

เอกสารประกอบการสอน

รายวิชา 619252 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2

เรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านความคิดและการรับรู้

อาจารย์ผู้สอน อาจารย์รัชดาภรณ์ ใจอ้าย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี

เนื้อหา

1. ความผิดปกติด้านความคิด
 - 1.1 กลุ่มอาการด้านความคิดอ่าน
 - 1.2 ความผิดปกติของรูปแบบความคิด (Disorder in form of thought)
 - 1.3 ความผิดปกติของกระแสความคิด (Disorder of stream of thought)
 - 1.4 ความผิดปกติด้านเนื้อหาความคิด (Disorder of content thought)
2. ความผิดปกติด้านการรับรู้
 - 2.1 การแปลผิด (Illusion)
 - 2.2 ประสาทหลอน (Hallucination)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายลักษณะความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้แต่ละชนิดได้
2. อธิบายความหมายและความสำคัญของความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้แต่ละชนิดได้
3. วางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความผิดปกติความคิดผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ได้

การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านความคิดและการรับรู้

ความผิดปกติด้านความคิด

กลุ่มอาการด้านความคิดอ่าน

การรู้คิด (Cognition) เกิดจากประสบการณ์มากกว่าสัญชาตญาณ นักจิตวิทยาในกลุ่มพฤติกรรมนิยม ได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจะสนองตอบโดยใช้ประสบการณ์ของวิธีการในอดีตที่เคยได้รับการเสริมแรงมาก่อน การรู้คิด ที่เกิดจากประสบการณ์ จึงมีผลต่อพฤติกรรม และหากการรู้คิด บกพร่อง พฤติกรรมที่สนองตอบ ต่อสิ่งเร้าก็บกพร่องไปด้วย

ความบกพร่องของการรู้คิดนี้ จะรวมทั้งความจำ การตัดสินใจ การรู้จักกาล บุคคล และสถานที่ ตลอดจนรับรู้บกพร่องด้วย อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร อาจหายหรือไม่หาย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดการบกพร่องนั้น ๆ ตามลำดับการเกิดผังแผนภูมิ

การประเมินภาวะพฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่องของการรู้คิด

องค์ประกอบด้านชีววิทยา ความรู้ ความเข้าใจ เกิดการบกพร่อง เพราะเนื้อเยื่อของสมองขาดอาหารและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทั้งนี้ อาจเกิดความผิดปกติของเส้นเลือด เช่น เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตกหรือเกิดการอุดตัน เนื้อเยื่อสมองตาย ผู้สูงอายุ พิษจากยา หรือสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น เป็นผลทำให้การทำหน้าที่ของสมองแปรปรวน พฤติกรรมที่เกิดจากการสั่งการของสมอง เช่น ความจำ การตัดสินใจ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด จึงแปรปรวนตามไปด้วย ในการพยาบาลจำแนกกลุ่มอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมอง เป็น 2 ชนิด คือ

1. ชนิดเพ้อคลั่ง (Delirium) ในอดีต เรียกว่ากลุ่มอาการทางสมองชนิดเฉียบพลัน ซึ่งมีข้อบ่งชี้ จากผลการรักษาว่า สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ปัจจุบันอาการเพ้อคลั่งจะหมายถึง อาการต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะการรู้สึกตัวไม่แจ่มชัด ความตั้งใจ สมาธิจะสั้นและแคบ การรับรู้สึกผิดไป ความคิดสับสน การหลับนอนจะตื่นผิดปกติ รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็แปรปรวนไปด้วย ระดับของอาการเพ้อคลั่งจะมีมากขึ้นในช่วงกลางคืน กลางวันอาการจะลดลง อาการจะเปลี่ยนแปลงเร็วมาก วันต่อวัน นอกจากอาการดังกล่าวแล้ว จะพบว่ามีความคิดผิดปกติในด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้บุคคล สถานที่และเวลาเสีย การแปรสภาพจะผิดไป มีประสาทหลอน อารมณ์ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงเร็ว พฤติกรรมที่แสดงออกจะตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน โดยเฉพาะการมองเห็นและการสัมผัส เช่น มองเห็นมด แมลง ไล่ตามตัว ที่นอน เป็นต้น พฤติกรรมทางด้านสังคมก็จะเปลี่ยนไป เช่น ไม่สวมเสื้อผ้ามืดจะอยู่ต่อหน้าผู้อื่น อมอาหารในปากไม่กลืน เล่นอาหารในจาน จับเกาะผู้อื่นแบบไม่มีจุดหมาย กลุ่มอาการชนิดนี้ถ้าแก้ไข ไม่ได้ จะพัฒนาก้าวสู่ชนิดเสื่อมถอยได้

2. ชนิดเสื่อมถอย (Dementia) จะแสดงอาการของการเสื่อมทางสติปัญญา ความจำ การพิจารณาหาเหตุผล การตัดสินใจ ตลอดจนความคิดที่เป็นแบบนามธรรมก็เสื่อมไปด้วย บุคลิกภาพจะเปลี่ยนไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการประกอบอาชีพ และกิจกรรมทางสังคม หากได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม อาการเหล่านี้อาจจะหาย และสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ อาการชนิดนี้จะพบได้ในทุกวัย แต่จะพบมากในวัยสูงพฤติกรรมที่ปรากฏจะมีดังนี้

การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคลเสีย : โดยการรับรู้ในเรื่อง เวลา จะเสียก่อน ต่อมาเป็นเรื่องสถานที่ บุคคล อันเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการงุนงง และสับสน

ความจำ : ความจำไม่จะเสียก่อน ความจำเก่าจะค่อย ๆ เสื่อมตามลงเรื่อย ๆ เมื่อความจำเป็นใหม่เสีย เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอยู่กับอดีต คิดว่าปัจจุบันคืออดีต เช่น อาจจะมองเห็นลูกสะใ้ได้เป็นภรรยาของตน เพราะตนเองลืมว่าเคยมีลูกชาย จะมองเห็นหลานของเป็นลูกของตนเอง เป็นต้น หรือภาวะการเพิ่มเติมความจำขึ้นทดแทน ความจำที่สูญเสีย ซึ่งอาจพบว่ามีอาการพูดโกหก เช่น รับประทานอาหาร แล้วบอกว่าไม่ได้รับประทานอาหาร เป็นต้น

อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย : โดยเฉพาะถ้าประสาทระบบลิมบิก (Limbic system) ได้รับการกระทบกระเทือน ทักษะทางสังคมจะเสื่อมลง พฤติกรรมทางเพศจะเกิดแบบกระทันหัน ขาดการยับยั้งใจ การใคร่ครวญการใช้เหตุผลเสื่อมลง

อาการหงุดหงิด : กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง จะมีมาในตอนกลางคืน (Sundown syndrome)

กลไกการเผชิญปัญหา : ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม เช่น เคยใช้การโทษผู้อื่น หรือหั่นความโกรธเข้าหาตัวเองก็จะดำเนินต่อไป แต่บางคนใช้ปฏิกิริยาหลบหนี เมื่อสติปัญญาเสื่อมลง การใช้กลไกทางจิตแบบถดถอย จะใช้เพื่อต้องการพึ่งพาผู้อื่น

บุคลิกภาพจะเปลี่ยนแปลง : เช่น จะมีพฤติกรรมช่างสงสัย ไม่เป็นมิตร ซึมเศร้า หรือตกไปกษอาจมีแยกตัวเอง เพราะกลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนเองเสื่อมถอยลง สูญเสียความจำ

การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้น ต้องระลึกไว้เสมอว่า ความบกพร่องการรู้คิดนั้นเกิดจากพยาธิสภาพของสรีรวิทยา พยาบาลจึงต้องพิจารณาทั้งร่างกาย และจิตใจอย่างถี่ถ้วน อาการเพ้อคลั่งอาจเกิดจากการติดเชื้อ การได้รับยาบางชนิด เป็นต้น

การเขียนคำวินิจฉัยทางการพยาบาล มีแนวทางดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะเพ้อคลั่ง เนื่องจากการขาดสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์อย่างรุนแรง
2. กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับการขาดน้ำอย่างรุนแรง ซึ่งแสดงโดยการรอบคอบมากเกินไป
3. ไม่มีสมาธิ ไม่รู้กาลสถานที่ และบุคคล อาจเกิดประสาทหลอนทางการมองเห็น

4. กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลง สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางสมอง แสดงออกโดยแปลความหมายของสิ่งของผิดไป
5. ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่แปรปรวน เนื่องจากผู้ป่วยถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าได้ง่าย และแปลการรับรู้ที่ผิดไปจากสภาวะปกติ ความจำใหม่เสีย การวิเคราะห์เหตุผลเสีย บุคคลจะชดเชยด้วยการปั้นเรื่องใหม่มาแทน (Confabulation)
6. ผู้ป่วยมีอาการปั้นแต่งเรื่องใหม่มาแทน เนื่องจากกระบวนการจำสูญเสียเป็นช่วงๆ
7. ผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดว่าบุคคลรอบข้างจะทำร้าย
8. กระบวนการคิดปรวนแปร แสดงออกโดยการตัดสินใจเสีย การแก้ปัญหาบกพร่อง ขาดเหตุผลคิดคำนวณไม่ได้ พฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม
9. ผู้ป่วยขาดการควบคุมระบบการขับถ่าย เนื่องจากการเสื่อมของระบบการสั่งการของสมอง การสื่อความหมายบกพร่อง การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม การเคลื่อนไหวบกพร่อง การดูแลตนเองบกพร่อง เป็นต้น
10. ผู้ป่วยขาดการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากภาวะการเสื่อมของสมอง
11. ผู้ป่วยมีภาวะการดูแลตนเองบกพร่อง

