งคราวในคนปกติทั่วไป ใน DSM-IV ได้ระบุหลักการในการพิจารณาว่าเป็นโรคทางจิตเวชไว้ดังนี้

1. เมื่อมีอาการด้านจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีความสำคัญทางคลินิกและอาการเหล่านี้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในกิจวัตรต่างๆ หรือมีความเสี่ยงสูงที่จะถึงแก่ชีวิต

2. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นสิ่งที่สังคมนั้นๆ ยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ เช่น อาการซึมเศร้าจากการสูญเสียผู้ที่ตนรัก พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมด้านการเมือง ศาสนา หรือด้านเพศ

หรือเป็นจากความขัดแย้งระหว่างบุคคลนั้นๆกับสังคม ไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากปัญหาต่างๆเหล่านี้จะก่อให้เกิดภาวะดังข้อที่หนึ่ง

การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวช มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น โดยการสื่อสารสั้นๆ แทนการบอกเล่าอาการทั้งหมดของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และเป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความผิดปกติต่างๆ การดำเนินโรคและพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

ในการจำแนกโรคทางจิตเวช อาศัยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชซึ่งในปัจจุบันมีด้วยกัน 2 ระบบคือ

1) เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ปี ค.ศ. 1992 เรียกย่อๆว่า ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10^{th} revision)

2) เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ปี ค.ศ.1994 เรียกย่อๆว่า DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR)

โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้จำแนกโรคทางจิตเวช ตาม DSM-IV-TR ไว้ดังนี้

Disorder usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescent

Delirium, Dementia and amnestic and other cognitive disorders

Mental disorder due to general medical condition not elsewhere classified

Substance –related disorders

Schizophrenia and other psychotic disorders

Mood disorders

Anxiety disorders

Somatoform disorders

Factitious disorders

Dissociative disorders

Sexual and gender identity disorders

Eating disorders

Sleep disorders

Impulse-control disorders not elsewhere classified

Adjustment disorders

Personality disorders

Other condition that may be a focus of clinical attention

ส่วนองค์การอนามัยโลก ได้การจำแนกโรคทางจิตเวช ตามระบบ ICD-10 เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

F00 - F09 Organic, including symptomatic, mental disorders

ความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุจากโรค รวมทั้งที่มีอาการทางกาย

F10 - F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use

ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจาการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาท

F20 - F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

จิตเภท พฤติกรรม แบบจิตเภทและความหลงผิด

F30 - F39 Mood [affective] disorders

ความผิดปกติทางอารมณ์

F40 - F49 Neurotic stress-related and somatoform disorders

โรคประสาท อาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด

F50 - F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

กลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย

F60 - F69 Disorders of adult personality and behavior

ความผิดปกติของพฤติกรรมและบุคลิกภาพในผู้ใหญ่

F70 - F79 Mental retardation

ภาวะปัญญาอ่อน

F80 - F89 Disorders of psychological development

ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ

F90 - F98 Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น

F99 Unspecified mental disorder

ความผิดปกติทางจิตใจที่มิได้ระบุรายละเอียด

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชนั้น มีแนวทางหรือหลักสำคัญที่ผู้ตรวจจะต้องเข้าใจหรือทราบถึงข้อมูลเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. อาการสำคัญ ทำไมผู้ป่วยถึงต้องมารับการรักษาในครั้งนี้
2. อาการและอาการแสดง เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กัน
3. การดำเนินโรค เป็นส่วนที่จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นในกรณีที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคที่มีลักษณะอาการคล้ายคลึงกัน
4. การวินิจฉัยแยกอาการของโรค โดยต้องว่าแยกให้ได้ว่าอาการนั้นไม่ได้เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย จากสาร หรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิมอยู่แล้ว เช่น Personality Disorder
5. การวินิจฉัยแยกโรค จากโรคอื่นๆที่มีอาการคล้ายคลึงกัน

อาการของความผิดปกติทางจิตเวช

อาการของความผิดปกติทางจิตเวช แบ่งออกเป็น 7 ด้านใหญ่ๆดังนี้

1. ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Consciousness)
2. ความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (motor behavior)
3. ความผิดปกติของอารมณ์ (emotion)
4. ความผิดปกติของความคิด (thought)
5. ความผิดปกติของการรับรู้ (perception)
6. ความผิดปกติของความจำ (memory)
7. ความผิดปกติของเชาว์ปัญญา (intelligence)

ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (Consciousness)

ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว จะมีผลต่อความสามารถในการเข้าใจ สมาธิ การใส่ใจ ความคิด การรับรู้ต่อสถานการณ์และพฤติกรรมโดยรวมของบุคคล ความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่

-Disorientation ภาวะที่ไม่รับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล

-Clouding of consciousness ภาวะที่ระดับสติสัมปชัญญะลดลง รับรู้สิ่งรอบตัวลดลง

-Distractibility ไม่สามารถคงความใส่ใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน เปลี่ยนความสนใจไปตามการเปลี่ยนปลง

-Delirium ภาวะเพ้อ สับสน งุนงง มักมี Disorientation ร่วมกับอาการกลัวและประสาทหลอน

ความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Motor behavior)

-Psychomotor agitation ความคิดและการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นมากจากความกดดันภายในใจ อยู่เฉยไม่ได้ อาจมีวุ่นวาย ทำลายข้าวของ

- Psychomotor retardation ความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดช้าลงมาก มักอยู่เฉยๆ

- Stereotypy การกระทำหรือพูดซ้ำๆ เหมือนเดิม โดยไม่มีจุดหมาย เช่น โยกตัว เอามือถูศีรษะตลอดเวลา

- Catatonia พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ โดยไม่มีสาเหตุทางกาย เช่น

catatonic excitement วุ่นวาย เคลื่อนไหวมาก

catatonic stupor การเคลื่อนไหวลดลง อยู่นิ่ง ไม่พูด

catatonic posturing อยู่ในท่าแปลกๆนานๆ ไม่เปลี่ยนท่า

-Compulsion การกระทำหรือพฤติกรรมซ้ำๆ โดยไม่อาจหักห้ามใจได้

-Mannerism การเคลื่อนไหวลักษณะแปลกเฉพาะตัว กระทำโดยมีจุดหมาย เช่น เอียงคอผงกหัวถี่ก่อนยกมือไหว้ทุกครั้ง

ความผิดปกติของอารมณ์ (emotion)

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ อารมณ์ที่แสดงออก (affect) และอารมณ์ภายใน (mood)

ในส่วนของอารมณ์ที่แสดงออก (affect) เป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่อยู่ภายในให้บุคคลภายนอกรับรู้ สังเกตเห็นได้ ความผิดปกติที่พบ ได้แก่

1. Range and intensity ขอบเขตและความมากน้อยของอารมณ์ที่แสดงออก

-Restricted affect การแสดงออกของอารมณ์ลดลง

-Blunted affect การแสดงออกของอารมณ์ลดลงมากกว่า Restricted

-Flat affect ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์เลย

2. Stability ความคงอยู่ของอารมณ์

-Labile affect อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาง่าย ควบคุมได้น้อย

3. Appropriateness ความเหมาะสมของอารมณ์ที่แสดงออก

-Appropriate affect แสดงอารมณ์สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูดหรือคิด

-Inappropriate affect แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูดหรือคิด

ในส่วนของอารมณ์ภายใน (Mood) หมายถึงอารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจบุคคลนั้น เป็นภาวะที่คงอยู่นาน ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก ความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ

-Dysphoric mood ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ เศร้า

-Euthymic mood อารมณ์ที่อยู่ในขอบเขตปกติ

-Elevated mood มีความสุข รื่นเริงกว่าปกติ

-Euphoric mood มีความสุข สบายมากเกินจริง

-Irritable mood อารมณ์ขุ่นเคือง หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของอารมณ์ ในแง่อื่นๆ

-Anxiety วิตกกังวล

-Free-floating anxiety วิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุ

-Panic attack วิตกกังวลตื่นตระหนกอย่างรุนแรง

-Apathy หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ

-Anhedonia ไม่สามารถมีความสุขความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ

-Ambivalent มีความรู้สึกสองอย่างที่ตรงกันข้ามต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในขณะเดียวกัน

ความผิดปกติของความคิด (thought)

ความผิดปกติของความคิดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆ ดังนี้

1. ความผิดปกติของกระแสและรูปแบบความคิด (Stream and form of thought) ได้แก่

- Poverty of speech ปริมาณคำพูดมีน้อย ตอบเท่าที่ถาม

- Poverty of content of speech เนื้อหาที่ตอบตรงกับที่ถามน้อย คลุมเครือ ซ้ำไปมา

-Blocking กระแสคำพูดหยุดชะงักก่อนพูดจบ

-Perseveration พูดคำซ้ำหรือพูดเรื่องเดิมเรื่อยๆ

-Loosening of association ขาดความต่อเนื่องของความคิด เปลี่ยนเรื่องไปเรื่อยๆ

-Incoherence ความคิดแต่ละตอนขาดความเชื่อมโยง สับสน

-Flight of idea มีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว พูดมาก พูดเร็ว เปลี่ยนเรื่องเร็ว

-Tangentiality ตอบคำถามเฉียด เกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อย

-Circumstantiality พูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด

-Illogicality แสดงความคิดเห็นไม่เป็นเหตุเป็นผลกัน ไม่ไปด้วยกัน

-Neologisms เป็นคำใหม่ที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นมาเอง หรือเป็นคำเดิมแต่ใช้ในความหมายใหม่ที่ฟังดูแปลก

-Pressured speech พูดเร็วจนผู้อื่นไม่มีโอกาสขัดจังหวะ

2. ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (Content of Thought) ที่พบบ่อย ได้แก่

-Preoccupation มีความคิดจดจ่ออยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งตลอดเวลา

-Overvalue idea ความคิดความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลและอยู่ได้นาน

-Delusion ความคิดความเชื่อผิด

* systematized delusion หลงผิดอยู่เรื่องหนึ่งที่เป็นแกนหลัก

* Fragmented delusion อาการหลงผิดแต่ละเรื่องไม่เกี่ยวข้องกัน

* Bizarre delusion หลงผิดที่มีเนื้อหาแปลก พิลึกพิลั่น

* Mood-congruent delusion เนื้อหาอาการหลงผิดสอดคล้องกับ depress mood หรือ manic mood

* Delusion of reference หลงผิดว่าพฤติกรรมการกระทำของผู้อื่นสื่อถึงตนในแง่ลบ

Dulusion อื่นๆ ดูในเรื่องโรคจิตเภทและความผิดปกติทางความคิด

ความผิดปกติของการรับรู้ (perception)

-Illusion แปลภาพผิด เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู

-Hallucination ประสาทหลอน

* Auditory hallucination ทางหู

* Visual hallucination ทางตา

* Tactile hallucination ทางผิวสัมผัส

* Olfactory hallucination ทางได้กลิ่น

* Gustatory hallucination ทางการรับรส

-Somatic hallucination หลอนของอวัยวะอื่นๆ มักเป็นอวัยวะภายใน

ความผิดปกติของความจำ (memory)

-Amnesia ไม่สามารถระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ อาจบางส่วน หรือทั้งหมด

-Paramnesia มีความจำที่บิดเบือนไป เช่น

* Confabulation เติมเรื่องที่แต่งเองไปในส่วนที่หลงลืมโดยไม่รู้ตัว

* Deja vu เห็นสถานที่ สิ่งที่ไม่เคยพบเห็น แต่เกิดความรู้สึกว่าเคยพบเห็นมาก่อน

* Jamais vu เกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งที่ตนเองประสบ ทั้งๆที่เคยพบมาก่อน

ความผิดปกติของเชาว์ปัญญา (intelligence)

-Mental retardation ภาวะปัญญาอ่อน แบ่งออกเป็นหลายระดับ จะกล่าวละเอียดในความผิดปกติทางจิตในเด็กและวัยรุ่น

-Dementia ความจำและเชาวน์ปัญญาเสื่อมลง เนื่องจากสาเหตุทางกายแต่สติสัมปชัญญะยังปกติ

-Pseudo dementia มีลักษณะอาการเหมือนกับ Dementia แต่ไม่มีสาเหตุทางร่างกาย เช่น เป็นโรคซึมเศร้า

โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย

1. โรคจิตเภท (schizophrenia)

อุบัติการณ์ : พบได้ในประชากรทั่วไป ร้อยละ 0.5-1 อายุที่เริ่มป่วย ช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงกลางคน เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสป่วยเท่าๆกัน ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและการศึกษาน้อย

การวินิจฉัยโรค : (DSM IV-TR) ผู้ป่วยต้องมีอาการ นานอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีช่วง 1 เดือนที่มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการ

-Delusion -Hallucination

-Disorganized speech -Disorganized behavior

-Negative symptom ได้แก่ flat affect เป็นต้น

อาการที่เป็น ส่งผลต่อหน้าที่การทำงาน และ ชีวิตประจำวัน

การดำเนินของโรค

การรักษา

การรักษา : ยารักษาหลัก คือ ยาต้านโรคจิต (Anti-Psychotic drugs) ใช้ระยะเวลาการให้ยา 6 เดือน ในขนาดที่คุมอาการได้ก่อนลดยา

-เป็นครั้งแรกสามารถหยุดยาได้หลังจาก 6 เดือน

-เป็นครั้งที่ 2 ต้องให้ยานาน 3 ปี

-เป็นครั้งที่ 3 ต้องให้ยานาน 5 ปีถึง ตลอดชีวิต

นอกจากรักษาด้วยยาแล้วควรให้การรักษาประคับประคอง ทาง กาย จิต สังคม

นอกจากโรค Schizophrenia แล้ว ภาวะอื่นๆ ในกลุ่มของ psychotic disorder ประกอบด้วย Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder, Delusional disorder, Postpartum psychosis เป็นต้น

2. โรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders)

โรคผิดปกติทางอารมณ์ ที่พบบ่อยๆ ได้แก่

*Depressive disorder

-Major depressive disorder

-Dysthymia

*Bipolar disorder

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ผู้ป่วยมีอารมณ์ตกต่ำ หรือ เบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับมีอาการดังนี้ 4 ข้อ ขึ้นไป ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ได้แก่

-เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลด (มากกว่า 5 % ต่อเดือน)

-การนอนผิดปกติ

-ความคิด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย

-อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

-สมาธิ ความจำเสื่อม

-มีความคิดอยากตาย

-รู้สึกตนเองไร้ค่า

Dysthymia มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย เกือบทุกวันไม่มีช่วงไหนดีขึ้นเลย นานกว่า 2 ปี ถ้าในเด็ก หรือวัยรุ่น ให้เป็น 1 ปี ร่วมกับความผิดปกติดังต่อไปนี้ 2 ข้อ

- เบื่ออาหาร หรือ กินไม่หยุด
- การนอนผิดปกติ
- อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
- ความมั่นใจในตนเองต่ำลง
- คิดช้า ตัดสินใจยาก
- รู้สึกหมดหวังในชีวิต

การรักษา ให้ยาต้านซึมเศร้าได้แก่

TCA: Amitriptyline Nortriptyline Imipramine Clomipramine

SSRI: Fluoxetine Sertraline Paroxetine Escitalopram Fluvoxamine

SNRI or atypical group: Mirtazapine Venlafaxine เป็นต้น

การใช้ยาเริ่มเห็นผลใน 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นควรให้ยาต่อเนื่องไปอย่างน้อย 9 เดือน ก่อนลดยา ต้องให้การรักษาประคับประคอง วิกฤตในชีวิตผู้ป่วยเป็นระยะ ถ้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง ต้องรับไว้รักษาในรพ

บุคคลที่ได้รับการรักษาบางอย่างอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าเช่น Steroid, Antipsychotic drug, Antihypertensive (Propranolol) และผู้ที่รักษาด้วย Chemotherapy,

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

ต้องมีอย่างน้อยหนึ่งขั้วที่เรียกว่า Mania ซึ่งมีลักษณะอารมณ์ครึกครื้น อย่างเต็มที่ หรืออารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ ร่วมกับอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ หรือ 4 ข้อ ถ้าเป็นอารมณ์หงุดหงิด นานเป็นเวลา 1 สัปดาห์

-รู้สึกว่าตนเองเก่ง หรือมีความสำคัญมาก

-ต้องการนอนลดลง

-พูดมาก หรือพูดไม่หยุด

-ความคิดพรั่งพรู แล่นเร็ว

-วอกแวก สนใจไปทุกสิ่งทุกอย่าง

-มีพลัง มีกิจกรรม โครงการต่างๆ มากมาย

-หุนหันพลันแล่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย คุมการกระทำไม่ได้ทำให้เกิดผลเสียกับตนเอง

สาเหตุ

-Monoamine system: Serotonin Norepinephrine & Dopamine

-ลูกของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ มีโอกาสเกิดโรคนี้ มากกว่าคนทั่วไป ประมาณ 8 เท่า

-สารเสพติดAmphetamine Nicotine Caffeine และ Alcohol เป็นต้น

-โรคทางกาย Hyperthyroid Trauma เป็นต้น

-ยาบางชนิดเช่น Steroid

-ความกดดัน และ ความเครียดในจิตใจ

การรักษา จะให้ยาควบคุมอารมณ์ (Stabilizer Drug) เช่น Lithium

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับวิตกกังวล (Anxiety disorders)

ความผิดปกติเกี่ยวกับวิตกกังวลที่พบบ่อยๆ เช่น Generalized anxiety disorder, Phobic disorder, Panic disorder, Post-traumatic stress disorder, Obsessive compulsive disorder ซึ่งจะสรุปย่อๆเกี่ยวกับแต่ละโรคดังนี้

โรคกังวลไปทั่ว (Generalized anxiety disorder)

สมัยก่อน เรียกโรคประสาท หรือ โรคหัวใจอ่อน พบประมาณร้อยละ 3-5 ของประชากรทั่วไป หญิง มากกว่า ชาย 2:1 มักไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากไป พบแพทย์ด้วยเรื่องอาการทางกาย เช่น ใจสั่น ซึ่งผลการตรวจมักปกติ

มีความวิตกกังวลใจอย่างมาก ยากแก่การควบคุม เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน ในหลาย ๆ เหตุการณ์ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป

-กระสับกระส่าย หรือ รู้สึกเหมือนอาจเกิดเรื่องได้ตลอดเวลา

-มีปัญหาการนอน (นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือกระสับกระส่ายหลับไม่ดี)

-อ่อนเพลียง่าย

-กล้ามเนื้อตึงตัว

-ตั้งสมาธิยาก หรือใจลอย

-หงุดหงิด

สาเหตุ มีทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม สารสื่อประสาท พฤติกรรมการเรียนรู้ ความกดดันและวิธีการแก้ปัญหาในชีวิต (coping mechanism)

การรักษา ใช้ยากลุ่ม Tricyclic เช่น Amitriptyline Nortriptyline หรือ ยากลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine ร่วมกับยากลุ่ม Benzodiazepine เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่สามารถลดยาจนหยุดได้หลังอาการดีขึ้น อาจใช้การฝึกการผ่อนคลาย ทำสมาธิ หรือจิตบำบัด หรือพฤติกรรมบำบัดร่วมด้วย

ความผิดปกติเกี่ยวกับความกลัว(Phobic disorder) ที่พบบ่อยได้แก่ การกลัวเฉพาะบางสิ่งบางอย่าง (Specific stimuli) เช่น กลัวสังคม กลัวสัตว์ กลัวสถานการณ์บางอย่าง กลัวที่สูง เป็นต้น มีอาการตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาการดังกล่าวส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

Specific phobia : การถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากในขณะที่เผชิญกับวัตถุหรือสถานการณ์เฉพาะอย่างที่กลัว (specific feared object or situation)

บุคคลนั้นมักมีการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนกลัว เป็นภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง และเป็นที่สองในผู้ชาย

Social phobia : การถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ทางสังคม หรือสถานการณ์ที่ใช้ความสามารถ

Panic disorder มีอาการกลับเป็นซ้ำของ Panic โดยคาดไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไหร่ มีความวิตกกังวลอย่างมาก สูญเสียการควบคุมตนเอง มี heart attack และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป มีอาการตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากสารหรือการเจ็บป่วยทางกาย

Post-traumatic stress disorder วิตกกังวลหลังเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ภาวะสงคราม ภัยพิบัติต่างๆ อุบัติเหตุร้ายแรง การถูกทำร้ายร่างกายหรือข่มขืน แล้วทำให้เกิดกลัว คิดถึงเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำๆ มีอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย มีอาการ มากกว่า 4 สัปดาห์ ถ้าน้อยกว่าจะเป็น Acute stress disorder

โรคย้ำคิดย้ำทำ Obsessive compulsive disorder มีอาการคิดและทำซ้ำๆ ที่มากเกินควรหรือไร้เหตุผล มีอาการนานกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน การงานและสัมพันธภาพกับผู้อื่น

บทสรุป

ความผิดปกติทางจิตเวชส่วนใหญ่ได้มาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติที่ใกล้ชิด เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการแสดงออก บุคลิกภาพ หรือปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักหลักการพิจารณาโรคทางจิตเวช การจำแนกโรคทางจิตเวช การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช อาการวิทยาทางจิตเวช และโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยๆ จะช่วยให้พยาบาลว่าอาการแต่ละอย่างมีความหมายและบ่งถึงความผิดปกติในจิตใจอย่างไร เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย สามารถวินิจฉัยเบื้องต้นถึงความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ป่วยและวางแผนในการดูแลช่วยเหลือหรือให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

คำถามทบทวน

1. หลักการในการพิจารณาโรคทางจิตเวชประกอบด้วยอะไร
2. ระบบในการจำแนกโรคทางจิตเวชที่ใช้ในปัจจุบันมีกี่ระบบ อะไรบ้าง
3. หลักหรือแนวทางในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช จำเป็นต้องเข้าใจหรือทราบข้อมูลอะไรบ้าง
4. อาการวิทยาหรือความผิดปกติทางจิตเวช มีทั้งหมดกี่ด้าน อะไรบ้าง
5. จงบอกลักษณะหรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยๆ มา 1 โรค

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552) จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

2. American Psychiatric Assocication. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington,DC : American Psychiatric Assocication.

3. World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder. Geneva : World Health Organization.

แบบทดสอบย่อย

คำชี้แจง : ให้นักศึกษาจับคู่ระหว่างหัวข้อ A และ B ที่มีความสัมพันธ์ในเรื่องของการจำแนกโรคทางจิตเวชและอาการวิทยาทางจิตเวช โดยนำตัวอักษรในคอลัมน์ B มาเขียนหน้าหัวข้อในคอลัมน์ A ให้ถูกต้อง โดยคำถาม 1 ข้อ สามารถตอบได้ 1 คำตอบ

A	B
.....1. การจำแนกโรคทางจิตเวช ICD-10	ก. flat affect
.....2. เนื้อหาความคิด (Content of thought)	ข. Stereotypy
.....3. กระแสความคิด (Stream of thought)	ค. Schizophrenia
.....4. Dysthymia	ง. คิดเร็วและเปลี่ยนเรื่องบ่อย (Flight of Ideas)
.....5. Panic disorder	จ. พบ 3-5 % ของประชากรทั่วไป หญิง > ชาย 2:1
.....6. Obsessive compulsive disorder	ฉ. คิดหมกมุ่นเรื่องเดิมๆ (Preoccupation)
.....7. การแปลสิ่งเร้าผิด (Illusion)	ช. คิดว่าตนเองมีอำนาจพิเศษกว่าคนอื่น
.....8. ประสาทหลอน (Hallucination)	ซ. Extreme anxiety
.....9. หลงผิด (Delusion)	ฌ. Ego Syntonic or Dystonic
.....10. Jamais vu	ญ. ซึมเศร้า เบื่อหน่าย เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี
.....11. Deja vu	ฎ. รู้สึกเหมือนมีมดไต่ที่แขนขา โดยที่ไม่มีมดจริง
.....12. Inappropriate affect	ฏ. รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งที่ตนเองเคยพบมาก่อน
.....13. เชาว์ปัญญา (intelligence) ผิดปกติ	ฐ. Disorientation
.....14. Dysphoric mood	ฑ. specific feared object or situation
.....15. Generalized anxiety disorder	ฒ. เห็นเชือกเป็นงู
.....16. Negative symptom	ด. Mental Retardation
.....17. สติสัมปชัญญะ (Consciousness)ผิดปกติ	ต. รู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ เศร้า
.....18. ผิดปกติของ Motor Behavior	ถ. รหัส F00-F99
.....19. Phobic disorder (Specific phobia)	ท. แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเนื้อหา
.....20. โรคจิตเวชที่พบบ่อย	ธ. เห็นสถานที่ สิ่งที่ไม่เคยพบเห็น แต่เกิดความรู้สึกว่าเคยพบเห็นมาก่อน

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 2

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท
    1) การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวช
    2) การตรวจประเมินสภาพจิต
    3) แนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิต

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
    1) นักศึกษาสามารถบอกจุดมุ่งหมายสำคัญในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
    2) นักศึกษาสามารถบอกประเด็นต่างๆในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
    3) นักศึกษาสามารถบอกแนวทางในเริ่มสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้อง
    4) นักศึกษาสามารถบอกวิธีการตรวจประเมินสภาพจิตผู้ป่วยในแต่ละประเด็นได้ถูกต้อง
    5) นักศึกษาสามารถบอกแนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิตได้ถูกต้อง

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 2
การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต

การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยในการตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยทางจิตเวช การสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชมีหลักการทั่วไปเหมือนกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ แต่มีข้อแตกต่างในรายละเอียดอยู่บ้าง เช่น ควรสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพราะตัวผู้ป่วยเองอาจจะไม่สามารถให้ข้อมูลทั้งหมดได้เนื่องจากมีอาการโรคจิตหรือไม่สามารถมองเห็นพฤติกรรมของตนเองและผลกระทบต่อคนอื่นๆได้ดีเท่ากับบุคคลรอบๆตัวผู้ป่วยมองเห็น

การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิตจำเป็นต้องอาศัยการสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมากหรือไม่ให้ความร่วมมือ เช่น มีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย ท่าทางตื่นตกใจ หรือมีการแสดงอาการโต้ตอบกับประสาทหลอน ซึ่งจะช่วยบอกหรือประเมินความผิดปกติของผู้ป่วยได้มาก

การสัมภาษณ์ประวัติ

การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันทั้งในแง่ของปัญหา ความต้องการ และแนวทางการแก้ปัญหาในเบื้องต้น(การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ) ตลอดจนประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูล นำมาใช้ในการวินิจฉัยวางแผนรักษาและให้การพยาบาล ที่ครอบคลุม Bio-Psycho-Social โดยทีมสหวิชาชีพ

จุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ประวัติ

ในการสัมภาษณ์ประวัติที่ดีนั้น ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีจุดมุ่งหมายสำคัญในการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ทำความเข้าใจและหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2. สังเกตอาการและอาการแสดงในด้านต่างๆของผู้ป่วย ระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจอารมณ์ ความคิด และสภาพจิตด้านต่างๆของผู้ป่วย

3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจในตัวผู้สัมภาษณ์ รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ อยากช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยยินดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิตและการดำเนินการรักษาในขั้นตอนต่อๆไป

การเริ่มต้นการสัมภาษณ์

ในการเริ่มต้นการสัมภาษณ์นั้น ผู้สัมภาษณ์ควรดำเนินการดังนี้

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

ประเด็นในการสัมภาษณ์ประวัติ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief Complaint: CC)

อาการสำคัญ 2 – 3 อาการ + ระยะเวลาที่นำมาโรงพยาบาล

ตัวอย่าง : หูแว่ว หวาดกลัว พกอาวุธขู่ทำร้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present Illness: PI)