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อคลั่ง

1. การสนองความต้องการด้านร่างกาย การรักษาชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การรักษาสมดุลของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยอยู่หนึ่งไม่ได้ จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรม ผู้ป่วยที่ความคิดแปลก ๆ ไม่ควรให้อยู่คนเดียว ช่วยให้ผ่อนคลายด้วยการนวดหลัง ให้ดื่มนมอุ่น ๆ สนทนาเรื่องเบา ๆ เพื่อผ่อนคลาย ให้แสงสว่างพอมองเห็นได้ชัดเจน ควรระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดเนื่องจากภาวะการรู้ตัวไม่ชัดเจน

2. การดูแลในกรณีที่มีอาการประสาทหลอน ให้ห้องกันการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น โดยเฉพาะการมองเห็นภาพหลอนจะทำให้ผู้ป่วยตกใจ และอาจพยายามวิ่งหนี หรือกระโดดตึก เพราะฉะนั้น ห้องพักของผู้ป่วยต้องมั่นคง ปลอดภัย อุปกรณ์ ของใช้ในห้องต้องเลือกชนิดที่ไม่เป็นอันตราย และจัดวางไว้อย่างปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจ การทบทวนให้ข้อมูลใหม่ เมื่อผู้ป่วยลืม จำเป็นอย่างยิ่ง บางครั้งที่ผู้ป่วยร้องไห้จับแมลงออกที่นอน (ซึ่งเกิดจากอาการประสาทหลอน) ให้บอกความจริงแก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กำลังใจอย่างแท้จริง ทำเหมือนกับมองเห็นเพราะผู้ป่วยจะยิ่งตกใจ การจำกัดพฤติกรรมทำได้เมื่อจำเป็น

3. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ต้องใช้ข้อความที่ชัดเจน พูดย้ำ ๆ ไม่เป็นประโยคซ้อนกัน อย่าให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยจะงง เกรียมาก แต่ถ้าอาการดีขึ้น จะต้องฝึกให้ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยเริ่มจากเรื่องง่ายๆ ก่อน การแนะนำสถานที่ บุคคล เวลาให้บอกง่าย ๆ การอาบน้ำ การแต่งกาย

ผู้ป่วยง จะต้องช่วยเหลือ การมีปฏิทิน นาฬิกาไว้บอกเวลา การจำกัดการเยี่ยมหรือลดสิ่งกระตุ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากขึ้น

4. การให้สุศึกษาเมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยอาจสงสัยว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง การจะให้ข้อมูลนั้น ทีมสุขภาพจะต้องวางแผนการและปรึกษาหารือก่อนว่าจะให้เรื่องใด อย่างไร ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และอาการของโรค การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง ตลอดจนการเชื่อมความสัมพันธ์ของครอบครัวการส่งต่อการดูแลรักษาไปยังหน่วยงานอื่น ก็จะต้องอธิบายให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจ

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย กลุ่มอาการเสื่อมถอย

1. การสนองความต้องการด้านร่างกาย คล้ายกับผู้ป่วยเพื่อคลื่น แต่ข้อสำคัญที่สุดก็คือ ช่วยให้ผู้ป่วยคงสภาพของการปฏิบัติหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ให้ดีที่สุด การใช้ยา ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการบกพร่อง และบริเวณที่เกิดการเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง ยาขยายหลอดเลือดในสมองอาจช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2. การจัดสิ่งแวดล้อม และการช่วยเหลือให้ข้อมูล เพื่อจะช่วยป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และการถูกทำร้าย โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ อาจทำโดยทำเครื่องหมายที่เตียงของผู้ป่วยทางไปบันได แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า บุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยคือผู้ใด รูปภาพครอบครัวของผู้ป่วยควรวางไว้ใกล้ตัว การให้ยาทางจิตเวช ควรงดเว้นพวกบาร์บิเตรท (Barbiturate) เพราะจะทำให้หงุดหงิด งุนงงมากขึ้น นาฬิกาจับไว้ต้องเป็นเรือนใหญ่ ไม่ใช่ดิจิตอล เพื่อให้แยกได้ระหว่างนาฬิกาปฏิทิน

3. การสื่อความหมาย และการสร้างสัมพันธภาพ ความจำใหม่เสียทำให้ผู้ป่วยข้องคับใน จึงเป็นเรื่องขึ้นใหม่ และมักพูดถึงอดีตมากกว่าปัจจุบัน การที่จะพูดกับผู้ป่วยเหล่านี้ จะต้องสุภาพ นุ่มนวล และช่างสังเกต รับรู้ได้เร็ว ไม่ให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยบอกว่าสามีหายไปสิบปีแล้ว จะกลับมา เพราะหมอดูบอก พยาบาลไม่ต้องส่งเสริมความหวังอันนี้ เพราะยากที่จะเป็นจริง แต่การบอกข่าวร้ายทันทีทันใดแก่ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเผชิญไม่ได้ คำถามที่เหมาะสมที่สุดคือคำถาม ประเภทที่ตอบเพียงว่า “ใช่” “ไม่ใช่”

4. การช่วยเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยใช้กลไกการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยพยาบาลต้องพยายามแปลความหมายและจุดมุ่งหมายของการแสดงพฤติกรรม แล้วให้คำชม ให้กำลังใจเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ การร่วมกลุ่ม เสริมแรงใจ กลุ่มนั้นทนทานการจะช่วยได้มาก

5. ลดพฤติกรรม หงุดหงิด งุนงง เช่น การถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ ไม่คุ้นเคย ดังนั้น พยาบาลจึงต้องยืดหยุ่น ผ่อนผันจัดกิจกรรมตามความเหมาะสม และจัดทำตารางไว้ให้ชัดเจน แน่นนอน ให้โอกาสผู้ป่วยได้เลือกหรือตัดสินใจบ้าง การยิ้ม และจับมือผู้ป่วยจะช่วยผ่อนคลายความอาการหงุดหงิด ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสงบลง

6. การเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ควรเข้ากลุ่มสุศึกษา การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย เพราะบางครอบครัวอาจจะไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน

7. ความพิการที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด อย่างน้อยพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ สมาชิกในครอบครัวและชุมชนต้องเข้าใจ ไม่นำมาล้อเลียนผู้ป่วย

บางครอบครัวจะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย ดังนี้

- ปฏิเสธ : อาจไม่รับรู้ต่อการเสียความจำของผู้ป่วย ไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความบกพร่อง
- ห่วงใยมากเกินไป : จะบงการ บ่นบ่นสาละสลวย ให้ศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองและช่วยเหลือ
- โกรธ : โทษทั้งผู้ป่วย โยนความผิดให้ผู้รักษาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นเช่นนี้
- รู้สึกผิด : รู้ว่าตนเองต้องการให้ผู้ป่วยตายแต่พยายามปิดบังความรู้สึกอันนี้ไว้
- ยอมรับ : เข้าใจในความเป็นจริงว่าเกิดอะไรขึ้น และจะดำเนินการต่อสิ่งนั้นอย่างไร

หัวข้อที่ควรให้คำแนะนำแก่ครอบครัว คือ การจัดอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย การออกกำลังกายตามความสามารถ ดูแลความสะอาดทางร่างกาย การรับประทานยา การดูแลความปลอดภัย โดยเฉพาะการป้องกันการเดินออกจากบ้านเรื่อยเปื่อย อาจจัดทำบัตรพกแสดงว่าผู้ป่วยเป็น โรคความจำเสื่อมไว้ด้วย แต่ผู้ดูแลควรป้องกันโดยอยู่ในสายตาเพื่อป้องกันการหายออกจากบ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้วัน เดือน ปี แต่สามารถจำเตียงนอนได้ ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะเสื่อมถอยมาก
2. การคาดหวังสูง คือ คาดว่าจะหาย ทดสอบการรับรู้และอื่น ๆ ว่ากลับคืนสู่ปกติหรือไม่
3. การคาดหวังต่ำ คือ ให้ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันเองได้ ส่วนการประเมินผล การบำบัดจะขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและประสิทธิภาพของการรักษาด้วย

พฤติกรรมที่แสดงว่าการรักษาพยาบาลได้ผล คือ

1. อาการเจ็บปวดลดลง
2. ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนทางกาย
3. ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ตามความสามารถในแต่ละบุคคล
4. อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเดิม

ความผิดปกติด้านความคิด

ผู้ป่วยจิตเวชมักจะมีอาการผิดปกติทางด้านความคิด ซึ่งเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกผิดปกติไปด้วย การศึกษาความผิดปกติด้านความคิดแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ

1. ความผิดปกติของรูปแบบความคิด (Disorder in form of thought)

1.1 ความคิดแบบรูปธรรม (Concrete thinking) เป็นความคิดแบบรูปธรรม คือความคิดที่มีทุกงานที่เป็นไปตามความรู้สึก ในแง่การรับรู้ที่เกิดขึ้นด้านวัตถุอย่างเดียว โดยไม่สามารถรับรู้ หรือเข้าใจในเรื่องสัญลักษณ์ หรือไม่มีความคิดอิสระที่อาจคิดได้นอกเหนือจากข้อเท็จจริงที่รับรู้อยู่เฉพาะหน้า คือไม่เป็นความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking) ความคิดแบบรูปธรรมคือความคิดเบื้องต้นของคนเรา คือความคิดแบบเด็กๆ ถือเป็นปกติในเด็ก พบความคิดนี้บ่อยในโรคจิตเภท เนื่องจากมักมีอาการถดถอยเข้าสู่วัยเด็ก จึงทำให้ความคิดกลายเป็นเด็กไปด้วย

1.2 ความคิดหมกมุ่นในเรื่องตนเอง (Autistic thinking) เป็นลักษณะความคิดส่วนต้นที่เกิดขึ้นในตนเอง ในโลกของตนเอง มักเป็นความคิดที่เพ้อฝัน หรือเป็นไปตามความหลงผิดหรือประสาทหลอน ความคิดนี้เกิดจากสัณชาตญาณซึ่งต้องการให้ตนเองได้รับความสมปรารถนามุ่งเฉพาะตนเองโดยไม่สนใจโลกความเป็นจริง

1.3 ความคิดเพ้อฝัน (Magical thinking) เป็นความคิดแบบเด็กๆ ซึ่งยังไม่เข้าใจในเหตุผลหรือความเป็นจริง จึงคิดว่ายังมีอำนาจอิทธิพลหรือสิ่งลึกลับในโลกที่สามารถบันดาล บัดเป่าสิ่งที่กลัวหรือกังวลออกไปได้ หรือสามารถทำตามความต้องการได้สมปรารถนา

2. ความผิดปกติของกระแสความคิด (Disorder of stream of thought)

โดยปกติกระแสความคิดจะดำเนินติดต่อกันเรื่อยๆ อย่างเป็นระเบียบ มีอัตราความเร็วช้า มีวัตถุประสงค์ที่แน่นอน ความผิดปกติของกระแสความคิดสังเกตได้จากวิธีการคิด อัตราความเร็วช้า และทิศทางของแนวความคิด

2.1 ความคิดกระจัดกระจาย (Flight of idea) เป็นการเพิ่มอัตราความเร็วของความคิด เพราะมีความคิดมากมายหลังไหลออกมาอย่างรวดเร็ว แสดงออกมาเป็นการพูดมาก พูดเร็ว พูดเรื่องหนึ่งยังไม่จบก็พูดอีกเรื่องหนึ่ง ถูกกระตุ้นง่ายจากสิ่งแวดล้อม

2.2 ความคิดช้า (Retardation of thought) อัตราความคิดที่มีต่อเนื้องนั้นช้ากว่าปกติ ทำให้พูดช้า ตอบคำถามช้า เสียงเบา ความจำไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้หรือคิดไม่ออก

2.3 ความคิดหยุดชะงัก (Thought blocking) กระแสความคิดหยุดชะงักเพราะมีเรื่องอื่นเข้ามา เช่น การคิดอยู่นั้นเกิดมีอาการประสาทหลอนเป็นเสียงเข้ามา จึงทำให้ความคิดที่กำลังคิดอยู่หยุดชะงักลง ความคิดขาดหายไป

2.4 ความคิดว่างเปล่า หรือไม่มีความคิด (Emptiness and poverty of idea) เป็นความคิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท การที่ผู้ป่วยกล่าวว่าไม่มีความคิดนั้นเป็นเพราะมีความหมกมุ่นกับเรื่องอื่นที่ชัดเจน ซึ่ง

ตนเองก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นเรื่องอะไร มักเป็นเรื่องภายในจิตใจสำนึก จึงทำให้จิตใจไม่ว่างพอที่จะเกิดความคิด ผู้ป่วยมักบอกว่าคิดไม่ออก สมองไม่มี หรือไม่มีความคิด

3. ความผิดปกติด้านเนื้อหาความคิด (Disorder of content thought)

3.1 ความคิดจากอารมณ์ (Overdetermined ideas) เป็นความคิดที่ถูกกำหนดจากอารมณ์มากกว่าเหตุผล เพราะเรื่องเหล่านี้กระทบอารมณ์มาก จึงมองไม่เห็นเหตุผล

3.2 ย้ำคิด (Obsessive) เป็นการคิดซ้ำๆ เรื่องหนึ่ง โดยไม่ต้องการจะคิด แต่ไม่สามารถจะบังคับได้ หรือไม่สามารถให้เหตุผลอื่นเข้ามาช่วยไม่ให้คิดได้ เช่น คิดเรื่องเพศ คิดเรื่องสะอาดสกปรก ซึ่งความคิดซ้ำๆ เหล่านี้มักเกิดร่วมกับการย้ำทำ

3.3 ความกลัว (Phobia) คิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หรือวัตถุ ที่รุนแรงเกินกว่าเหตุ และไม่สมเหตุสมผล เช่น ลัวที่แคบ กลัวผลไม้ ความกลัวเกิดขึ้นซ้ำๆ โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถระงับความคิดนั้นได้ แม้การใช้เหตุผล

3.4 ความคิดหลงผิด (Delusion) คือความผิดปกติของความคิด ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างสนิทใจในเรื่องที่ไม่เป็นความจริง ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการใช้เหตุผล การพิจารณาเรื่องความคิดหลงผิดนั้นต้องพิจารณาจาก การศึกษา วัฒนธรรม และความเชื่อท้องถิ่นของบุคคลนั้นร่วมด้วย เพราะเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลกับความคิดของเรา ความคิดหลงผิดมีหลายชนิด ได้แก่

1. **Delusion of Erotomanic** หลงผิดว่าบุคคลอื่นหลงรักตนหรือเป็นคู่รักของตน ส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง มีฐานะทางสังคมสูงกว่า เช่น เป็นผู้นำประเทศ ผู้บังคับบัญชาหรือ
2. **Delusion of Grandiose** หลงผิดว่ามีความสามารถเกินความเป็นจริง มีคุณค่า มีอำนาจ มีความรู้สูง มีทรัพย์สินเงินทองมาก หรือมีความสัมพันธ์พิเศษกับบุคคลสำคัญหรือหลงผิดว่าเป็นเชื้อพระวงศ์ บางรายหลงผิดว่าเป็นพระอรหันต์หรือบรรลุนิเวศน์
3. **Delusion of Jealousy** หลงผิดว่าคู่ของตนนอกใจ อาการนี้พบบ่อยและบางครั้งอาจแยกได้ยากว่า เป็นเรื่องจริงหรืออาการหลงผิด
4. **Delusion of Persecutory** หลงผิดว่าถูกปองร้าย ผู้ป่วยอาจมีอาการหลงผิดว่าตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิดถูกปองร้าย ถูกติดตาม ถูกหมายเอาชีวิตหรือถูกใส่ร้ายในทางใดทางหนึ่ง
5. **Delusion of Somatic** หลงผิดว่าร่างกายมีความผิดปกติหรือป่วยเป็นโรคบางอย่าง เช่น มะเร็ง ผู้ป่วยบางรายหลงผิดว่าอวัยวะของตนมีรูปร่างผิดปกติหรือพิการ บางทีเชื่อว่าลิ้นไก่ของตนเองยาวผิดปกติ และไปขอให้แพทย์ผ่าตัดให้ก็มี
6. **Delusion of alien control** หลงผิดคิดว่ามีอำนาจภายนอกสามารถควบคุมและบังคับความคิดและการกระทำของตน
7. **Delusion of guilt** หลงผิดคิดว่าตนเองทำความผิดอย่างมากและสมควรถูกลงโทษ
8. **Delusion of nihilistic** หลงผิดคิดว่าอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของตนเองหายไป

9. **Thought of broadcasting** ผู้ป่วยคิดว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนได้
10. **Thought of withdrawal** ผู้ป่วยคิดว่าความคิดตนเองหยุดชะงักเหมือนกับสมองว่างเปล่าไปโดยกระทันหัน
11. **Thought of insertion** ผู้ป่วยคิดว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนเอง แต่เป็นความคิดคนอื่นที่ใส่เข้ามา
12. **Delusion of reference** หลงผิดคิดว่าเหตุการณ์รอบตัวมีความหมายเกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น คิดว่าคนอื่นพูดเรื่องตน รายการวิทยุพูดเรื่องตนเอง

การรักษาผู้ป่วยโรคหลงผิด

ควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา การใช้จิตบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่า มีปัญหาในระดับหนึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมกินยาและรับการรักษาต่อไป ยารักษาโรคจิตช่วยลดอาการหลงผิดของผู้ป่วยได้ และเมื่อใช้ร่วมกับจิตบำบัด เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลที่สุดในปัจจุบัน

การให้ครอบครัวบำบัด (family therapy) ช่วยให้เห็นในครอบครัวเกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด ควรยึดหลักดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล
2. รับฟังความคิดเห็นผู้ป่วยโดยไม่ไปตัดสินหรือตำหนิผู้ป่วย
3. หลีกเลี่ยงการแสดงออกของความไม่เชื่อถือ การขบขัน หรือการสนับสนุนคล้อยตามผู้ป่วย
4. ไม่โต้เถียงผู้ป่วยหรือให้เหตุผลว่าความคิดของผู้ป่วยเป็นความคิดที่ผิด
5. ในการสนทนากับผู้ป่วยที่มีความคิดที่ผิดปกติ หรือมีความหลงผิด ควรใช้หลักการบอกความจริง (Present reality)
6. จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับสิ่งที่เป็นอยู่จริง จะทำให้ความหลงผิดลดลงได้
7. ดูแลผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ความผิดปกติด้านการรับรู้