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

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

กรณีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ระบุระยะเวลา อาการที่เป็นและแนวทางการรักษา การดูแลตนเองโดยสรุปตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน การเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นอย่างไร สังเกตอาการและดูแลแก้ปัญหาด้านสุขภาพอย่างไรเมื่ออยู่ที่บ้าน มีเงื่อนไขหรือข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพอย่างไร คิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เมื่อรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้นดูแลรักษาอย่างไรมาก่อนหรือไม่ เพราะเหตุใด และอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness)

การเจ็บป่วยทางฝ่ายจิตและทางฝ่ายกายที่อาจมีสาเหตุมาจากจิตใจ เช่น หอบหืด ปวดศีรษะ แผลในกระเพาะอาหาร นอนไม่หลับ ลมชัก ระบุว่าเคยมีอาการอย่างไรก่อนเข้าโรงพยาบาล ได้รับยาหรือพบแพทย์สม่ำเสมอหรือไม่ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยครั้งนี้เคยเจ็บป่วย ได้รับอุบัติเหตุหรือการถูกกระทบกระเทือนทางสมองหรือไม่ รักษาอย่างไร รวมถึงการผ่าตัด การแพ้ยา แพ้อาหาร

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 อุปนิสัย ใจร้อน โผงผาง โกรธง่ายหายเร็ว สุขภาพ แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว บิดาเป็นหัวหน้าครอบครัวดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวดี มีพูดบ่นบ้างเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ผู้ป่วยสนิทสนมกับบิดามาก

ประวัติส่วนบุคคล

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 ทัศนคติต่อครูและการเรียน ผลการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมผิดปกติเช่น การกัดเล็บ ดูดนิ้ว ปัสสาวะรดที่นอน เกเร หนีเรียน รังแกสัตว์ เป็นต้น
- วัยเด็กตอนปลาย-วัยรุ่น (11ปี-19ปี) บุคลิกภาพ ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบตัว การเรียน พฤติกรรมที่ส่อถึงปัญหา อุปนิสัย การใช้ยาและสารเสพติด การคบเพื่อน การคบเพื่อนต่างเพศ
- วัยผู้ใหญ่ (20 ปีขึ้นไป) อุปนิสัย การเรียน เกณฑ์ทหาร การทำงาน การเปลี่ยนงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน การแต่งงาน ชีวิตสมรส

ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

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

การตรวจประเมินสภาพจิต (Mental Status Examination)

การตรวจสภาพการทำงานของจิตใจของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติทางจิต เปรียบได้กับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติทางกาย แล้วนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของโรค จิตใจนั้นเป็นนามธรรมจึงไม่สามารถตรวจได้จากการ ดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจทางจิตเป็นการอนุมานจากการสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ประเมินต้องใช้เทคนิคการสัมภาษณ์และทักษะในการสังเกต ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นผลมาจากสิ่งที่อยู่ในจิตใจ แล้วนำมาแปลความหมายและตัดสินว่าอาการเหล่านั้นผิดปกติหรือไม่ 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) เชาว์ปัญญา (Intellectual function) การพิจารณาการตัดสินใจ (Judgment) และการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วย (Insight) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะที่ปรากฏ (General Appearance)

1.1 รูปร่างลักษณะทั่วไป และสภาพความสมบูรณ์ทางร่างกาย

ประเมินโครงสร้างทางร่างกายจากน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณค่า BMI พร้อมแปลความหมายความเหมาะสมของร่างกายกับอายุ

1.2 การแต่งกาย

ลักษณะการแต่งกายของผู้ป่วยเป็นเช่นไร เช่น เรียบร้อยเหมาะสม เสื้อผ้าสกปรกหรือมีกลิ่น แต่งกายยั่วยวนนุ่งห่มน้อย หรือแต่งกายประหลาด สีฉูดฉาด นำเข็มขัดมาคาดศีรษะ เป็นต้น

1.3 การเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวอย่างไร เช่น ไม่เคลื่อนไหว กระวนกระวาย มีพฤติกรรมซ้ำๆ รวมถึงประเมินการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวด้วย

1.4 การแสดงสีหน้า

การประเมินการแสดงออกทางสีหน้าจะช่วยบ่งบอกอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นได้ เช่น สีหน้ากังวล เศร้า เรียบเฉย เครียด อึดอัด ร่าเริง เป็นต้น

1.5 ปฏิกิริยาขณะสัมภาษณ์

ลักษณะท่าทางของผู้ป่วยจะช่วยบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีท่าทีต่อผู้สัมภาษณ์อย่างไร เช่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีจะมีท่าทีที่ผ่อนคลาย ตรงกันข้ามกับบางรายที่นั่งเกร็ง กอดอก บางรายไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามสั้นๆ บางรายมีท่าทางยั่วยวนหรือกรุ้มกริ่มกับผู้สัมภาษณ์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้สามารถสะท้อนถึงความเป็นตัวตน และสัมพันธภาพระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ป่วยได้

2. ระดับความรู้สึก (consciousness)

ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยขณะทำการประเมินสภาพจิต ได้แก่ รู้สึกตัวดี สับสน ไม่ค่อยรับรู้สิ่งแวดล้อม หรือไม่รู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวจะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ทราบความสามารถของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการทำการประเมินสภาพจิต กับการแปลผลการประเมินสภาพจิตในแต่ละด้านได้

3. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)

วัน เวลา : ควรถามถึงเวลาว่าขณะนี้เป็นเวลาเท่าไร รวมทั้ง วัน เดือน ปี ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานผู้ป่วยอาจลืมวันที่ เดือน หรือปีพ.ศ.ไป ผู้สัมภาษณ์อาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อน แล้วจึงกลับมาประเมินใหม่ในช่วงท้าย

สถานที่ : โดยถามชื่อโรงพยาบาล หอผู้ป่วย หรือตำแหน่งของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอยู่ขณะนั้น

บุคคล : โดยถามชื่อและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลนั้นที่กล่าวถึงอาจเป็นบุคคลที่อยู่ในบริเวณนั้นที่ผู้ป่วยรู้จัก หรือเป็นคนในครอบครัวที่ผู้สัมภาษณ์สามารถตรวจสอบสถานะบุคคลนั้นๆ ได้ รวมทั้งถามชื่อผู้ป่วย และสถานะของตนเอง หากผู้ป่วยไม่ทราบแม้กระทั่งว่าตนเองเป็นใคร ถือว่าเป็นกรณีที่อาการรุนแรงมาก

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

4. ความคิด (Thinking)

4.1 กระแสความคิด (Stream of thought)

ประเมินจากความต่อเนื่องและความสัมพันธ์กัน (association) ระหว่างเรื่องที่พูด เช่น น้ำเสียง ความดัง ค่อย พูดเยอะหรือน้อย

4.2 เนื้อหาความคิด (Content of thought)

ประเมินเนื้อหาความคิดของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ผู้สัมภาษณ์ควรตรวจทานว่าความคิดนั้นถูกต้อง มีเหตุผล และเหมาะสมหรือไม่ และแยกแยะให้ถูกต้องระหว่างความผิดปกติทางความคิดกับการรับรู้

4.3 ความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking)

4.3.1 ความสามารถในการบอกความเหมือนกัน (Similarity)

เป็นการวัดความสามารถในการให้เหตุผลเชิงนามธรรม เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถเห็นความเหมือนของสองสิ่งในกลุ่มเดียวกันได้หรือไม่ คนที่มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยจะตอบได้ 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” คนที่มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยจะตอบได้ 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 โดยให้ผู้ป่วยจำของสามสิ่งที่พูดทวนไป แล้วให้กลับมาบอกอีกครั้งเมื่อเวลาผ่านไป 5 นาที หรือการให้ผู้ป่วยบอกเล่าในสิ่งที่เพิ่งผ่านมาไม่นาน เช่น เมื่อเช้าทานข้าวกับอะไร

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) ความผิดปกติของการพูด และกระแสคำพูด (Stream of talk)

7. อารมณ์ (Emotional)

ประเมินการแสดงออกของภาวะของอารมณ์ในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร อาจใช้คำถามว่า "คุณรู้สึกอย่างไร" พร้อมประเมินความสอดคล้องของอารมณ์โดยพิจารณาจากอารมณ์ที่สังเกตได้กับการแสดงออกว่า เหมาะสม (Appropriateness) หรือไม่เหมาะสม (Inappropriate)

8. การรับรู้สิ่งเร้า (Perception)

การถามอาการของการรับรู้ที่ผิดปกติ สามารถถามผู้ป่วยได้โดยตรง เช่น "ขณะนั่งคุยกับพยาบาลคุณได้ยินเสียงอื่นๆ เช่นเสียงคนพูดโดยไม่เห็นตัวหรือไม่" หรือสังเกตจากพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูดพึมพำคนเดียว การรับรู้ที่ผิดปกติมี 2 ประเภท ได้แก่

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

8.2 การแปลการรับสัมผัสผิด (Illusion) การแปลความหมายของประสาทการรับรู้ทางหู ตา จมูก ลิ้น กาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ ผิดไป 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 หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ในแต่ละ

หลักให้ทดสอบซ้ำด้วยเลขชุดใหม่ 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 โดยไม่ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดแม้แต่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังลบเลข เราสามารถสังเกตสมาธิและความตั้งใจของผู้ป่วยได้ ว่ามีการใช้เวลาคิดนาน มีการลังเลในการตอบ หากผู้ป่วยไม่สามารถคิด 100 – 7 ได้ สามารถใช้ 20 – 3 แทนได้ หากยังทำไม่ได้ให้พูดชื่อวันในสัปดาห์ย้อนหลัง หรือพูดชื่อเดือนใน 1 ปีย้อนหลังแทน

10. เชาวน์ปัญญา (Intellectual function)

ประเมินเชาวน์ปัญญาอย่างง่ายโดยการถามความรู้ทั่วไปที่คาดว่าบุคคลควรรู้จัก เช่น ธงชาติไทยมีกี่สี ได้แก่สีใดบ้าง วันสงกรานต์ตรงกับวันที่เท่าไร พระมหากษัตริย์ของประเทศไทยคือใคร หรือพระอาทิตย์ขึ้นทางทิศไหน เป็นต้น หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้จริงอาจแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ต้องดูแลรักษาต่อไป

11. การตัดสินใจ (Judgment)

เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการวางแผน การกำหนดเป้าหมาย และการกระทำที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยใช้การพิจารณาตัดสินใจจากสถานการณ์ตัวอย่าง ผู้สัมภาษณ์จะเล่าสถานการณ์สมมติแล้วให้ผู้ป่วยตอบว่าจะทำอย่างไร หลังจากนั้นจึงประเมินว่าคำตอบที่ได้นั้นเหมาะสมหรือไม่ ทั้งนี้ควรประเมินจากวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและสถานะของผู้ป่วยด้วย

<u>คำถามที่ 1</u> จะทำอย่างไรถ้าคุณเดินไปพบจดหมายที่จ่าหน้าซองครบ ติดแสตมป์เรียบร้อย ตกอยู่ที่ถนน

<u>การประเมิน</u>

เหมาะสม : หากผู้ป่วยทราบว่าควรจะส่งให้ถึงมือผู้รับโดยวิธีที่เหมาะสม เช่น

"หย่อนตู้ไปรษณีย์ที่อยู่ใกล้ๆ"หรือ"เอาไปส่งที่ทำการไปรษณีย์ที่อยู่ใกล้"

ปานกลาง : หากผู้ป่วยเห็นควรว่าให้คนอื่นเข้ามารับจดหมายนั้นต่อไปมากกว่าตนเอง เช่น

"ส่งให้ตำรวจ"หรือ"ส่งแผนกจดหมายที่หาผู้รับไม่ได้"

ไม่เหมาะสม : หากผู้ป่วยไม่ทราบจะทำอย่างไรหรือถือวิสาสะในจดหมายนั้น เช่น

"ทิ้งไว้เฉยๆ"หรือ"เปิดดู"

<u>คำถามที่ 2</u> จะทำอย่างไรถ้าคุณนั่งดูภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์และเห็นกลุ่มควันไฟเป็นคนแรก

<u>การประเมิน</u>

เหมาะสม : หากผู้ป่วยแจ้งให้ผู้มีอำนาจในการจัดการของโรงภาพยนตร์นั้นๆ ทราบ เช่น "บอกพนักงานในโรงภาพยนตร์"หรือ"ไปบอกผู้จัดการโรงภาพยนตร์"

ปานกลาง : หากผู้ป่วยแสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์หรือจัดการด้วยตนเอง เช่น "ไปดึงสัญญาณไฟไหม้"หรือ"ไปดับไฟ"หรือ"โทรเรียกพนักงานดับเพลิง"

ไม่เหมาะสม : หากผู้ป่วยไม่ทำอะไร หรือกระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดการตื่นตกใจอย่างมากต่อฝูงชน เช่น "ตะโกนดังๆ ให้คนรู้ว่าไฟไหม้"หรือ"วิ่งหนี"

12. การหยั่งรู้ (Insight)

เป็นการรู้ตัวและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง แบ่งเป็น 6 ระดับดังนี้

1. ปฏิเสธความเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง (no insight)
2. ทราบว่าป่วย ต้องการความช่วยเหลือ แต่ส่วนหนึ่งก็ปฏิเสธความเจ็บป่วยในขณะเดียวกัน
3. ทราบว่าป่วย แต่โทษว่าเกิดจากผู้อื่น ปัจจัยภายนอก หรือโรคทางกาย
4. ทราบว่าป่วย แต่ไม่ทราบว่าเกิดจากอะไร
5. ยอมรับว่าตนเองป่วย เข้าใจถึงปัญหาและความผิดปกติ แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (intellectual insight)
6. ยอมรับอย่างแท้จริงว่าตนเองป่วย เข้าใจถึงปัญหาและความผิดปกติ มีความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น (true emotional insight)

ผู้สัมภาษณ์ควรประเมินการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามหัวข้อในเอกสารบันทึกการประเมินสภาพจิตให้ครบทุกหัวข้อ แล้วจึงนำมาสรุปว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินนั้นมีการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วยอยู่ระดับใดใน 6 ระดับนี้ และควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

แนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิต

ในการสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต ผู้สัมภาษณ์ควรปฏิบัติตามแนวทางดังต่อไปนี้

1. ให้ความสนใจในความรู้สึกและความสะดวกสบายของผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ ควรสัมภาษณ์ในที่ที่เป็นสัดส่วน ไม่มีสิ่งรบกวน และมีความเป็นส่วนตัว ผู้ถูกสัมภาษณ์ผู้ในท่าที่สะดวกสบายพอสมควร และควรนั่งอยู่ในระดับเดียวกับกับผู้สัมภาษณ์ ถ้าเป็นไปได้ควรแยกสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติคนละครั้ง ไม่ควรสัมภาษณ์พร้อมกัน

2. ทักษะพื้นฐาน ที่ผู้สัมภาษณ์ควรปฏิบัติ มีดังนี้

1) ไม่ควรตั้งคำถาม 2 เรื่องในเวลาเดียวกัน เช่น คุณมีความคิดแปลกๆหรือได้ยินเสียงแว่วบ้างหรือเปล่า

2) ใช้คำถามปลายเปิดมากกว่าคำถามปลายปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไร” มากกว่าจะถามว่า “คุณเสียใจไหม”

3) ไม่ตั้งคำถามเชิงปฏิเสธ เช่น “คุณไม่เคยมีเสียงแว่วเลยใช่ไหมครับ”

4) หลีกเลี่ยงการแสดงความคิดเห็นตัดสินการกระทำของผู้ป่วยว่า ถูก ผิด ดี ไม่ดี

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

6) สอบถามทำความเข้าใจให้กระจ่าง อย่านึกเดาเรื่องราวหรือตีความหมายของเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าเอาเองในใจโดยไม่เข้าใจชัดเจน เช่น “ที่พูดอย่างนั้นหมายความว่าอย่างไรคะ” “ช่วยยกตัวอย่างสักเรื่องได้ไหมครับ”

3. ผู้สัมภาษณ์ควรทำตัวสบายๆ เป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องระมัดระวังตัวหรือเกร็งมากเกินไป ถ้าผู้ป่วยเล่าเรื่องตลกก็หัวเราะได้ แต่ไม่ใช่หัวเราะขบขันในตัวผู้ป่วย พูดตามจังหวะและวิธีการพูดของตนเอง ไม่ต้องพยายามเลียนแบบคนอื่น ทำให้ไม่เป็นธรรมชาติ

4. ผู้สัมภาษณ์ควรให้โอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงหรือเล่าถึงอารมณ์ความรู้สึกและปัญหาของตนเอง โดยพูดสะท้อนความรู้สึกและแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เช่น “พอพูดถึงเรื่องนี้เห็นคุณมีน้ำตาคลอ คงเป็นเป็นเรื่องที่ทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจมาก พอจะเล่าให้ผมฟังหน่อยได้ไหม”

5. พึงระลึกอยู่เสมอว่า ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยเองจะมีความวิตกกังวลและรู้สึกกลัวมากกว่าผู้สัมภาษณ์ ไม่ควรกลัวหรือกังวลว่าจะทำได้ไม่ดี ควรมุ่งความสนใจของตนไปยังผู้ป่วย จะช่วยให้ผ่อนคลายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น

6. การพูดแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความรู้สึกของผู้ป่วยจะช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้สัมภาษณ์ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะแสดงความรู้สึกหรือเปิดเผยตนเองมากขึ้น เช่น “เรื่องนี้คงทำให้คุณรู้สึกเสียใจมาก”

7. อย่าลังเลใจที่จะถามเรื่องที่เห็นว่าสำคัญและจำเป็นเนื่องจากเกรงว่าจะเป็นเรื่องไม่สมควร เช่น คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่น เพราะเกรงว่าจะไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด หรือคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ ก็ให้ถือเป็นเรื่องธรรมดา เหมือนการถามเรื่องการกิน การนอน การขับถ่าย ใช้คำถามสุภาพและถามแบบตรงไปตรงมา ถ้าเราอึดอัด ทำท่ากระดากอายที่จะถามผู้ป่วยก็จะพลอยรู้สึกตามไปด้วยกับท่าทีของผู้สัมภาษณ์

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

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

10. ควรเริ่มต้นจากเรื่องกว้างๆ ก่อน แล้วค่อยๆจับจุดละเอียดลงไปตามลำดับ ผู้สัมภาษณ์ต้องเริ่มด้วยการให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาของตนเองก่อน แล้วค่อยพูดย้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า ขอความกระจ่างเมื่อเข้าใจไม่ชัดเจน แล้วค่อยเจาะลึกลงไปในรายละเอียด เช่น เป็นมานานเท่าไหร่ ความถี่และความรุนแรงของอาการที่เป็น เป็นต้น

บทสรุป

ในการสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต พื้นฐานสำคัญที่สุด คือ การมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ป่วย การมุ่งแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสิ่งต่างเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จาก ความจริงใจและเจตนาที่ตั้งใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ การเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องมี ส่วนทักษะในการสื่อสารอื่นๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ เป็นเพียงแนวทางที่จะช่วยปรับปรุงให้การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตดีขึ้นและบรรลุตามจุดมุ่งหมายสำคัญของการสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิต

คำถามทบทวน

1) จงบอกจุดมุ่งหมายสำคัญในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวช

2) ในการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวชมีประเด็นสำคัญอะไรบ้างที่ต้องสัมภาษณ์ ขอให้ยกตัวอย่างรายละเอียดของประเด็นดังกล่าว 2-3 ประเด็น

3) จงบอกแนวทางในการเริ่มสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยจิตเวช

4) ในการตรวจประเมินสภาพจิตผู้ป่วยประกอบด้วยประเด็นอะไรบ้าง ขอให้ยกตัวอย่างวิธีการตรวจสภาพจิต 2-3 ประเด็น

5) จงบอกแนวทางในการปฏิบัติการสัมภาษณ์และตรวจประเมินสภาพจิตอย่างน้อย 5 ข้อ

แบบทดสอบย่อย

1. ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช นักศึกษาควรปฏิบัติอย่างไร
    1. ถามผู้ป่วยทุกๆเรื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด
    2. ฟังทั้งเรื่องที่ผู้ป่วยพูดและหาความหมายที่แฝงอยู่ในคำพูด
    3. ให้ความสำคัญต่อการถามญาติ เพื่อตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง
    4. ทำความเข้าใจในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ เพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วย

2. ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยหยุดพูดอย่างกะทันหันและใช้ภาษาซึ่งไม่เข้าใจความหมาย นักศึกษาควรปฏิบัติอย่างๆไร
   1. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติที่ดูแลผู้ป่วย
   2. ซักถามผู้ป่วยเพื่อขอความกระจ่างในภาษาที่ผู้ป่วยใช้
   3. หยุดการสนทนาและชักชวนผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
   4. หยุดการสนทนาและทำการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
3. ในขณะสัมภาษณ์ประวัติ ผู้ป่วยไม่ยอมให้นักศึกษาพยาบาลจดบันทึกข้อมูล นักศึกษาควรปฏิบัติดังนี้ ยกเว้นข้อใด
   1. เน้นเรื่องการเก็บข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยเป็นความลับ
   2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการจดบันทึก
   3. ถามเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้นักศึกษาจดบันทึกข้อมูล
   4. งดการบันทึก แต่ใช้การสรุปความเป็นช่วงๆ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน
4. พ่อแม่พาลูกอายุ 13 ปี มาตรวจที่แผนกจิตเวช การจัดลำดับการสัมภาษณ์ในข้อใดเหมาะสม
   1. สัมภาษณ์ทุกคน พร้อมๆกัน
   2. สัมภาษณ์พ่อ แม่ และลูก แยกจากกัน
   3. สัมภาษณ์พ่อ แม่ และลูก แยกจากกัน แล้วสัมภาษณ์ทุกคน พร้อมๆกัน
   4. สัมภาษณ์ทุกคน พร้อมๆกัน แล้วจึงสัมภาษณ์เฉพาะลูก และเฉพาะพ่อกับแม่
5. ผู้ป่วยเล่าเรื่องที่สามีบอกว่าจะไปทำงานล่วงเวลา แต่กลับไปเที่ยวและดูหนังกับผู้หญิงอื่นแล้ว ร้องไห้ นักศึกษาควรปฏิบัติอย่างไร
   1. ยื่นกระดาษทิชชูให้ซับน้ำตา แล้วพูดว่า “ทำใจให้สบายนะคะ”
   2. พยักหน้า แล้วพูดว่า “คุณเสียใจที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น”
   3. สัมผัสแขนผู้ป่วย แล้วพูดว่า “ ผู้ชายก็เป็นอย่างงี้แหละ”
   4. บีบมือผู้ป่วย แล้วพูดว่า “เราผู้หญิง เรื่องแบบนี้เสียเปรียบวันยันค่ำ”
6. การตรวจประเมินสภาพจิต ควรต้องคำนึงถึงสิ่งใดเป็นสำคัญ ยกเว้น ข้อใด
   1. ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพ
   2. หาความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่น
   3. เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยว่าไม่แตกต่างจากผู้ประเมิน
   4. ถามข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยอย่างเคารพในความเป็นบุคคล

7. “คุณเคยได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยินบ้างหรือไม่” เป็นคำถามที่ใช้ประเมินสภาพจิตด้านใด

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

8. คำพูดในข้อใดที่ใช้ประเมินการแสดงความรู้สึก(Affect)ได้เหมาะสมที่สุด

1. “ตอนนี้คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง”
2. “ตอนนี้คุณรู้สึกน้อยใจใช่ไหม”
3. “ตอนนี้คุณรู้สึกมีความสุขหรือเศร้า”
4. “ในช่วง 1เดือนที่ผ่านมาคุณรู้สึกเศร้าจนอยากตายหรือไม่”

9. “ถ้าคุณไปซื้อของที่ร้านหน้าปากซอย แล้วเกิดฝนตก คุณจะทำอย่างไร” เป็นการประเมินผู้ป่วยด้านใด

1. Orientation
2. Judgment
3. Perception
4. Intellectual function

10. ผู้ป่วยรับใหม่ ซึม พูดน้อย บอกว่าตนเองเป็นนางสีดา นักศึกษาจะประเมินสภาพจิตด้านการรับรู้ตนเอง (Insight) ของผู้ป่วย ด้วยคำถามใด

1. “คุณคิดว่าคุณเป็นคนอย่างไร”
2. “คุณเคยเห็นนางสีดา ตั้งแต่เมื่อไหร่”
3. “คุณไม่สบาย เป็นอะไรจึงมาโรงพยาบาล”
4. “เพราะอะไร ทำให้คุณคิดว่าคุณเป็นนางสีดา”

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

2. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2552). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 3

1. หัวข้อเนื้อหาประจำบท
    1) ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก ฆ่าตัวตาย
    2) โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder)
        2.1 โรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder)
        2.2 โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar, Mania)
    3) ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติ

2. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

    1) นักศึกษาสามารถบอกลักษณะของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในแต่ละประเภท ได้แก่ ผู้ที่เผชิญกับภาวะสูญเสีย เศร้าโศก ฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติได้ถูกต้อง

    2) นักศึกษาสามารถบอกแนวทางการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในแต่ละประเภท ได้แก่ ผู้ที่เผชิญกับภาวะสูญเสีย เศร้าโศก ฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติได้ถูกต้อง

3. วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท
    1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม
    2) การอภิปราย
    3) การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

4. สื่อการเรียนการสอน
    1) PowerPoint
    2) สื่อการสอนออนไลน์ใน SUT E - Learning

5. การวัดผลและการประเมินผล
    1) สังเกตความสนใจและมีส่วนร่วมในการตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น
    2) สุ่มถามนักศึกษาในประเด็นต่างๆตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
    3) การทดสอบย่อย

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่จะกล่าวในบทนี้ ประกอบด้วย ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ในลักษณะต่างๆ ดังนี้ 1) ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder) ได้แก่ โรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder) และโรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar, Mania) 3) ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติ เช่น Generalized Anxiety Disorders, Acute Stress Disorders, Adjustment Disorders, Post Traumatic Stress Disorders, Obsessive Compulsive Disorders, Somatoform Disorders เป็นต้น ผู้ผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะกล่าวรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสูญเสีย เศร้าโศก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.1 ภาวะสูญเสีย

ความหมายภาวะสูญเสีย

ความสูญเสีย (Loss) ตามรูปศัพท์ หมายถึง การปราศจากสิ่งที่เคยมีอยู่, การเปลี่ยนสภาพ, ความล้มเหลวในการเก็บรักษาไว้, พ่ายแพ้, แยกจาก, ตายจาก

การสูญเสีย ทางด้านสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สิ่งของมีค่า บุคคลหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย สูญหายหรือเปลี่ยนแปลงไปจนไม่สามารถพบเห็น, รู้สึก, ได้ยิน, ได้พบ อีกต่อไป ซึ่งอาจจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงแล้วหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น (Rawlins, Williams, and Beck, 1993.)

ปฏิกิริยาของบุคคลต่อการสูญเสีย

บุคคลจะแสดงออกถึงการสูญเสียต่างกันตั้งแต่แยกตัว เงียบ จนถึงโกรธรุนแรง ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

-การรับรู้ให้คุณค่าต่อสิ่งที่สูญเสีย

-การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่น

ชนิดของการสูญเสีย สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. การสูญเสียภายนอกบุคคล(External loss) เป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นภายนอกตัวบุคคล เช่น สิ่งของ, สิ่งแวดล้อม, บุคคลที่รัก หรือการสนับสนุนจากผู้อื่น

2. การสูญเสียภายในบุคคล (Internal loss) เป็นการสูญเสียอวัยวะหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของตัวบุคคล

ลักษณะของการสูญเสีย

1. การสูญเสียเป็นสภาวการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิด เช่น ไฟไหม้บ้านเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง คนงานในโรงงานที่กำลังมีการปลดพนักงานออก คิดว่าตนกำลังจะสูญเสียรายได้ หรือหญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและตัดเต้านม คิดว่าสามีจะไม่รักเธอแล้ว

2. การสูญเสียของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการที่บุคคลให้คุณค่า ความสำคัญและการให้ความหมายของสิ่งที่สูญเสียนั้น เช่น แม่วัยรุ่นซึ่งเคยแท้ง 4 ครั้ง อาจจะให้ความหมายของการสูญเสียต่างจากพยาบาลผู้ซึ่งไม่เคยตั้งครรภ์เลย ดังนั้นการประเมินการสูญเสียจึงขึ้นอยู่กับความหมายของการสูญเสียที่มีต่อบุคคลนั้นซึ่งแตกต่างกัน

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

4. การสูญเสียอาจจะเป็นชั่วคราวหรือตลอดไป เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้หรือคาดการณ์ไม่ได้ อาจจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือค่อยดำเนินไป เช่น ความเจ็บป่วย เป็นการสูญเสียบทบาทหน้าที่ชั่วคราวเมื่อหายแล้วก็สามารถกลับไปทำหน้าที่ดังเดิมได้ 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. การสูญเสียจากสภาวการณ์/เหตุการณ์ (Situational losses) เกิดขึ้นจากสถานการณ์ภายนอกบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การตายของคนที่รัก ภัยพิบัติจากธรรมชาติ หรือการหย่าร้าง เป็นต้น

พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อมีการสูญเสีย จะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงวัย ดังนี้

1. เด็กแรกเกิดและทารก รู้สึกสูญเสียผู้เลี้ยงดู แต่มีการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์น้อยมากตราบเท่าที่ยังได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

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 ช่วงอายุนี้เด็กจะเกิดความทุกข์โศกมากมายเมื่อมีการสูญเสียอวัยวะ เด็ก 6-7 ปี จะโทษการสูญเสียหรือการตายเกิดจากปีศาจหรือพระเจ้า เมื่ออายุ 9-10 ปี เด็กส่วนใหญ่จะรับรู้การสูญเสียเหมือนวัยผู้ใหญ่

5. วัยรุ่น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียเหมือนผู้ใหญ่แต่ยังมีอารมณ์เหมือนเด็ก ๆ

- เข้าใจความหมายการสูญเสียและการตาย แต่ยังยอมรับได้น้อย
- ความทุกข์โศกจะเกิดขึ้นรุนแรงต่อการสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะ สูญเสียการยอมรับจากเพื่อน ยอมรับการตายได้ยาก หลายคนอาจจะไม่สนใจหรือปฏิเสธการสูญเสียไปเลย

6. วัยผู้ใหญ่ เผชิญการสูญเสียขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับว่าการสูญเสียเป็นประสบการณ์หนึ่งในชีวิตและพยายามเผชิญและปรับตัวกับการสูญเสียต่างๆที่เกิดขึ้น

1.2 ภาวะทุกข์โศก (Grief and mourning)

ความหมาย

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

Mourning หมายถึง กระบวนที่จะผ่านหรือแก้ไขภาวะทุกข์โศก (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,1969) ได้แบ่งระยะของการทุกข์โศก เป็น 5 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ปฏิเสธ (denial)

ระยะที่ 2 โกรธ (anger)

ระยะที่ 3 ต่อรอง (bargaining)

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (depression)

ระยะที่ 5 ยอมรับ (acceptance)

ส่วน เวสเบิร์ก (Westberg quoted in Shives,1994) ได้แบ่งระยะของการทุกข์โศก เป็น 10 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 อาการช็อค	ระยะที่ 2 แสดงอารมณ์เศร้าโศก
ระยะที่ 3 ซึมเศร้าและรู้สึกโดดเดี่ยว	ระยะที่ 4 ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกาย
ระยะที่ 5 ระยะรุนแรง (Panic)	ระยะที่ 6 รู้สึกละอาย
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. ปฏิกิริยาที่ผิดปกติ(Distorted reaction) มีความวิตกกังวลระดับสูง กลัว ละอายใจ โกรธและที่พบบ่อยที่สุดคือความซึมเศร้า

การพยาบาลบุคคลที่มีภาวะทุกข์โศก

1. สร้างเสริมความสัมพันธ์ที่เชื่อถือไว้วางใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ 1:1

2. ส่งเสริมให้ลดความรู้สึกเศร้าโศกลง โดย ให้ระบายความรู้สึก ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของตน

3. ให้กำลังใจ สนับสนุนให้แสดงความเศร้าออกมามากกว่าการเก็บกดอารมณ์ไว้ ปลอบโยน สัมผัส นั่งเป็นเพื่อนฯลฯ

4. ส่งเสริมการสร้างและคงความหวังที่เป็นจริง สนับสนุนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม หาที่ยึดเหนี่ยวทางใจ หาความหมายของชีวิต คุณค่าและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

5. กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆเพื่อหลีกเลี่ยงความหมกมุ่นและเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง

6. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

7. สนับสนุนค้ำจุนจิตใจญาติและส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ทุกข์โศกและญาติ

8. ป้องกันภาวะทุกข์โศกผิดปกติ โดย ฝ้าระวังอาการผิดปกติ 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) ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อาจพบในผู้ที่มีภาวะสูญเสียหรือทุกข์โศก เช่น

1) ทุกข์โศกสัมพันธ์กับรับรู้ว่ามีการสูญเสียเกิดขึ้นจริง

2) มีภาวะทุกข์โศกผิดปกติสัมพันธ์กับขาดความสามารถในการเผชิญกับกระบวนการทุกข์โศก

3) การเผชิญปัญหาขาดประสิทธิภาพสัมพันธ์กับมีความยากลำบากในการแสดงออกทางอารมณ์

4) การปรับตัวไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับการขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

5) สิ้นหวังสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสีย

6) เศร้าเรื้อรังสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้ค่า

7) ขาดการดูแลตนเองสัมพันธ์กับขาดความสนใจในตนเองและผู้อื่น

8) ทุกข์โศกผิดปกติสัมพันธ์กับการสูญเสียอวัยวะและการทำหน้าที่ของร่างกายฯลฯ

3. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Outcomes) เช่น

1) มีความก้าวหน้าในการผ่านกระบวนการทุกข์โศก

2) พูดหรือแสดงความเข้าใจถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น

3) พูด/ แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสียได้

4) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

5) มีความหวัง

6) ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันพึ่งพาอย่างเหมาะสม

7) สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ที่สำคัญคือใช้เทคนิคการสื่อสารด้วยความเข้าใจสนับสนุนให้กำลังใจ ดังนี้

1) สนับสนุนให้กำลังใจว่าสิ่งที่เกิดนั้นเป็นการะบวนการที่ปกติที่ทุกคนต้องผ่านไปให้ได้

2) หากลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ 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

1.3 ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Risk factors for suicide) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย มีดังนี้

1. ชาย,สูงอายุ
2. มีโรคทางจิตเวช โดย Mood disorder
3. เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย
4. หม้าย,หย่าร้างหรือแยกกันอยู่
5. อยู่คนเดียว
6. เพิ่งเกิดการสูญเสีย
7. ว่างงาน
8. มีปัญหาเรื่องเงิน/กฎหมาย
9. มีอาวุธปืนในครอบครอง
10. มีประวัติครอบครัวเรื่องการฆ่าตัวตายหรือโรคทางจิตเวช
11. มีประวัติว่าสภาพครอบครัวในวัยเด็กสับสนวุ่นวาย

12 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

13 มีความคิดฆ่าตัวตายหรือความตั้งใจฆ่าตัวตาย

14. สิ้นหวัง

สัญญาณเตือนถึงการฆ่าตัวตาย (Suicide Warning Signs)

1. พูดคุยถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ
2. มีปัญหาการกินหรือการนอน

3. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

4. แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมต่างๆ

5. ไม่สนใจงานอดิเรกที่เคยชอบ, งานที่เคยทำ, การเรียน ฯลฯ

6. เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย

7. ยกสมบัติส่วนตัวให้แก่ผู้อื่น

8. เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

9. ทำสิ่งที่เสี่ยงภัยโดยไม่จำเป็น

10. เพิ่งมี/เคยมีการสูญเสียที่รุนแรงในชีวิต

11. หมกมุ่นเรื่องความตายและการตาย

12. ไม่สนใจรูปลักษณ์ภายนอกของตนเอง

13. ดื่มเหล้าหรือใช้สารเสพติดมากขึ้น

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย SAD PERSONS scale

Sex	เพศชายเสี่ยงมากกว่าหญิง
Age	สูงอายุและวัยรุ่น เสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น
Depression	มีภาวะซึมเศร้า
Previous attempt	เคยพยายามฆ่าตัวตาย
Ethanol attempt	มีการใช้แอลกอฮอล์
Rational thinking loss	สูญเสียความคิดเชิงเหตุผล
Social support deficit	ขาดการสนับสนุนทางสังคม
Organized plan	มีการวางแผนชัดเจน
No spouse	ไม่มีคู่
Sickness	มีการเจ็บป่วยทางกาย

การคิดคะแนน (Scores) ในแต่ละข้อ มีปัจจัยดังกล่าวคิดเป็น 1 คะแนน การแบ่งระดับความเสี่ยง มีดังนี้

0-2 คะแนน เสี่ยงต่ำLow risk

3-4 คะแนน ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

5-6 คะแนน ต้องพิจารณาอย่างจริงจังว่า จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือไม่

7-10 คะแนน เสี่ยงสูงHigh risk

ลักษณะของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่จะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. Poor social network
2. มีประวัติหุนหันพลันแล่น
3. เพิ่งมีการสูญเสีย
4. Active substance abuse
5. ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้
6. รู้สึกหมดหวังอย่างสิ้นเชิง,ชีวิตไม่เหลืออะไรอีกแล้ว

ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า

- 40% ของ attempter ได้เคย attempt มาก่อน
- จากการติดตามผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 13-35% ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำซ้ำในช่วงเวลา 2 ปีถัดมา
- ปัจจัยที่มีส่วนทำให้ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำซ้ำอีกคือ
  1) การใช้ alcohol,
  2) สังคมผิดปกติ (sociopathy)
  3) เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางจิตเวช
  4) เคยรับการรักษาทางจิตเวช,
  5) เคย attempt มาก่อน และได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
  6) อาศัยอยู่คนเดียว

การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

1. primary prevention คือ การป้องกันคนที่ยังไม่ attempt การศึกษาพบว่า บริการของ Samaritan ในอังกฤษนั้น

- มี attempter ใช้บริการเพียง 2% ในช่วงเวลาก่อนที่จะ attempt
- กลุ่มที่ attempt suicide ก็เป็นประชากรคนละกลุ่มกับกลุ่มที่ใช้บริการจาก Samaritan
- ส่วนใหญ่ของ attempter ก็ทราบว่ามี emergency service เหล่านี้อยู่ และมักจะใช้บริการในช่วงเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ก่อนหน้าที่จะ attempt
- attempt suicide เป็นพฤติกรรมแบบ impulsive มากกว่าการวางแผนไว้ล่วงหน้า ดังนั้น การป้องกันที่อาจจะทำได้คือ

ก. education บุคคลากรทางการแพทย์

ข. ควบคุม ยาและสารที่เป็นอันตราย ที่มักจะใช้ suicide

ค. เปลี่ยนทัศนคติของคนทั่วไปเกี่ยวกับการขอความช่วยทางจิตเวช

ง. ปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

จ. วิธีการอื่นๆ เช่น การสอน coping skill

2. secondary prevention คือ การป้องกันการ re-attempt ซึ่งก็มีการศึกษาพบหาวิธีการที่จะสามารถลด suicide rate โดยรูปแบบต่างๆ เช่น การทำจิตบำบัด การให้การปรึกษา การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

2. โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder)

2.1 ความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นลักษณะที่มีความเด่นชัดของอารมณ์ โดยอาจมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้อ่อนเพลีย อยากตาย หรืออาจมีอารมณ์ดีมากเกินปกติ ครื้นเครง พูดมากซึ่งอาจเป็น เพียงด้านเดียวหรือสองด้าน ความผิดปกติทางอารมณ์ แบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

- ซึมเศร้า Depression
- คลุ้มคลั่ง Mania
- อารมณ์คลุ้มคลั่ง สลับกับอารมณ์เศร้า Bipolar disorder

2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่

ด้านชีวภาพ สารสื่อประสาท 5-HT serotonin ยาบางชนิด ฮอร์โมนบางตัว รวมทั้ง พันธุกรรม บิดา – มารดาผู้ป่วย บุตรมีโอกาสป่วยได้ ด้านจิตสังคมการเลี้ยงดู ภาวะวิกฤตในชีวิต การใช้กลไกลทางจิตไม่เหมาะสม

2.3 ซึมเศร้า Depression ซึมเศร้าเป็นภาวะที่จิตใจ หม่นหมอง เศร้า หมดหวัง ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย แบ่ง 3 ระดับ

Mild depression เบื่อหน่ายเล็กน้อย อารมณ์หดหู่ เศร้าซึม ใช้ชีวิตประจำวันได้

Moderate depression เศร้าต่อเนื่อง ท้อแท้ คิดช้าวิตกกังวล เริ่มกระทบการใช้ชีวิตประจำวัน

Severe depression เศร้าต่อเนื่องนาน สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง กังวลสูง นอนไม่หลับ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาจหลงผิด ประสาทหลอน และทำร้ายตนเองได้

2.4 กลไกลทางจิตที่ใช้

Repression เก็บกดความรู้สึก ไม่พูด เก็บตัว ไม่สนใจไม่พูดถึง

Introjection โทษตัวเองไม่ดี ท้อแท้สิ้นหวัง เป็นมากทำร้ายตนเอง

2.5 การรักษา

1. รักษาทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา antidepressant ร่วมกับยา antipsychotic (ถ้ามีอาการทางจิต) รักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย

2. รักษาทางจิต ทำให้จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy)

3. รักษาทางสังคมสิ่งแวดล้อม การสังเกตใกล้ชิด จัดสภาพแวดล้อมปลอดภัย

4. กลุ่มกิจกรรมบำบัด ระบายความรู้สึก ภาพสะท้อน เน้นกิจกรรมที่สร้างความมี คุณค่าในตนเอง