การรับรู้ คือกระบวนการที่บุคคลได้รู้ ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ซึ่งอยู่รอบตัวและในตัวของตนเอง โดยอาศัยประสาทสัมผัสคือ การเห็น การรับรส การได้ยิน การสัมผัสและการได้กลิ่น โดยการรับรู้จากสิ่งเร้าจะส่งไปที่สมอง แล้วแปลความหมายตามประสบการณ์ที่ผ่านมา แยกแยะสิ่งต่างๆ ได้อย่างละเอียด แต่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เรามักพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้กระบวนการรับรู้ตามความเป็นจริงเสียไป

ชนิดของความผิดปกติด้านการรับรู้

1. การแปลผิด (Illusion)

ความผิดปกติของการรับรู้ที่บุคคลตีความหมายหรือแปลความของสิ่งกระตุ้นผิดจากความเป็นจริง หรือการเปลี่ยนสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน ได้กลิ่น ได้รับรสและได้สัมผัสนั้นเปลี่ยนไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะต้องมีวัตถุหรือสิ่งของมากระตุ้นจึงจะเกิดขึ้น เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู ได้ยินเสียงลมเป็นเสียงปีศาจร้อง โหยหวน ได้กลิ่นน้ำหอมเป็นกลิ่นศพ ทานน้ำเปล่าแล้วบอกว่าเผ็ด และอาบน้ำแล้วรู้สึกร้อนเหมือนไฟลวก

2. อาการประสาทหลอน (Hallucination)

เป็นการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามประสาทรับรู้ของคนเรา ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส โดยที่ไม่มีสิ่งนั้นๆ จริง เช่น หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าจากภายนอก ลักษณะเช่นนี้มักพบในระยะโรคกำเริบ เมื่อโรคทุเลลง อาการนี้จะห่างไป หรือถึงจะมีบ้างก็ไม่ได้มีอิทธิพลต่อตัวเขามาก เหมือนกับในระยะโรคกำเริบ บางคนที่เป็นมานานและดีขึ้นแล้วบอกว่าเขายังได้ยินเสียงแว่วอยู่บ้าง

ชนิดของอาการประสาทหลอน

1. **Auditory hallucination** ประสาทหลอนทางการได้ยิน หรือหูแว่ว เป็นประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อยที่สุดในโรคนี้ โดยพบได้ถึงร้อยละ 60-70 ลักษณะที่พบ ได้แก่ เป็นเสียงคนพูดกับตัวเขา คำว่า ข่มขู่ สั่งให้ทำตาม หรืออาจเป็นเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของตัวเขาทั้งในด้านดีและไม่ดี โดยทั่วไปเสียงที่ได้ยินจะเป็นในด้านไม่ดีเสียมากกว่า ทำให้เขารู้สึกเครียด ทรมาน ในบางคนอาจเป็นเสียงคนพูดชมเชยหรือให้กำลังใจก็ได้ เสียงที่ได้ยินมักเป็นช่วงๆ ในบางคนอาจมีทั้งวันก็ได้ ในช่วงแรกที่ได้ยินเขาจะแยกไม่ออกกว่านี่คือเสียงแว่ว เพราะตามการรับรู้ของเขา เขาได้ยินเป็นเสียงจริงๆ เหมือนกับเสียงของคนอื่นๆ นอกจากนี้ระบบการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลของเขาก็สูญเสียไป ทำให้เขาไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่านี่ไม่น่าจะใช่เรื่องจริง คนทั่วไปมักจะมองว่าเขาคิดไปเอง หรืออย่าไปสนใจมันสิ แต่ในระยะที่อาการมากนั้นเขาไม่สามารถคิดเช่นนั้นได้ ปัจจุบันทางการแพทย์เชื่อว่าประสาทสมองของคนที่เป็นโรคจิตเภทมีการทำงานผิดปกติไป มีการกระตุ้นการทำงานของสมอง

ส่วนรับรู้เสียง ทำให้เขาได้ยินเสียงซึ่งไม่แตกต่างไปจากเสียงจริง เขาไม่ได้ต้องการให้เกิด แต่มันเป็น
ขึ้นมาจาก

ในระยะต้นๆ เสียงที่เขาได้ยินอาจเป็นคำพูดสั้นๆ เช่น “อดทนเข้าไว้” “ระวังอันตราย” แต่
ส่วนใหญ่จะได้ยินเสียงพูดเป็นเรื่องเป็นราวมากกว่า บางครั้งเขาก็คิดได้ตอบกับเสียงไป แต่ส่วนมาก
จะพูดได้ตอบ คนอื่นจะสังเกตเห็นว่าเขาพูดพิมพ์ ทำท่าพยับเพ็ดกับใครอยู่ หรือหัวเราะกึกกัก
โดยมักจะเป็นเวลาอยู่คนเดียว บางครั้งขณะพูดกับคนอื่นอยู่จู่ๆ เขาก็หยุดพูดไปเฉยๆ ซึ่งส่วนใหญ่
พบว่าเป็นเพราะมีเสียงแว่วแทรกเข้ามา ในระยะที่เขาเริ่มอาการดีขึ้นแล้วส่วนใหญ่ก็จะทราบว่
ลักษณะแบบนี้ทำให้คนอื่นมองแล้วไม่ปกติ เขาจึงพยายามไม่พูดได้ตอบกับเสียง จะทำเฉพาะเวลา
อยู่คนเดียว หรืออาจใส่หูฟังเพื่อกลบเสียงแว่ว

เสียงที่ได้ยินนอกจากเป็นเสียงคนซึ่งพบได้บ่อยแล้วยังอาจเป็นเสียงอื่นๆ เช่น เสียงระฆัง
เสียงนาฬิกา เสียงคนเคาะโต๊ะ ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก

2. **Visual hallucination** ประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือภาพหลอน พบได้ประมาณร้อยละ 10 เขาจะเห็นภาพคนมาพูดคุยด้วย เห็นสายลับมาติดต่อ เห็นบุคคลสำคัญต่างมาหา เห็นภูตผี
ปีศาจ โดยอาจมีลักษณะรูปร่างเหมือนคนปกติหรือมีลักษณะแปลก เป็นเทพ เป็นองค์ต่างๆ ก็ได้ ส่วนใหญ่จะเห็นภาพพร้อมกับได้ยินเสียง ผู้ที่มีแต่ภาพหลอนอย่างเดียว มักจะเป็นจากการใช้
สารกระตุ้นประสาทหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นขณะหยุดสุรากะทันหันมากกว่า
3. **Tactile hallucination** ประสาทหลอนด้านการสัมผัส ผู้ป่วยมักรู้สึกผิดปกติจากการสัมผัสทาง
ผิวหนัง เช่น รู้สึกมีมด มีแมลงมาไต่ตามตัว รู้สึกร้อนเป็นไฟเพราะคิดว่าตนเองถูกไฟไหม้
4. **Olfactory hallucination** ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น ผู้ป่วยมักได้กลิ่นที่ผิดปกติที่ไม่มีอยู่จริง
ในขณะนั้น เช่น ได้กลิ่นเหม็นเน่า กลิ่นหอม กลิ่นศพ กลิ่นแก๊ส กลิ่นเหม็นไหม้
5. **Gustatory hallucination** ประสาทหลอนทางการรับรส ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกถึงรสชาติต่างๆ ใน
ปาก โดยที่ยังไม่ได้ทานอาหาร เช่น รู้สึกขมในปากและลิ้น รู้สึกเผ็ดร้อนในปากและลิ้น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้

การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย และผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นจริง การ
ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่น ป้องกันการเกิด
อันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะอาด และเรียบร้อย แสงเพียงพอ โดย

Hallucination สิ่งแวดล้อมสงบ ปลอดภัย แต่เสียงไม่เจ็บบจนเกินไป

Illusion สิ่งแวดล้อมสงบ ปลอดภัย ไม่ควรมีเสียงรบกวน

ควรมีการประเมินการรับรู้ความจริงเป็นระยะ โดยรับฟังแบบไม่โต้แย้ง ไม่ตลกขบขันหรือล้อ
ตาม และควรมีการให้ความเป็นจริง (Present reality) แก่ผู้ป่วยเมื่อมีอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มบำบัดเพื่อลดการคิดหมกมุ่นหรือจินตนาการ

เอกสารประกอบการสอน
รายวิชา 619252 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2
เรื่อง รูปแบบการบำบัดทางจิต
อาจารย์ผู้สอน อาจารย์รัชดาภรณ์ ใจอ้าย
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี

เนื้อหา

1. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)
2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)
3. การจำกัดพฤติกรรม (Limit Setting)
4. การรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Psycho Pharmacotherapy)
5. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy)
6. การรักษาทางจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายลักษณะของรูปแบบการบำบัดทางจิตแต่ละชนิดได้
2. อธิบายความหมายและความสำคัญของรูปแบบการบำบัดทางจิตแต่ละชนิดได้
3. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตามรูปแบบการบำบัดทางจิตแต่ละชนิดได้
4. วางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวชตามรูปแบบการบำบัดทางจิตแต่ละชนิดได้

พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)

พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมาย มีสาเหตุและความเป็นมาที่น่าสนใจ สามารถพิสูจน์ได้ซึ่งเป็นแนวความคิดของนักทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้มาผิด ๆ เราสามารถลบพฤติกรรมที่เรียนรู้มาผิด ๆ ได้ด้วยการทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง วิธีการนี้เรียกว่าพฤติกรรมบำบัด ถือเป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชอย่างหนึ่ง มุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาศัยหลักการทางจิตเวชศาสตร์ จิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม และผลการทดลองเรื่องการเรียนรู้ในสัตว์และมนุษย์