2.6 การพยาบาลผู้ผิดปกติทางอารมณ์ที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : เบื่อหน่าย แยกตัว เนื่องจากซึมเศร้า

เป้าหมาย : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่แยกตัว

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า

ด้านร่างกาย

1. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ สระผม ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์ ซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง

2. กระตุ้นผู้ป่วยให้เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม เช่น สบู่ ผ้าเช็ดตัว เพื่อให้ผู้ป่วยกระทำ กิจกรรมด้วยตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับปานกลาง

3. บันทึกพฤติกรรมและปริมาณอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยรับประทาน พร้อมทั้งดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

4. คอยดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นการ เดิน หรือให้ทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อป้องกันท้องผูก เป็นต้น

5. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

6. คอยติดตามอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า

7. ป้องกันอันตรายที่จะทำร้ายร่างกายตนเอง ประเมินพฤติกรรม ความคิด คำพูด ท่าทาง ของผู้ป่วยอย่างเสมอ ว่าผู้ป่วยกำลังมีความคิดจะทำร้ายตนเองหรือไม่

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก เช่น ความรู้สึกผิด เศร้า โดยรับฟังอย่าง สนใจ และเข้าใจความรู้สึก

2. ให้ความเคารพและให้เกียรติผู้ป่วย โยการยอมรับและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมี คุณค่า

3. ช่วยให้ผู้ป่วยแยกแยะความรู้สึกที่ไม่ดีของตนเอง และให้การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยพูด ถึงตนเองในด้านดี

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ให้ผู้ป่วยได้เปิดโอกาสแสดงความรู้สึกหรือ ความขัดแย้งได้เหมาะสม

5. พยาบาลคุยกับผู้ป่วยอย่างเป็นมิตร ไม่เร่งรีบ ใจเย็น ในการตอบคำถามของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยซึมเศร้ามักพูดคิดช้า

ด้านสังคม

1. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่น ๆ

2. จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้า ควรมีสมาชิกไม่มากเกินไป กิจกรรมที่จัด ให้ไม่ควรซับซ้อน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า

3. คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มกิจกรรม ได้ลดเวลาหมกมุ่นอยู่กับตนเอง โดยการจัด ตารางกิจกรรมประจำวัน

4. จัดเวลาสำหรับกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของ แต่ละศาสนาที่ผู้ป่วยมีความเชื่อ

5. การเรียนรู้ทักษะทางสังคมบางอย่าง เช่น ความกล้าเป็นตัวของตัวเอง การสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น

6. จัดกลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2.7 คลุ้มคลั่ง (Mania) เป็นอารมณ์ครึกครื้น ร่าเริงมากกว่าปกติ มีความสุข มากกว่าปกติ ไม่มีเหตุผล คิดตนเองเป็นใหญ่มีอำนาจ (Grandeur idea delusion) พฤติกรรมมากกว่าปกติพูดคิดสับสน หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ กิจกรรมเพิ่มสนใจสิ่งใหม่ ๆ แปลก ๆ พูดมากเสียงดัง ไม่สุภาพ ความคิดการรับรู้อาจผิดปกติ มี Fight of idea สับสนเนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน อาจมีหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน พฤติกรรมไม่อยู่นิ่งเดินไปมาไร้จุดหมาย ไม่กินไม่นอน ชอบสังคมใช้จ่ายมาก สนใจ เรื่องเพศ สนใจดูแลตนเองลดลงเอะอะโวยวายอาละวาด เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นโดย Mania แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Hypomania เป็นอาการคลุ้มคลั่งที่ยังไม่รุนแรงมากนัก แต่อาการอาจทำให้ หน้าที่การทำงานเสีย Acute Mania อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าระยะ Hypomania แสดงถึงความบกพร่อง หลายด้านและจำเป็นต้องรักษา

2.8 กลไกทางจิตที่ใช้

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

2.9 การรักษา

1. การรักษาโดยใช้ยากลุ่ม Mood Stabilizer ร่วมกับยา Antipsychotic ให้อาการทาง จิตสงบ

2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ส่วนใหญ่ใช้ในกรณีที่การใช้ยาไม่สามารถสงบอาการได้ และระหว่างรอยาออกฤทธิ์

3. การรักษาทางจิตบำบัด การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เมื่ออาการสงบ ให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง เรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาหรือความไม่สบายใจของตนเองในทางที่ เหมาะสม

4. การรักษาทางสังคมสิ่งแวดล้อม การกำจัดพฤติกรรม จัดสภาพแวดล้อมปลอดภัย ลด การกระตุ้นอารมณ์ จัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ลดพลังงานหรือใช้ในทางที่เหมาะสม เช่น นันทนาการ ถ้า

ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชม มีบทบาทในการช่วยเหลือได้มากในการจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่

2.10 การพยาบาลผู้ที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : กิจวัตรประจำวันบกพร่อง

เป้าหมาย : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

การปฏิบัติการผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่ง

ด้านร่างกาย

1. ระวังการทำร้ายตัวเอง-การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การประเมินความเสี่ยง เฝ้า ระวังสังเกตอาการใกล้ชิดลดสิ่งกระตุ้นให้กำลังใจรับฟังไม่ซ้ำเติม ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเองและ การเสริมทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

2. ดูแลรูปแบบการนอนของผู้ป่วย เมื่อถึงเวลานอน ควรจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร และดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาพยาบาล

5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายโดยการวิ่ง แต่ ไม่เน้นการแข่งขัน

6. ป้องกันอุบัติเหตุและการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น

7. ถ้าผู้ป่วยได้รับยา Lithium carbonate ต้องเฝ้าระวังระดับ Lithium ในกระแสเลือด และสังเกตอาการข้างเคียง

8. ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยจึงไม่ยอมกินยา จำเป็นต้องพูดคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจ

9. การควบคุมพฤติกรรมวุ่นวาย เจ้ากี้เจ้าการของผู้ป่วย ควรกระทำอย่างนุ่มนวล มี แนวทางปฏิบัติ และการบังคับไม่ควรนำมาใช้

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจรับฟัง แสดงความสนใจต่อผู้ป่วย

2. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองข้อดีของตนเอง แก้ไขข้อด้อย สร้าง เป้าหมายในชีวิต

3. ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาของตนเอง และปฏิเสธการเจ็บป่วย การที่จะให้ ผู้ป่วยยอมรับ เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวพยาบาล

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความทุกข์ใจต่าง ๆ โดยให้เวลาที่จะฟังผู้ป่วย อย่างเข้าใจ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยการเขียน และวาดภาพ เช่น ให้ผู้ป่วยเข้า กลุ่มศิลปบำบัด

6. ให้แรงเสริม และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

ด้านสังคม

1. จัดตารางในการทำกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยไม่ให้มากเกินไป และคอย ติดตามให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมให้สำเร็จ

2. ด้านกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อการหมกมุ่น อยู่กับตนเอง

3. ควรจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยทำในระยะเวลาสั้นและเป็นกิจกรรมที่ง่าย หลีกเลี่ยง กิจกรรมที่เป็นการแข่งขันหรือเปรียบเทียบ

4. ระมัดระวังการถูกกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม เช่น ผู้คนมากมาย หรือเสียงดัง

2.11 Bipolar disorder อารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า

ความผิดปกติอารมณ์แสดงออกในลักษณะเศร้าและคลุ้มคลั่ง อารมณ์ไปมา Mood swing โดยมีช่วงเศร้าโดดเด่นไปจนถึงคลุ้มคลั่ง โดยมีช่วงไม่มีอาการใด ๆ ขั้นกลาง ส่งผลต่อความคิด การรับรู้ บุคลิกภาพ บางรายมีอาการทางจิตร่วมด้วยลักษณะอาการ ขึ้นกับช่วงนั้นแสดงอาการ ทางด้านไหนแสดงอาการด้านนั้น

2.12 การรักษา

ขึ้นกับอาการในช่วงนั้น รักษาตามอาการด้านนั้น แต่ส่วนใหญ่จะมีการรักษาโดยใช้ยา Mood stabilizer ปรับสมดุลของอารมณ์ไว้

2.13 การพยาบาลผู้ที่มีอารมณ์คลุ้มคลั่งสลับกับอารมณ์เศร้า

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง

เป้าหมาย : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

การปฏิบัติการพยาบาล อารมณ์คลุ้มคลั่ง สลับกับอารมณ์เศร้า

ด้านร่างกาย

1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองตามความสามารถ โดยดูแลให้ ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายของตนเอง และได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ จัดอาหารที่มีคุณค่าสูง

3. ดูแลสภาพร่างกายทั่วไป เช่น อุณหภูมิ น้ำหนักตัว การขับถ่าย การออกกำลังกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

4. เก็บวัสดุสิ่งของที่เป็นอันตรายใช้เป็นอาวุธ เช่น มีด แก้ว กระจก เป็นต้น

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา

ด้านจิตใจและอารมณ์

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยการใช้เทคนิคการยอมรับ เข้าใจ ไม่ตัดสิน พฤติกรรมผู้ป่วย

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ พยายามรับฟังให้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสม

3. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและ คนรอบข้าง เช่น การออกกำลังกาย

4. จำกัดพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์หรือสภาพการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลถึงการจำกัดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ

5. ให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วย เพื่อใจและรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ในเด็ก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : พัฒนาการล่าช้า เนื่องจากเด็กแยกตัว

: มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจาก มีความรู้สึกหมดสนุก

เป้าหมาย

: เด็กได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

: เด็กมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการตามวัย

การปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์

1. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเด็กไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือมีความบกพร่อง และส่งเสริมให้เด็กมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

2. ใช้การเล่นเป็นกิจกรรมในการเรียนรู้ทักษะทางสังคม โดยเลือกกิจกรรมหรือของเล่นที่เหมาะกับวัย และลักษณะการเล่นที่เหมาะกับปัญหาทางอารมณ์

3. ใช้การเล่นเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดให้เด็กได้รับรู้ ความรัก ความจริงใจจากผู้ดูแล เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมแยกตัวน้อยลง มั่นใจในสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

4. ให้โอกาสเด็กในการเล่น เนื่องจากเป็นเครื่องมือให้เด็กได้ระบายความรู้สึกโกรธ และยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข จะช่วยให้เด็กลดอารมณ์เศร้าหรือโกรธลงได้

5. ให้โอกาสเด็กให้เล่น เพื่อความเพลิดเพลินที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น ให้เด็กอ่านการ์ตูนที่ ชอบ การดูโทรทัศน์ การเล่นตุ๊กตา หรือของเล่นชิ้นโปรดเป็นต้น

6. จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อเด็ก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการเรียนรู้ของเด็ก และส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับเด็ก

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ในวัยรุ่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความบกพร่องในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากมีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ

: มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน เนื่องจาก พักผ่อนไม่เพียงพอ ใส่ใจตนเองน้อย

เป้าหมาย : วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างเหมาะสม

: วัยรุ่นสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาลวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด สร้างความไว้วางใจกับวัยรุ่น และประเมินความเสี่ยงในการ ฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้น

2. พยาบาลต้องสื่อสารปัญหาที่วัยรุ่นมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งครอบครัวและผู้มีหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นทราบ ต้องให้ความรู้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เข้าใจและปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นอย่าง เหมาะสม

3. ภาวะวิตกกังวลและเครียดผิดปกติ

3.1 ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อเหตุการณ์ในอนาคตว่าจะเกิดอันตรายหรือความเสียหาย โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรแน่นอนขณะเดียวกันจะไม่สุขสบายทางด้านร่างกายด้วย นอกจากนี้ยังมีความหมายใกล้เคียงกับความกลัว(fear) ซึ่งอธิบายถึงความแตกต่างกันได้ว่า บุคคลตระหนักหรือรับรู้ได้ว่ากำลังมีอันตรายเข้ามาคุกคามตน เช่น กำลังนั่งอยู่ในรถเมล์ที่คนขับรถเมาเหล้า หรือเผชิญกับงูที่อยู่ในสวน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

3.1.1 ระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) มีพฤติกรรม อารมณ์และความคิดที่สงบ มีสมาธิ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆได้ตามปกติ

3.1.2 ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เริ่มมือสั่นตัวสั่นเล็กน้อย หงุดหงิดหมกมุ่น การรับรู้เริ่มแคบลง

3.1.3 ระดับรุนแรง (Severe anxiety) มือแขนขาสั่นมากขึ้น ลุกลี้ลุกลน พูดมาก พูดเร็ว นอนไม่หลับความคิดสับสน สมาธิไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้หลงลืม

3.1.4 ระดับสูงสุด (Panic) เนื้อตัวสั่น ตื่นตระหนัก หวาดกลัวสุดขีด คิดไม่ออก สับสน ตัดสินใจไม่ได้

3.2 สาเหตุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความวิตกกังวล (Factors influencing Anxiety)

3.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

-พันธุกรรม พบว่าความวิตกกังวลถูกควบคุมโดยยีนส์ และมักพบความวิตกกังวลผิดปกติบ่อยๆ ในกลุ่มญาติของผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์

-สารเคมี สารบางอย่างหรือยาเสพติดบางชนิด เช่น caffeine จะเพิ่มการทำงานของสมองจะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

-การคุกคามต่อร่างกาย เกิดจากมีสิ่งคุกคามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย สิ่งคุกคามนั้นอาจจะมาจากภายในหรือภายนอกของร่างกาย เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นต้น

3.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychoanalytical factor)

-ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytical theory) ฟรอยด์ มีความเชื่อว่า ความวิตกกังวล มี ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ โดยจัดความวิตกกังวลเป็น 2 ชนิด คือ Primary Anxiety และ Subsequent Anxiety ซึ่ง Primary Anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นครั้งแรก จากการที่ทารกถูก กระตุ้นและกระทบกระเทือนทันทีทันใดในการคลอด เมื่ออายุมากขึ้น Ego มีการพัฒนามากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลชนิดใหม่เกิดขึ้น คือ Subsequent Anxiety เป็นความขัดแย้งทางอารมณ์ ระหว่างบุคคล ระหว่างบุคลิกภาพสองส่วนคือ Id เป็นความต้องการของจิตใจมนุษย์ในระดับจิตใต้สำนึก และ Superego เป็นความต้องการของความมีคุณธรรมโดย Ego จะเป็นส่วนหนึ่งที่ประนีประนอมระหว่างความต้องการ ทางสัญชาตญาณและความต้องการทางคุณธรรม ถ้า Ego อ่อนแอ ทำให้บุคคลสามารถแสดงความขัดแย้ง ในระดับใต้จิตสำนึกออกมาเป็นกลไกทางจิตในการป้องกันตนเองที่บกพร่อง มีผลทำให้เกิดความ วิตก กังวลระดับต่าง ๆ

- ทฤษฎีทางพฤติกรรม (Behavioral theories)

ความคับข้องใจ (Frustration) นักทฤษฎีทางพฤติกรรมเชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นผลของความคับข้องใจ เนื่องจากมีสิ่งซึ่งขัดขวาง มิให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมาย เช่น ความไม่สามารถตอบสนองความต้องการความมั่นคงทางการเงิน ความไม่สามารถดูแลครอบครัวตามบทบาทหน้าที่เป็นต้น

การเรียนรู้ (learning) ความวิตกกังวลเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งมี 3 รูปแบบคือ การเรียนรู้สถานการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด บุคคลจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์คล้าย ๆ กันนั้น การเรียนรู้ประสบการณ์น่าสะพรึงกลัวในวัยเด็ก ทำให้บุคคลมักจะเป็นคนวิตกกังวลง่ายเมื่อโต ขึ้น และการเรียนรู้จากการเรียนแบบแผน เด็กซึ่งเห็นการแสดงออกของความวิตกกังวลของพ่อแม่หรือ ผู้ใหญ่อยู่เสมอ จะพัฒนาแบบแผนความวิตกกังวลคล้าย ๆ กัน

ความขัดแย้งในจิตใจ (Conflict) ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ยุ่งยากใจ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยง่าย

ความคุกคามความมั่นคงของตนเอง (Threats to seal-system) ได้แก่ สิ่งที่คุกคามต่อภาพลักษณ์ของบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง และการทำหน้าที่ทางสังคม สิ่งคุกคามจากภายนอก ได้แก่ การสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองจากการเสียชีวิต หย่าร้าง ย้ายที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนแปลง สถานภาพการทำงาน ความกดดันทางสังคม วัฒนธรรม จริยธรรม ปัญหาสัมพันธภาพ

ระหว่างตนกับบุคคลในครอบครัวหรือที่ทำงาน สิ่งคุกคามจากภายในตนเองได้แก่ การเจ็บป่วย หรือการอ่อนล้าทางร่างกาย

3.3 การแสดงออกของความวิตกกังวล (Manifestation of Anxiety)

3.3.1 การแสดงออกของร่างกาย (Physiological manifestation) จะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกาย

-ระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต คือ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น เส้นเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หน้าร้อนแดง เหงื่อออก มือเท้าเย็น

-ระบบทางเดินหายใจ คือ หายใจเร็วขึ้น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาจมีอาการ หอบ

-ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก คือ กล้ามเนื้อเกร็ง และตึงตัว ปวดเข่าและข้อ มือสั่น กระตุก งุ่มง่ามปวดกล้ามเนื้อ คอตีบตัน

-ระบบทางเดินอาหาร คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำย่อยและการเผาผลาญอาหาร น้ำตาลถูกขับออกมาจากตับมากขึ้น รู้สึกหวิว ๆ คล้ายจะเป็นลม แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย

-ระบบขับถ่าย คือ ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกตามฝ่ามือฝ่าเท้าและตามตัว ท้องผูก

-ระบบประสาท คือ ตื่นตกใจ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ คันตามตัว ผิวหนัง

-ระบบอื่นๆ คือ ปากแห้ง ผิวหนังซีด ม่านตาขยาย ควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวไม่ได้ เดินเร็ว พูดเร็ว อยู่นิ่งไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน สมรรถภาพทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย รู้สึกร้อน ๆ หนาว ๆ

3.3.2 การแสดงออกทางจิตสังคม (Psychosocial manifestation) จะมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ และการแสดงออกทางสังคม ดังนี้

-อารมณ์ มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย กระสับกระส่าย หวาดหวั่น หวาดกลัว

-ความคิด มีหวาดระแวง สงสัย คิดซ้ำ ๆ ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผลลดลง คิดอะไรไม่ออก ขาดความคิดริเริ่ม มองโลกในแง่ร้าย ความสามารถแก้ปัญหาลดลง การตัดสินใจไม่ดี หมกมุ่นกับความคิดวิตกกังวล สับสน

-ความรู้สึก มีการรับรู้ช้าและผิดพลาด ไม่สนใจสภาพแวดล้อม

-การแสดงออกทางสังคม มีการแยกตัว ก้าวร้าว ตำหนิติเตียน เจ้ากี้เจ้าการ เรียกร้องพึ่งพา เฉื่อยชา ความสามารถในการทำงาน ความรับผิดชอบในหน้าที่การงานลดลง มีการใช้สารเสพติด

3.3.3 ปัญหาและผลกระทบของบุคคลที่มีความวิตกกังวล (Problems and impacts of clients with anxiety) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

ร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ดังนั้นหากมีความวิตกกังวลสูง หรือเป็นเวลานาน ๆ เนื่องจากการปรับตัวไม่ เหมาะสม จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

-จิตสรีรแปรปรวน (Psychophysiology disorders) เป็นอาการผิดปกติทางร่างกายในระบบใดระบบหนึ่ง ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ เนื่องจากความตึงเครียดในจิตใจเป็นเวลานาน ๆ ที่พบบ่อยได้แก่ Hypertension, Asthma, Peptic Ulcer, Hyperventilation เป็นต้น

-วิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety disorders) เป็นความผิดปกติที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามมากเกินไป ไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งที่คุกคามเป็นเวลานาน และมีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ เช่น การเรียน การทำงาน สังคม รวมทั้งความผิดปกติทาร่างกาย เช่น แน่นหน้าอก นอนไม่ หลับ เวียนศีรษะ

3.4 การจำแนกประเภทความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่ผิดปกติจำแนกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1.4.1 Panic disorder มีอาการตื่นกลัวสุดขีดโดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วรุนแรงในทันที

1.4.2 Phobic disorder อาการกลัวในสิ่งที่ไม่น่ากลัว กลัวไม่สมเหตุสมผล

1.4.3 Generalized anxiety disorder เป็นภาวะวิตกกังวลที่มีอยู่อย่างไร้เหตุผล โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.4.4 Obsessive-Compulsive disorder อาการย้ำคิดย้ำทำโดยมีเหตุอย่างหนึ่งเข้ามาใน ใจตลอดเวลาอย่างห้ามใจไม่ได้ มักเกี่ยวกับคำสอนศาสนา ความเชื่อและมีพฤติกรรมตามเพื่อลดความกังวล เช่น การล้างมือ

1.4.5 Post-traumatic stress disorder เป็นความวิตกกังวลที่เกิดหลังประสบการณ์สะเทือนใจ

3.5 การรักษา

1.5.1 การรักษาด้วยยาต้านความวิตกกังวล

1.5.2 การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดโดยวิธี Relaxation and Desensitization

1.5.3 การรักษาด้วยวิธีทางเลือกอื่น โดยใช้เทคนิคการลดความวิตกกังวลซึ่งต้องใช้ให้เหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล เช่น การสร้างจินตนาการ การออกกำลังกาย การนวดคลายเครียด การทำสมาธิ และการเผชิญกับความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ เป็นต้น

3.6 ความวิตกกังวล (Anxiety disorder) ในเด็ก

3.6.1 วิตกกังวลมากในการแยกจาก (Separation anxiety disorder)

เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องแยกจากผู้เลี้ยงดูที่เด็กคุ้นเคยหรือผูกพันมา เช่น มารดา โดยเด็กจะแสดงปฏิกิริยารุนแรงเกินกว่าปกติ เช่น ในเด็กเล็กถ้าแม่จากไปเด็กจะร้องไห้รุนแรง ส่งเสียงดัง

อาละวาด และลงนอนดิ้น แต่ถ้าในเด็กโตขึ้นปฏิกิริยาต่อการแยกจากจะซับซ้อนมากขึ้น โดย มีพฤติกรรมที่สำคัญดังนี้

- ปฏิเสธการไปโรงเรียน
- แสดงความเศร้าใจหรือมีความไม่สบายใจ
- นอนไม่หลับ หรืออาจไม่ยอมนอน หรือฝันร้าย
- หวาดกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง อย่างไม่มีเหตุผล
- มีพฤติกรรมเงียบเฉย แยกตัว
- มีพฤติกรรมถดถอย เช่น พูดเสียงเป็นเด็กเล็ก
- แสดงถึงการเจ็บป่วยทางร่างกายต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง คลื่นไส้และอาเจียน

สาเหตุ

อธิบายว่าเป็นผลมาจากปัจจัยด้านชีวภาพ ที่ถ่ายทอดความวิตกกังวลเช่นนี้ มาจากบิดา-มารดา โดยพบว่าเด็กที่มีความวิตกกังวลเช่นนี้มักมีบิดา-มารดา เคยมีประวัติเช่นนี้เมื่อตอนวัยเด็ก สำหรับองค์ประกอบพื้นฐานของอารมณ์ (temperament) ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดนั้น เชื่อว่าเป็นสาเหตุกระตุ้นที่สำคัญ ในเรื่องของความวิตกกังวลจากลักษณะพื้นฐานของอารมณ์ที่เด็กบางคนถูกกระตุ้นให้ตื่นเต้นได้ง่าย และปรับตัวต่อสิ่งใหม่ ๆ ได้ยากโดยมีปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู พบว่าเด็กกลุ่มนี้มักได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องมาก (overprotection) และมีประสบการณ์ของความเครียด เช่น เด็กมีความขัดแย้ง หรือมีเหตุการณ์มากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นช่วงเวลาที่บุคคลที่เด็กผูกพันหรือคุ้นเคยมีความจำเป็นต้องแยกจากเด็กไป ได้แก่ ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล หรือเดินทางไปต่างประเทศ

3.6.2 วิตกกังวลมากในการพบคนแปลกหน้า (Avoidant anxiety disorder)

เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องเผชิญกับคนแปลกหน้า หรือคนที่เด็กไม่คุ้นเคย โดย เด็กจะแสดงออกของความวิตกกังวลมากในลักษณะต่าง ๆ เช่น ไม่ยอมพูดกับคนอื่น แสดงท่าที หวาดกลัว ไม่ยอมออกไปนอกบ้าน ซึ่งลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ มักดำเนินต่อเนื่องมานานเกิน 6 เดือน โดยมีพฤติกรรมที่สำคัญดังนี้

- ขี้อายมาก (shyness)
- ไม่มีเพื่อนเล่นนอกบ้าน
- กลัวและหลีกเลี่ยงการพบคนแปลกหน้า
- ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
- ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
- รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ
- ถ้าต้องไปพบคนแปลกหน้า เด็กอาจนิ่งเงียบ อารมณ์เสีย หงุดหงิด หรือ แสดงอาการทางกายต่าง ๆ

สาเหตุ

เชื่อว่าเป็นผลมาจากปัจจัยด้านชีวภาพ โดยเฉพาะพื้นฐานของอารมณ์ของเด็กเอง และประกอบกับลักษณะการเลี้ยงดูที่เข้มงวด ปกป้อง และคาดหวังในตัวเด็กสูงเกินกว่าเด็กจะทำได้

3.6.3 วิตกกังวลในลักษณะทั่วไป (Overanxious disorder)

มีลักษณะทั่วไปเหมือนกับ Generalized anxiety disorder ในผู้ใหญ่ คือ เด็ก แสดงถึงความวิตกกังวลในเรื่องทั่ว ๆ ไป โดยที่ไม่รู้สาเหตุ หรือประเด็นปัญหาที่ชัดเจน เช่น อาจกังวล มากต่อบางสิ่งบางอย่างที่ผ่านมาแล้ว หรืออาจกังวลต่อเรื่องบางเรื่องที่ยังมาไม่ถึง ทำให้เด็กขาดความสุข หรือบกพร่องในการทำกิจกรรมที่ควรทำได้ตามปกติ โดยมีพฤติกรรมที่สำคัญดังนี้

- กังวลมากจนนอนไม่หลับ หรือฝันร้าย
- มี nervous habits เช่น กัดเล็บ ถอนผม แคะจมูก
- ย้ำคิด ย้ำทำในบางอย่างมากเกินปกติ
- ไม่มีสติในการเรียน หรือกิจกรรมอื่น ๆ
- หวาดกลัวต่อสิ่งของหรือเหตุการณ์บางอย่างเกินปกติ
- แสดงอาการเจ็บป่วยทางกายที่ตรวจหาสาเหตุไม่พบ

สาเหตุ อธิบายได้เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวลในกลุ่มอื่น ๆ

3.7 การพยาบาลผู้ที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ

มีเป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยให้ ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่อความวิตกกังวล

3.7.1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Anxiety disorder)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

: การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีความวิตกกังวล

: การสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากมีความวิตกกังวลรุนแรง

เป้าหมาย : ความวิตกกังวลลดลงตามลำดับจนถึงระดับปกติ

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม พยายามลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับ ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

2. ปกป้องผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ให้อิสระผู้ป่วย ในการจัดการความวิตกกังวลตามความสามารถ ไม่บังคับ ไม่ตำหนิการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย

3. ส่งเสริมการจัดกิจกรรม ควรจะให้ผู้ป่วยสนใจในการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มี เวลาสำหรับการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

4. ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความวิตกกังวล ร่วมกันหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล สาเหตุวิเคราะห์ของความขัดแย้งในใจ สำรวจวิธีการลดความวิตกกังวลในอดีต และวิธีที่ใช้ได้ผลดี

5. การเรียนรู้ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness skill) การแสดง ความรู้สึกอย่างเปิดเผย รักษาสิทธิ์ของตนและไม่ละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น

6. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) กล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจทุก ส่วนของร่างกายจะได้รับการเกร็งและผ่อนคลาย เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลายความวิตกกังวลจะลดลงด้วย

7. การควบคุมการหายใจ (Breathing control) ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะหายใจเร็วและ ตื้น ซึ่งจะทำให้ไม่สุขสบายทางร่างกาย การควบคุมการหายใจจะช่วยให้บุคคลที่มีสมาธิดี จิตใจสงบขึ้น และลดความวิตกกังวล การควบคุมการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ กล้ามเนื้อหน้าท้องขยายนับ 1-5 ทำติดต่อกันไป 10 ครั้ง การหายใจแบบนี้ ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้ สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

8. การทำสมาธิ (Breathing control) การนั่งสมาธิ กำหนดลมหายใจเข้าออก หายใจเข้า ท้องพอง หายใจออกท้องยุบ เอาใจใส่ตลอดเวลากับลมที่มากระทบปลายจมูก ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหายใจออก

9. การออกกำลังกาย (Exercise) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกาย และจิตใจแข็งแรง ผ่อนคลายความตึงเครียด เพราะขณะออกกำลังกายจะมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งจะ ทำให้จิตใจมีความสุข

10. การทำกิจกรรมที่น่าสนใจ ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น ทำอาหาร ไปเที่ยว ทำบุญ อ่านหนังสือ

11. การช่วยให้ตระหนักรู้ในตนเอง (สติบำบัด) คือการตรวจสอบตนเองตลอดเวลาว่า เหตุการณ์อะไรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การฝึกสติรู้ตัวในร่างกายและจิตใจ สามารถกระตุ้น การทำงานของระบบประสาทผ่อนคลาย (พาราซิมพาเทติก) ซึ่งมีผลทำให้ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง และที่สังเกตได้ชัดเจนก็คืออุณหภูมิของผิวหนังโดยเฉพาะฝ่ามือฝ่าเท้าจะสูงขึ้น จากคุณสมบัตินี้เอง ทำให้การฝึกสมาธิสามารถรักษาอาการวิตกกังวล และโรคบางชนิดที่เกี่ยวเนื่องกันอย่างไมแกรน ความดัน โลหิตสูง ปวดตามร่างกาย ฯลฯ

3.7.2 การปฏิบัติการพยาบาลความวิตกกังวล (Anxiety disorder) ในเด็ก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

: มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากหมกมุ่นกับความวิตกกังวลของตนเอง

: เสี่ยงต่อความบกพร่องต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากหมกมุ่นกับความวิตกกังวลของตนเอง

เป้าหมาย

: ได้รับความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

: เด็กมีพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่เหมาะสม

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. ตอบสนองความต้องการทางร่างกายของเด็ก โดยเฉพาะการดูแล การช่วยเหลือในการ ทำกิจวัตรประจำวัน พยายามรักษาความสามารถเดิม พร้อมทั้งสร้างเสริมความสามารถใหม่เพิ่มขึ้น

2. ช่วยเหลือให้เด็กได้พัฒนาความไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในเด็กในการ พัฒนาความไว้วางใจสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาการด้านอื่นต่อไป

3. ช่วยให้เด็กได้รับรู้ รู้จักปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และพฤติกรรมของตนเอง เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เช่น การต้องไปโรงเรียน การคิดถึงการพรากจาก มุ่งสร้างเสริมการเรียนรู้และทักษะในการเผชิญหรือจัดการกับปฏิกิริยาเหล่านั้นของตน

4. อาการต่าง ๆ ที่เกิดนี้อาจรุนแรงมากขึ้น ถ้าบิดา-มารดาไม่เข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดใน เด็ก ต้องให้คำปรึกษาและแนะนำในการปฏิบัติต่อเด็ก เพื่อลดความวิตกกังวลพร้อมกับปรับปรุงวิธีการเลี้ยงดูบุตรให้เหมาะสม คือ ช่วยให้เด็กพึ่งพาตนเองและมีความกล้ามากขึ้น แต่ถ้าเด็กมีอาการรุนแรงที่อาจ มีอันตรายต่อตัวเด็ก อาจจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการวิตกกังวลต่าง ๆ

5. ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการเข้าใจเด็ก และส่งเสริมความสามารถทางสังคมของเด็ก ให้มากขึ้น

6. ในกรณีอาการรุนแรงเด็กอาจจำเป็นต้องใช้ยาทางจิตเวช ร่วมกับการบำบัดเป็น รายบุคคล โดยการทำจิตบำบัดและฝึกการผ่อนคลาย

3.7.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Panic disorder

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความตื่นตระหนก (Panic anxiety) เนื่องจากรู้สึกว่ากำลังได้รับอันตรายคุกคามถึงชีวิต

เป้าหมาย : เพื่อลดความตื่นตระหนกให้มาอยู่กับการรับรู้อาการของตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. ขณะมีอาการควรมีคนอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และรู้สึก ปลอดภัย เพราะผู้ป่วยในภาวะตื่นตระหนก อาการทางร่างกายคิดว่าตนเองกำลังจะตาย เช่น หัวใจหยุดเต้น

2. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ สภาพลุกลี้ลุกลนหรือสภาพความยุ่ง วุ่นวาย กระตุ้นให้ ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น พยาบาลที่เข้าไปปฏิบัติงานกับผู้ป่วยต้องสงบ ไม่แสดงท่าทีเร่งรีบ แต่ควรสุขุมและนุ่มนวล

3. ในระยะวิกฤตนี้ แพทย์มักให้ยาทางจิตเวชกับผู้ป่วย พยาบาลควรต้องให้ยาตรงเวลา ตามแพทย์กำหนด พร้อมกับบันทึกผลของยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น

4. เมื่อผู้ป่วยแสดงท่าทีว่าระดับความวิตกกังวลลดลงแล้ว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด ระบายปัญหาของเขา ให้ผู้ป่วยได้พูดถึงสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เขาเกิดอาการเช่นนี้

5. ฝึกทักษะในการควบคุม หรือลดความวิตกกังวลที่กำลังเกิดขึ้นในขั้นต้น เช่น ฝึก ทักษะการผ่อนคลาย (relaxation skills) ฝึกทักษะการหายใจให้ผ่อนคลาย (deep-breathing exercise) ฝึกทำใจให้สงบ (meditation) และการรู้สึกออกกำลังกาย (physical exercise) เพื่อเป็นการลดความเครียด

3.7.4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย phobic disorder

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : แสดงออกของความกลัวอย่างไร้เหตุผล อันเนื่องจาก รู้สึกว่ามีสถานการณ์ต่าง ๆ มาคุกคามต่อตนเอง

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้โดยไม่ตื่นกลัว ควรให้ความมั่นใจในความปลอดภัย (Panic anxiety)

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในด้านความรู้สึกปลอดภัย ในช่วงเวลาที่กำลังเกิดอาการ หวาดกลัว

2. ตรวจสอบสิ่งที่ผู้ป่วยหวาดกลัวนั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามด้านร่างกาย หรือด้านความ เป็นตัวตนของผู้ป่วย พร้อมกับประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้ต่อความกลัวนั้นอย่างไร เพื่อจะช่วยหาวิธีผ่อนคลาย ได้ถูกต้อง

3. ให้เวลากับผู้ป่วย ในการพูดคุยถึงเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยหวาดกลัว เพื่อให้พิจารณาสิ่งที่กลัวได้ทุกแง่ทุกมุม พร้อมกับประเมินว่าปัญหาส่วนไหนแก้ไขได้ และส่วนไหน แก้ไขไม่ได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้มากขึ้น

4. ให้ผู้ป่วยหาทางเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเองว่าเขาจะใช้วิธีหลีกหนี หรือจะพยายาม เผชิญความกลัว พร้อมกับสอนวิธีการควบคุมตัวเองให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ ส่วนมากใช้วิธีการปรับ พฤติกรรม

5. ผู้ป่วยควรได้นำวิธีการที่เขาเลือกใช้ในการแก้ปัญหา ไปทดลองปฏิบัติ หรือทดสอบ ว่าได้ผลเป็นอย่างไร เพื่อผู้ป่วยจะได้รู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้อย่างไรและเห็น คุณค่าของตนเอง

6. ควรหลีกเลี่ยง การใช้วิธีหาเหตุผลมาอธิบายและคาดคั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามให้ได้ เพราะเป็นการเพิ่มความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่เอาไหน (low self-esteem)

7. ประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรรมบำบัดช่วยในการควบคุมความกลัวของผู้ป่วย

3.7.5 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Obsessive-compulsive disorder

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เนื่องจาก ความคิด-ทำ พฤติกรรมซ้ำ ๆ

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำได้ สามารถดำเนิน กิจกรรมประจำวันได้และมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. ไม่ควรไปพยายามยับยั้งหรือห้ามไม่ให้ผู้ป่วยทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ อย่างที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น เข้าไปปิดน้ำในกรณีผู้ป่วยล้างมือบ่อย ๆ ซึ่งในการรักษาช่วงแรกควรให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรม อย่างที่

ผู้ป่วยต้องการทำอย่างอิสระ ไม่ควรเข้าไปตำหนิหรือห้ามปราม เพราะการกระทำต่าง ๆ ผู้ป่วยเองก็ควบคุมไม่ได้ ยิ่งห้ามผู้ป่วยยิ่งกังวลมาก แต่ควรพยายามให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความหมาย และจุดประสงค์ของการทำเช่นนั้น

2. ให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำซ้ำ ๆ โดยวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่ ทำให้เข้าวิตกกังวลจนต้องแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ เพราะผู้ป่วยควรได้ตระหนักถึงสิ่งที่มากระตุ้นหรือ อาการชี้นำที่ทำให้เขาเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ

3. พยายามให้กำลังใจ และให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเองและช่วยตัวเองให้มากที่สุด

4. จัดตารางการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เช่น ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาอาบน้ำนานเกินจำเป็น เช่น 1 ชั่วโมง ให้ลดเวลาลงมาแค่ 45 นาที และต่อไปลดเวลาลงเหลือ 30 นาที เช่นนี้ เป็นต้น พร้อมกับจัดให้ ผู้ป่วยไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ต่อไป ฉะนั้นการหากิจกรรมอื่นให้ผู้ป่วยทำเป็นการหันเหความสนใจได้ด้วย

5. ใช้วิธีของพฤติกรรมบำบัด หรือวิธีการควบคุมความคิด โดยการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธี หยุดยั้งความคิดที่เกิดซ้ำ ๆ เช่น การหางานอดิเรกที่ตนสนใจทำ การออกกำลังกาย การฝึกการผ่อนคลาย หรือการให้รางวัล-ทำโทษตนเอง ส่วนการใช้ยาในการควบคุมพฤติกรรมนั้นควรอยู่ในการควบคุมของจิตแพทย์

3.7.6 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Post-traumatic stress disorder

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีปฏิกิริยาทางร่างกายและจิตใจรุนแรงจากการได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ

เป้าหมาย : ให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่กระทบกระเทือนจิตใจและดำเนินชีวิตของตนอย่างมี เป้าหมายต่อไป

การปฏิบัติการพยาบาล :

1. ควรจัดให้มีคนอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ เช่น สับสน ตื่นเต้น ตกใจ หวาดกลัว เพราะผู้ป่วยยังรู้สึกเหมือนตนเองยังตกอยู่ในเหตุการณ์น่ากลัวนั้น จึงต้องการ ความปลอดภัย โดยทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะไม่มีอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับเขาอีก

2. พยาบาลควรมีข้อมูลมากพอที่จะรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการต่าง ๆ เช่น เกิดอุบัติเหตุรุนแรง หรือผู้ป่วยถูกข่มขืนมา

3. การเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ควรใช้วิธีการที่สงบ ให้มีบรรยากาศของการยอมรับ ความ เข้าใจ ความเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ

4. ในช่วงเวลาวิกฤต แพทย์จำเป็นต้องใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง ในระหว่างใช้ยาควร ติดตามผลของยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอุบัติเหตุในหอผู้ป่วย

5. การช่วยเหลือทางจิตใจ โดยการใช้ทักษะการสื่อสารกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึง เหตุการณ์ ความรุนแรง และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

6. การช่วยเหลือทางจิตใจ โดยการใช้ทักษะการสื่อสารกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึง เหตุการณ์ ความรุนแรง และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

7. ประเมินดูว่าผู้ป่วยใช้วิธีในการเผชิญปัญหาหรือแก้ปัญหาอย่างไร และวิธีการที่ผู้ป่วย ใช้นั้นสามารถจัดการแก้ปัญหาหรือช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างไร

8. ร่วมวางแผนกับผู้ป่วย ในการจัดการต่อปัญหาของเขา โดยหาวิธีแก้ปัญหาร่วมกับ ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย ในด้านระบบครอบครัว ศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม หลีกเลี่ยง วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับ หรือการปฏิเสธที่จะพูดถึง ปัญหา

บทสรุป

ในการสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิต พื้นฐานสำคัญที่สุด คือ การมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ป่วย การมุ่งแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสิ่งต่างเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จาก ความจริงใจและเจตนาที่ตั้งใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ การเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญที่ผู้สัมภาษณ์จะต้องมี ส่วนทักษะในการสื่อสารอื่นๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ เป็นเพียงแนวทางที่จะช่วยปรับปรุงให้การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตดีขึ้นและบรรลุตามจุดมุ่งหมายสำคัญของการสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิต

คำถามทบทวน

1) จงบอกประเภทของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์

2) จงบอกประเภทของการสูญเสีย และให้ยกตัวอย่างในแต่ละประเภท

3) จงบอกแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะทุกข์โศก

4) จงบอกลักษณะของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

5) จงบอกลักษณะของผู้ที่เป็นโรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder)

6) จงบอกแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นโรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) แต่ละชนิด

7) จงบอกประเภทของความผิดปกติที่เกิดจากภาวะวิตกกังวลและความเครียดที่ผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

2. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2552). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.