ความหมาย

พฤติกรรมบำบัด หรือที่เรียกว่า Behavior Therapy คือการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้ และผลการทดลองทางจิตวิทยา มาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแก้ไขพฤติกรรมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต

หลักการพื้นฐาน (Basic Principle)

หลักการของพฤติกรรมบำบัด อาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีการเรียนรู้ ของนักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ได้มีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์มากมายโดยอาศัยวิธีทางวิทยาศาสตร์ ผู้ริเริ่มคือ วัตสัน (John B. Watson) เชื่อว่า “พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ถ้าเราใช้วิธีการเรียนรู้เข้าไปก็จะสามารถลบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้” (Deviant behavior is learned so it can be unlearned)

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาใช้ คือทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่ม Associationist เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง

ลักษณะทฤษฎีที่นำมาใช้

1) **Classical Conditioning** เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการที่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม มักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งอาศัยความใกล้ชิดและการฝึกหัด โดยการนำเอาสิ่งเร้าที่เป็นกลางมาควบคู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการตอบสนอง ทำในเวลาใกล้เคียงกันและทำบ่อย ๆ จนสิ่งเร้าที่เป็นกลางสามารถทำให้เกิดการตอบสนองได้ ดังเช่น การทดลองของ พาฟลอฟ (Pavlov) โดยใช้เสียงกระดิ่งมาควบคู่กับอาหารทุกครั้งที่ตั้ง

กระดิ่งจะให้อาหารสุนัข ทำหลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งต่อมาสั่งกระดิ่งเพียงอย่างเดียวสามารถให้สุนัขนำลายไหลได้ แสดงว่าสุนัขเกิดการเรียนรู้จากการเชื่อมโยงระหว่างเสียงกระดิ่งและอาหาร

ต่อมา วัตสัน นำความคิดของ พาฟลอฟ มาทดลองกับคนเพื่อศึกษาการเรียนรู้ของคน โดยทดลองกับเด็กชายอัลเบิร์ต (Albert) ซึ่งอายุ 2 ปี ขณะที่เด็กชายอัลเบิร์ตกำลังจะเอื้อมมือไปจับหนูขาว วัตสัน จะใช้ฆ้อนตีแผ่นเหล็กให้เกิดเสียงดัง จนเด็กชายอัลเบิร์ตตกใจทำเช่นนี้ทุกครั้ง ต่อมาเด็กชายอัลเบิร์ตเกิดอาการกลัวหนูขาว เพราะเกิดเรียนรู้ชนิดเชื่อมโยงระหว่างเสียงดังกับการจับหนูขาว ต่อมาวัตสันได้ทดลองใหม่โดยทุกครั้งที่ได้เด็กจับหนูขาวให้มารดาอยู่ด้วย โดยมารดาคอยโอบกอดให้ความอบอุ่น และให้รางวัลเข้ามาแทนที่เสียงฆ้อนตีแผ่นเหล็ก ทำเช่นนี้บ่อยครั้งจนกระทั่งเด็กชายอัลเบิร์ตไม่กลัวหนูขาว และสามารถเล่นกับหนูขาวได้เช่นเดิม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นเราสามารถใช้ในการเรียนรู้ใหม่เข้าไปลบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้การเรียนรู้แบบ Classical Conditioning จะเน้นทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ดังการทดลองของ มาควิส (Marquis, 1931) ทดลองกับเด็กอายุ 2-9 ปี โดยปกติเด็กเล็ก ๆ เมื่อนำหัวนมมาถูบริเวณปากเด็กจะอ้าปากและดูดหัวนมซึ่งเป็นพฤติกรรมรีเฟล็กซ์ (reflex) แต่ มาควิส ทำเสียงหึ่งๆ ก่อนให้นมเด็กด้วยทุกครั้ง ต่อมาเมื่อทำเสียงหึ่งๆ เพียงอย่างเดียว เด็กก็จะอ้าปากและทำอาการเหมือนดูดนมหรือจากการทดลองให้คนไข้ปัสสาวะเมื่อได้ยินเสียงกริ่ง โดยครั้งแรกๆ ใช้การสอดท่อเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ แล้วเป่าลมเข้าท่อปัสสาวะก่อนเป่าลมให้กดกริ่ง 2-3 นาที ทำเช่นนี้หลายๆ ครั้ง จนในที่สุดคนไข้จะถ่ายปัสสาวะได้เมื่อได้ยินเสียงกริ่ง

2) Operant Conditioning เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมเอง โดยมีต้องรอให้มีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น การเดิน การพูด การรับประทานอาหาร เมื่อผู้เรียนกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับรางวัล ซึ่งรางวัลจะเป็นผลให้ผู้เรียนกระทำพฤติกรรมนั้นๆ อีก สกินเนอร์ เห็นว่าพฤติกรรมของคนส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้แบบ operant conditioning และสิ่งสำคัญที่ทำให้คนแสดงพฤติกรรมซ้ำๆ อีกก็คือ การได้รับแรงเสริม (reinforcement) การทดลองของ สกินเนอร์ โดยการจับหนูที่กำลังหิวใส่กล่องทดลอง “Skinner’s box” ปรากฏว่าหนูวิ่งไปมา บังเอิญไปเหยียบคันเข้าและมีเสียงดังแกร็ก มีอาหารตกลงมาหนูได้รับอาหารเป็นรางวัล ต่อมาหนูจะเฝ้ากดคันได้ในระยะเวลาสั้นขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้

ต่อมา สกินเนอร์ ทดลองกับนกพิลาป โดยการนำหลักการเสริมแรงมาปรับพฤติกรรม (shaping) เพื่อให้สัตว์แสดงพฤติกรรมตามที่ตนต้องการ และต่อมาสกินเนอร์ ได้นำวิธีการปรับพฤติกรรม (shaping) มาใช้กับการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตในโรงพยาบาลประสาท

ความเป็นมาของพฤติกรรมบำบัด

การทดลองของพาฟลอฟ ทฤษฎีการเรียนรู้โดยวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) เน้นการนำสิ่งเร้าสองสิ่งมาควบคู่กันในเวลาใกล้เคียงกันและทำบ่อย ๆ จนสามารถทำให้สิ่งเร้าที่เป็นกลางกลายเป็นสิ่งเร้าที่สามารถทำให้เกิดการตอบสนองได้ด้วยตัวของมันเอง โดยทดลองให้สุนัข

การทดลองของวัตสัน ทดลองในเด็กชายอัลเบิร์ต กับหนูขาวเกิดการถ่ายโยงไปยังสัตว์อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายหนูขาว (Generalization)

การทดลองของสกินเนอร์ ทฤษฎี Operant Conditioning ได้แนวคิดในการเสริมแรง (Reinforcement) มาใช้ในพฤติกรรมบำบัด

โจเซฟ วูลเป (Joseph Wolpe) ได้นำวิธีการกระบวนกรลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ (Systematic Desensitization) โดยลดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งทำให้เกิดความกังวลกับปฏิกิริยาตอบสนอง ให้ค่อยๆ หายไปอย่างมีระบบ วิธีนี้มักใช้ร่วมกับเทคนิคอื่น เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training)

จอห์น ล็อก (John Locke, 1650) ได้ทดลองพบว่า ถ้าเด็กกลัวกบ จะแก้ไขโดยให้จับกบวางในระยะที่ห่างพอดีที่จะไม่ตกใจ ให้เด็กมองกบกระโดด ให้เด็กเข้าใกล้กบทีละน้อยจนสามารถจับกบได้เอง วิธีนี้ต่อมาเรียกว่า Exposure in VIVO

สกินเนอร์ และลินด์ลีย์ (Skinner & Lindsley, 1954) ทดลองทางจิตวิทยาเกี่ยวกับวิธีควบคุมและเปลี่ยนพฤติกรรมของคน และใช้คำว่า Behavior Therapy

ขั้นตอนในการทำพฤติกรรมบำบัด

ในขั้นแรกจะต้องเริ่มโดยการทำวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา (Functional analysis) ก่อนเพื่อศึกษาข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

- 1) วัดความถี่ของพฤติกรรมที่ต้องการจะเปลี่ยน (frequency) ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- 2) ศึกษาสถานการณ์ที่เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ (situation)
- 3) ศึกษาถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมนั้น (consequence)

เมื่อแน่ใจและทราบถึงพฤติกรรมที่ต้องการจะปรับแก้ เราจะเลือกวิธีการที่จะใช้ในการปรับแก้

เทคนิคและวิธีการของพฤติกรรมบำบัด

1. การควบคุมและรายงานผลตนเอง (Self Monitoring) เป็นการประเมินตนเอง ตรวจสอบพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. การเสริมแรง (Reinforcement) เป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม โดยการให้แรงเสริมบวกหรือลดแรงเสริมลบทันทีที่เกิดพฤติกรรมที่พึงพอใจ (แรงเสริมบวกเป็นสิ่งที่ผู้รับพึงพอใจ ส่วนแรงเสริมลบเป็นสิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจ)
3. การลงโทษ (Punishment) เป็นการลดความถี่ของพฤติกรรม โดยการให้สิ่งที่ผู้รับไม่พึงพอใจ หรือการลดสิ่งเร้าที่พึงพอใจ เช่น เด็กเกเร แม่ดู หรือบางครั้งแม่อาจใช้วิธีการเมินเฉยแทน

หลักการเสริมแรงและการลงโทษ (Reinforcement and Punishment)

	ให้	ลด
Reinforcement	Positive Reinforcer	Negative Reinforcer
Punishment	Negative Reinforcer	Positive Reinforcer

4. เทคนิคการปรับแต่ง (Shaping Technique) คือการปรับแต่งพฤติกรรมจากพฤติกรรมง่าย ๆ ไปสู่พฤติกรรมที่ซับซ้อน อาจอาศัยกระบวนการ 2 กระบวนการ คือ
 - 4.1 *Successive approximation* เป็นการใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) กับพฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เราต้องการ โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน เริ่มต้นด้วยพฤติกรรมแรก ๆ ไปจนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย
 - 4.2 *Chaining* เป็นการนำพฤติกรรมย่อย ๆ ต่าง ๆ มาเรียงลำดับจากพฤติกรรมแรก ๆ (initial) จนถึงพฤติกรรมขั้นสุดท้าย (terminal) แล้วเริ่มฝึกจากพฤติกรรมขั้นสุดท้ายขึ้นมา
5. การวางเงื่อนไขแบบเคาเตอร์ (Counter Conditioning) เป็นการนำหลักการเรียนรู้ด้วยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) มาใช้ในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยการจับคู่ระหว่างสิ่งเร้าที่เป็นกลาง กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยตัวของมันเอง โดยการซ้ำ ๆ กัน จนกระทั่งสิ่งเร้าที่เป็นกลางกลายเป็นเงื่อนไขของพฤติกรรม การใช้เทคนิคนี้เป็นการเปลี่ยนคุณค่าของสิ่งเร้า Joseph Wolpe ได้นำวิธีการ Counter Conditioning มาใช้เพื่อลดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกังวลใจกับปฏิกิริยาตอบสนองดังเช่น วิธี Systemic Desensitization

Systemic Desensitization คือการลดความรู้สึกรวิตกกังวลอย่างมีระบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

- 1) Hierarchy construction การจัดลำดับความกังวลจาก มากที่สุดไปน้อยที่สุด
 - 2) Relaxation training การฝึกการผ่อนคลายความเครียด
 - 3) Pairing of relaxation and anxiety scene การจับคู่ระหว่างการผ่อนคลายกับวิตกกังวล
6. เทคนิคการใช้ตัวแบบ (Modeling technique) คือ เทคนิคการลดความกลัว หรือความวิตกกังวลโดยการให้ดูตัวแบบ หรือตัวอย่างที่อยู่ใกล้เคียงกับคนไข้แล้ว ให้เลียนแบบ อาจใช้หลักของ relaxation เข้าช่วย โดยมีความเชื่อว่า “มนุษย์เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากการสังเกตและปฏิบัติ ตามพฤติกรรมของมนุษย์มักเกิดจากการได้สังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น” วิธีนี้อาจใช้คู่กับ Systemic Desensitization เช่น การทดลองของ Bandura ในเด็กกลัวสุนัข ผู้บำบัดสร้าง Model ที่ดี ให้เด็กดูภาพที่เด็กเล่นกับสุนัขอย่างสนุกสนาน จัดลำดับความกลัวของเด็กจากน้อยไปมาก จากนั้นเอา Model ให้เด็กดู ให้เด็กปฏิบัติทีละขั้นตอนจากน้อยไปมาก ถ้าเด็กรู้สึกเครียดเมื่อเด็กเครียดมากให้เด็กทำ relaxation โดยผู้บำบัดสอนหรือให้บิดา มารดาอยู่ใกล้ซิด
7. การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่ควรแสดงออกในสังคม โดยไม่วิตกกังวล เพื่อขจัดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีความรู้สึกกังวล (เป็นการขจัด Unadaptive anxiety response) Wolpe ได้ใช้วิธีการ Assertive training โดยให้ผู้รับการบำบัดกับผู้บำบัดผลัดกันเล่นบทบาท ให้ผู้รับการบำบัดช่วยดูจุดบกพร่องจากการแสดงบทบาทนั้น จนผู้รับการบำบัดจะเห็นว่าควรแก้ไขพฤติกรรมของตนเองตรงไหน และนำไปฝึกหัดในทางจิตเวช

พฤติกรรมบำบัด มักนิยมใช้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- 1) เด็กที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Conduct behaviors in children) เด็กที่มีปัญหาการขบถ การควบคุมกล้ามเนื้อขบถ เด็กดูดี เด็กกลัวโรงเรียน เป็นต้น ใช้วิธีการเสริมแรงจะได้ผลดี
- 2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพึ่งพา (Dependent patient) ในพวก alcoholism, drug abuse ใช้ Classical conditioning technique ใช้พวก Antabuse (disulfiram) ทำให้คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ผู้ป่วยจะกลัว
- 3) ผู้ที่มีความพิการทางปัญญา (Mental retardation) ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้ พยาบาลยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง
- 4) โรคอ้วน (Obesity) พวกที่รับประทานมากเกินไป ทำพฤติกรรมบำบัด โดย
 - ▶ การประเมินและกำกับตนเอง (Self monitoring) จดเวลารับประทานอาหารไว้ทุกครั้ง
 - ▶ แยกแยะสิ่งเร้าที่ทำให้อยากอาหาร จำกัดเวลา สถานที่

▶ ผลัดผ่อนเวลารับประทานอาหารให้เลื่อนไปเรื่อยๆ

▶ การใช้แบบอย่าง (Modeling)

- 5) โรคกลัวผิดปกติ (Phobia) ในผู้ป่วยที่กลัวผิดปกติ
- 6) โรคที่เจ็บปวดจากสภาวะทางจิตใจ (Psychogenic pain)
- 7) ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยหวาดระแวง (Schizophrenia & Paranoid)

กระบวนการรักษาพฤติกรรมบำบัด

- รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์
- ตั้งวัตถุประสงค์ร่วมกันให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เต็มใจรักษา และเป็นวัตถุประสงค์ที่สามารถทำได้
- ร่วมกับผู้ป่วยเลือกกลวิธีในการรักษา
- ดำเนินการตามวิธีการที่เลือกไว้
- ประเมินผลทุกขั้นตอนร่วมกับผู้ป่วยหากขั้นตอนไหนไม่บรรลุต้องค้นหาวิธีใหม่
- ยุติการรักษาเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

บทบาทของพยาบาลในการทำพฤติกรรมบำบัด

- พยาบาลเป็นผู้บำบัด หรือผู้ช่วยบำบัด
- จัดสถานที่และอุปกรณ์ในการบำบัด
- ร่วมกับผู้ป่วยเลือกวิธีในการรักษา
- ให้กำลังใจขณะดำเนินการรักษา
- ประเมินผลและยุติการรักษา

โดยสรุปพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชอย่างหนึ่ง ที่มุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและเป็นไปได้ มากกว่าการมุ่งแก้ไขข้อขัดแย้ง โดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีที่นำมาใช้คือ ทฤษฎี Classical conditioning เน้นที่สิ่งเร้าและการตอบสนอง โดยอาศัยการฝึกหัด และทฤษฎี Operant conditioning เน้นที่ผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมก่อนแล้วจึงได้รับรางวัล เมื่อผู้กระทำทำแล้วได้รางวัลจึงเกิดการกระทำอีก เน้นที่การเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งมีเทคนิคและวิธีการในการปรุงแต่งพฤติกรรม คือ การประเมินและรายงานตนเอง (Self Monitoring) การเสริมแรง (Reinforcement) การลงโทษ (Punishment) เทคนิคการตกแต่งพฤติกรรม (Shaping Technique) การวางเงื่อนไขโดย Counter Conditioning การใช้เทคนิค Modeling การใช้การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออก

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

เป็นการรักษาทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในกลุ่ม Somatic หรือ Organic therapy ด้วยการให้กระแสไฟฟ้าจำนวนที่ต้องการจากเครื่อง ECT ผ่านเข้าสมองบริเวณที่กำหนดทำให้เกิดอาการ generalized หรือ grand-mal seizure หรือ tonic-clonic convulsion มีผลทำให้อาการของโรคทางจิตเวชบางชนิดทุเลาลงหรือหายได้

การรักษาด้วยวิธี Electroconvulsive Therapy (ECT) เป็นวิธีที่นิยมใช้รักษาในปัจจุบันเป็นอันดับรองจาก Phamacotherapy และยังเป็นที่ยอมรับกันมากในโรงพยาบาลจิตเวช บุคลากรจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการปฏิบัติและผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย

ประเภทของการรักษาด้วยไฟฟ้า

- Classical or Unmodified ECT** เป็นการรักษาโดยไม่มีการใช้ยาสลบเพื่อช่วยให้หมดความรู้สึก วิธีนี้จะทำโดยที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวอยู่ เป็นวิธีที่นิยมมากของโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย
ข้อดี : ผู้ป่วยรู้สึกตัวเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ช่วยลดขั้นตอน ค่าใช้จ่าย และบุคลากรในการดูแล
ผลข้างเคียง : ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวมาก
- Modified ECT** เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ยาสลบเข้ามาช่วยร่วมกับยาลดกล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการชักที่ไม่รุนแรง โดยวิธีนี้จะต้องทำในห้องผ่าตัดหรือห้องที่มีเครื่องช่วยหายใจพร้อม
ข้อดี : ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ลดความกลัวและความวิตกกังวลใดๆ
ผลข้างเคียง : ผู้ป่วยอาจหยุดหายใจขณะทำ

ทฤษฎีการรักษาด้วยไฟฟ้า

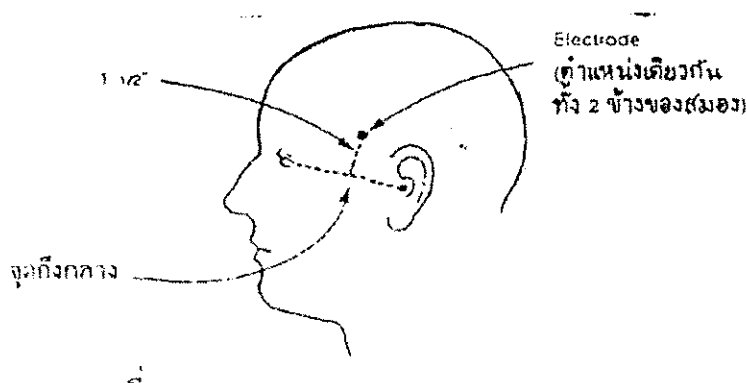
ในด้านกลไกการรักษาด้วย ECT ยังไม่ทราบเป็นที่แน่นอนแต่ก็มีการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับกลไกการรักษาอาการทางจิตของการทำ ECT ไว้หลายทฤษฎี เช่น

- ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะช็อก (Theory of Shock)** เชื่อว่าภาวะช็อกทำให้มีอาการชัก ทำให้คนเกิดอาการตกใจ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตนี้เกิดขึ้นบ่อยๆ กับบุคคล ก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัวตามทฤษฎีของ selye ที่ว่า ภาวะวิกฤตเมื่อเกิดขึ้นบ่อยๆ ก็จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความกดดันและสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

- ทฤษฎีเกี่ยวกับความจำ (Theory of Memory Trace) เชื่อว่ากระแสไฟฟ้าจากการทำ ECT จะไปทำลายร่องรอยความจำในปัจจุบันมากกว่าความจำในอดีต อันจะทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเสื่อมเหตุการณ์ในปัจจุบันที่ทำให้ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นการลืมแบบถอยหลัง (Retrograde amnesia)
- ทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษ (Theory of Punishment) เชื่อว่าการทำ ECT เปรียบเสมือนการลงโทษ มักจะได้ผลกับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า รู้สึกบาปรุนแรงซึ่งจะมีอาการดีขึ้นถ้าได้รับการลงโทษ
- ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางเงื่อนไข (Theory of Conditioning Model) เชื่อว่าการทำ ECT จะเกิดผลที่ผู้ป่วยไม่พึงปรารถนา คือภาวะซีด ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการลงโทษ เมื่อนำมาสัมพันธ์กันแบบวางเงื่อนไข ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ โดยพยายามขจัดพฤติกรรมที่ผิดปกติออกไป เพื่อไม่ให้ถูกลงโทษ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
- Biochemical Theory** เป็นทฤษฎีที่ได้รับการเชื่อถือมากที่สุด โดยอธิบายว่ากระแสไฟฟ้าจากการทำ ECT ที่ผ่านเข้าไปในสมองจะช่วยกระตุ้นให้มีการหมุนเวียนและปรับสมดุลของ Neurotransmitters ที่สำคัญ คือ serotonin, dopamine, norepinephrine รวมเรียกว่า Biogenic amines ส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้น

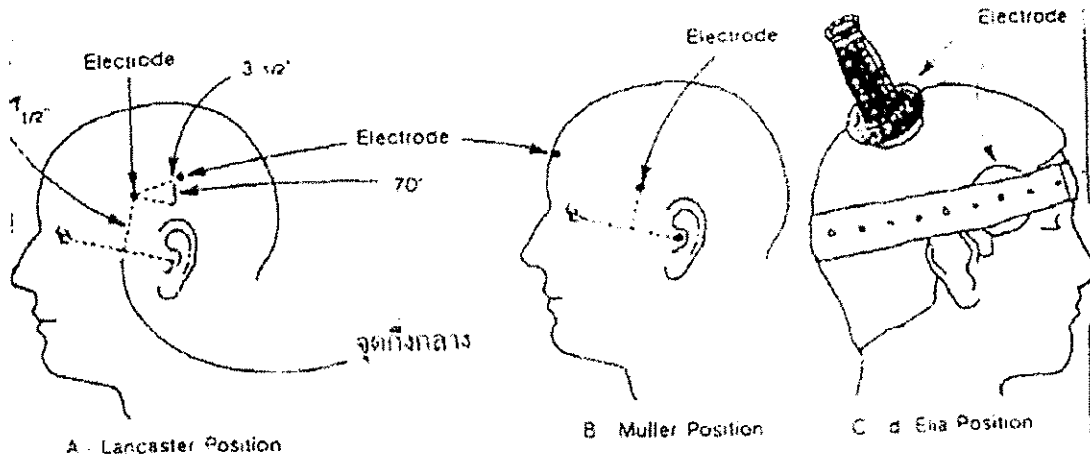
การวางขั้วไฟฟ้า (electrode) บนศีรษะ

- Bilateral ECT** โดยวางขั้วไฟฟ้าที่ขั้วบริเวณ temporal lobe ทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองทั้ง 2 ซีก โดยวัดจากบริเวณหางตามาถึงหน้าหูแล้วแบ่งจุดกึ่งกลาง วัดจากจุดกึ่งกลางขึ้นไปประมาณ 3 ซม. คือตำแหน่งที่วางขั้วไฟฟ้าและวางในตำแหน่งเดียวกันทั้ง 2 ข้าง นิยมใช้ในปัจจุบัน



รูปที่ 1 แสดงการวัดและตำแหน่งการวางขั้วไฟฟ้าแบบ Bilateral Electrode Placement

2. **Unilateral ECT** วางขั้วไฟฟ้า 2 อันบนศีรษะข้างเดียวกันโดยวางข้างที่ nondominate hemisphere เช่น คนที่ถนัดมือขวาวางขั้วไฟฟ้าบนศีรษะด้านขวาทั้ง 2 ตำแหน่ง จุดที่ 1 ลากเส้นตั้งฉากขึ้นไปจากจุดกึ่งกลางระหว่างหางตาและหน้าหูประมาณ 3 ซม. เป็นตำแหน่งที่วางขั้วไฟฟ้าอันที่ 1 จุดที่ 2 ลากเส้นจากจุดที่ 1 ห่างออกไป 6 ซม. โดยทำมุม 70° กับเส้นแรก เป็นตำแหน่งที่วางขั้วไฟฟ้าอันที่ 2 วิธีการนี้มีข้อดีคือ ลดอาการสับสน (confusion) และอาการหลงลืมหลังทำ



รูปที่ 2 แสดงการวัดและตำแหน่งการวางขั้วไฟฟ้าแบบ Unilateral Electrode Placement

ข้อบ่งใช้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าทุกชนิดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ยอมกินน้ำ กินอาหาร ที่อาจทำให้เสียชีวิตได้
2. ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder)
3. ผู้ป่วยจิตเภทชนิดคลั่งหรือซึมเฉย (Catatonic schizophrenia)
 - Catatonic stupor ซึมเฉย ไม่เคลื่อนไหว
 - Catatonic excitement คลั่ง วุ่นวาย
4. ผู้ป่วย Bipolar disorder ในระยะคลั่งและระยะเศร้า
5. ผู้ป่วยที่มีอารมณ์ผิดปกติทางจิตที่รักษาด้วยยาและวิธีอื่นๆ ไม่ได้ผล

ข้อห้ามใช้

1. Brain tumor, Brain edema, cerebral hemorrhage เพราะการทำ ECT จะทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้น
2. ผู้สูงอายุที่ร่างกายไม่แข็งแรง
3. ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเช่น severe hypertension, acute myocardial infarction เพราะขณะชักอาจเกิด arrhythmia ได้ เมื่อได้รับการรักษาจนอาการของโรคหัวใจดีขึ้นแล้ว รวมทั้งตรวจ EKG และ cardiac enzymes อยู่ในเกณฑ์ปกติอาจทำ ECT ได้แต่ต้องด้วยความระมัดระวัง
4. ผู้ป่วยวัณโรคระยะรุนแรง เช่น TB Spine
5. ผู้ป่วยติดเชื้อมีไข้มสูง, ร่างกายอ่อนแอหรืออ่อนเพลียมาก

ขนาดและจำนวนครั้งในการทำ ECT

ปริมาณของกระแสไฟฟ้าที่ใช้ในการรักษาผ่านเข้าสู่สมองของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับการกำหนดของเครื่องECT ที่นำมาใช้ ร่วมกับลักษณะของผู้ป่วย โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 70-130 โวลต์ ในระยะเวลา 0.5-2 วินาที แล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา จำนวนครั้งของการทำ ECT แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโรคและอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภททำประมาณ 8-16 ครั้ง ผู้ป่วยซึมเศร้าทำประมาณ 5-10 ครั้ง ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้มาแล้วจะต้องใช้จำนวนครั้งเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

โดยปกติแล้วการทำ ECT จะทำวันเว้นวัน หรือ 3 ครั้งในสัปดาห์แรก แล้วลดลงเหลือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมากอาจทำ เข้า เย็น ในวันแรก

อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อน แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ขณะทำ ECT ในช่วงที่ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย พบว่ามีความดันโลหิตสูงหรือต่ำ ไม่เสมอกัน มีการเต้นของหัวใจผิดปกติหวัหะ (arrhythmia) อาจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติแต่ไม่เป็นอันตราย นอกจากนี้อาจมีอาการชักนาน, ขากรรไกรแข็ง, สำลักหรือหยุดหายใจนาน
2. หลังทำ ECT
 - ระยะสั้น จะพบอาการง่วง สับสนชั่วคราว ปวดศีรษะ(ประมาณ 1-2 ชม.) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและคลื่นไส้
 - ระยะยาว อาจมีความจำบกพร่อง หรือผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าคุณเองหลงลืม (amnesia) พบได้ทั้ง anterograde amnesia และ retrograde amnesia คิดช้าลง อาการเหล่านี้จะเริ่มดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยหยุดทำ ECT ประมาณ 3-6 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยมักคิดว่าสมองถูกทำลายจากการทำ ECT แต่อาการเหล่านี้มักเป็นผลจากจำนวนครั้งที่ทำและการเจ็บป่วยที่ยาวนานร่วมด้วย

อาการข้างเคียงอื่นๆ

- กระจกและข้อเคลือบ เนื่องมาจากการเกร็งและกระตุกที่รุนแรง จึงจำเป็นต้องมีการ support บริเวณข้อต่อต่างๆ ขณะผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าว
- สมองถูกทำลาย พบได้น้อยและยังคงมีการศึกษาต่อไป แต่การใช้ไฟฟ้าในขนาดที่เหมาะสม การให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการให้ยาคลายกล้ามเนื้อ (anticholinergic) พอช่วยได้
- การชักที่ไม่สมบูรณ์ (Incomplete seizure) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดมาก กลัว ตื่นตระหนก และอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา
- การเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตจากการรักษาด้วย ECT พบต่ำกว่า 0.1% (1:1000 – 1:10000) ส่วนใหญ่พบได้จากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด และมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว จึงควรเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าและหลีกเลี่ยงการใช้ ECT รายที่มีข้อห้าม

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

1. การพยาบาลก่อนทำ ECT

การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ ECT

1.1 การเตรียมเครื่องใช้

- เครื่อง ECT พร้อมแป้น Electrode, สายยางพันรอบศีรษะ
- Jelly สำหรับทาแป้น Electrode เพื่อเป็นสื่อนำกระแสไฟฟ้า
- เตียง, ผ้ายาง, ผ้าคลุมผู้ป่วย, ผ้าผูกมัด, ผ้าขนหนู
- หมอนทรายสำหรับรองต้นคอ เอว
- ไม้กดลิ้นหุ้มสำลีพันผ้ากอซ
- Emergency set, เครื่องออกซิเจน
- ชุด suction และ Endotracheal tube

1.2 การเตรียมผู้ป่วย

ก.ด้านร่างกาย

- ตรวจสอบ Chart ผู้ป่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และใบเซ็นยินยอมการรักษา
- บอกให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารเมื่อเช้าในวันที่ทำ ECT หรืออย่างน้อย 4 - 6 ชั่วโมง ก่อนทำ
- วัดสัญญาณชีพพร้อมลงบันทึก
- ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะให้เรียบร้อย

- ถอดฟันปลอมและเครื่องประดับออกให้เรียบร้อยพร้อมสวมเสื้อผ้าที่หลวมๆ
- ในผู้ป่วยหญิงห้ามแต่งหน้า ทาปาก ทาเล็บเพื่อจะได้สังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน
- ให้ pre-medication (ถ้ามี) เช่น atropine sulfate เพื่อลดการหลั่งน้ำลายขณะทำ
- งดยาที่มีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำและยารักษาอาการซึมเศร้าก่อน เพราะอาจจะเสริมฤทธิ์กัน ทำให้เกิดอันตรายแก่หัวใจได้

ข. การเตรียมด้านจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องรักษาด้วยไฟฟ้าจะกังวลและกลัวมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวความจำเสื่อม กลัวไม่ฟื้น ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบดังนี้

- อธิบายถึงเหตุผลที่ต้องทำ ECT โดยบอกว่าเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้อาการไม่สบายใจต่างๆ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองดีขึ้น
- บอกถึงขั้นตอนในการทำอย่างคร่าวๆ โดยบอกว่าขณะทำผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวด จะหลับไปชั่วครู่แล้วตื่นขึ้นมา ระหว่างทำจะมีแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา
- ใช้คำว่า “รักษาโดยใช้ไฟฟ้า” ไม่ใช่คำว่า “ช็อตไฟฟ้า” เพราะฟังดูน่ากลัว
- บอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าอาการงุนงง ปวดศีรษะและจำไม่ได้จะเป็นอยู่ชั่วคราว แล้วความจำจะค่อยๆ กลับมาเองจนเป็นปกติ

2. การพยาบาลขณะทำ ECT

2.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง ไม่หนุนหมอน ใช้หมอนทรายรองส่วนโค้งของกระดูกบริเวณบั้นเอว เพื่อป้องกันกระดูกสันหลังเคลื่อนหรือหัก

2.2 ใช้หมอนทรายอีกใบหนุนบริเวณต้นคอ ให้ผู้ป่วยแหงนหน้าขึ้นเล็กน้อย ป้องกันกระดูกคอเคลื่อนหรือหัก

2.3 เจ้าหน้าที่คอยจับผู้ป่วยขณะให้การรักษา ควรมี 4-5 คน

- **คนที่ 1** - ยืนอยู่บริเวณเหนือศีรษะของผู้ป่วยติดแผ่น electrode ที่บริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง โดยก่อนจะวางแผ่น electrode บนผิวหนัง จะต้องทาด้วย Jelly หรือน้ำเกลือก่อน เพื่อเป็นสื่อนำไฟฟ้าป้องกันการไหม้พองและไม่ต้องการให้กระแสไฟฟ้าพุ่งเข้าสู่ตัวผู้ป่วยมากเกินไป ถ้าใช้น้ำเกลือเป็นอิเล็กโทรไลต์ต้องหุ้มด้วยสำลีหรือผ้ากอซเพื่อจะได้ดูดซับน้ำเกลือไว้ จากนั้นพันโดยใช้สายยางรัด

- ใส่น้ำเกลือออกซิเจน canular ที่ต่อจากเครื่องออกซิเจนให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

- ให้ผู้ป่วยอ้าปาก ใช้ไม้กดลิ้นพันผ้ากอซหรือ Oral away สอดระหว่างฟันกรามเพราะแข็งแรงกว่าฟันซี่อื่นๆ ตรวจสอบไม่ให้ลิ้นอยู่ระหว่างฟัน เพื่อป้องกันการกดลิ้นขณะผู้ป่วยกระตุก

- ต่อขั้วไฟฟ้าที่ตัว Electrode

- ใช้มือทั้งสองข้างจับคางผู้ป่วยขึ้นและยึดไว้ให้มั่นคงเพื่อป้องกันการเคลื่อนที่ของขากรรไกร ประคองคอไว้เพื่อป้องกันการเคลื่อนของกระดูกคอ

- คนที่ 2 จับไหล่และแขนซ้ายที่วางแนบไปตามลำตัว
- คนที่ 3 จับไหล่และแขนขวาที่วางแนบไปตามลำตัว
- คนที่ 4 จับข้อสะโพกและเข่าซ้าย
- คนที่ 5 จับข้อสะโพกและเข่าขวา

การจับตัวผู้ป่วย ควรจับให้แน่นในระยะเกร็งและจับหลวมในระยะกระตุก เมื่อแพทย์กดปุ่มเพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้า ระยะแรกผู้ป่วยจะหมดสติทันทีและจะมีอาการชักตามมา การชักจะชักแบบชักทั้งตัว เรียกว่า Grand mal seizure ซึ่งมีอาการเป็นขั้นตอนต่อไปนี้

- ร้องอ้า ขากรรไกรจะอ้าออก
- หมดสติ (Unconscious stage) ประมาณ 1-2 วินาที
- ระยะเกร็ง (Tonic stage) ระยะนี้ใช้เวลา 10-15 วินาที กล้ามเนื้อจะเกร็ง ระวังผู้ป่วยกัดลิ้น และอาจจะหยุดหายใจ (ปกติประมาณ 15-30 วินาที) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหยุดหายใจนานกว่า 40 วินาที ทีมงานจะต้องให้เครื่องช่วยหายใจ ให้ออกซิเจน
- ระยะกระตุก (Clonic stage) ระยะนี้จะใช้เวลา 10-60 วินาที จะเริ่มกระตุกที่หัวตาก่อนแล้ว กระตุกทั่วตา นิ้วมือ นิ้วเท้าและทั่วตัว ระยะนี้ระวังผู้ป่วยกระตุกหัก
- ระยะ Coma ผู้ป่วยเริ่มหายใจแต่ไม่รู้สติตัว หากมีน้ำลายหรือเสมหะจัดให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไว้ ลูกศรยางแดงหรือ suction ดูดออก ตรวจสอบการหายใจด้วย
- ระยะหลับ (Sleep stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยหลับหลังทำ ECT ซึ่งอาจหลับไปประมาณ 30 นาที
- ระยะสับสน (Confused stage) หลังจากผู้ป่วยรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการสับสน มึนงง

3. การพยาบาลหลังทำ ECT

3.1 จัดทำนอนหงายราบ เอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก เอาหมอนทรายที่หลังและคอกออก ไม่กดลิ้นควรทิ้งไว้จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวจึงเอาออก ตรวจสอบสัญญาณชีพพร้อมบันทึกและให้การพยาบาลเหมือนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ต้องได้รับออกซิเจนตลอดเวลา

3.2 สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ระวังการหยุดหายใจ การตกเตียงจากอาการสับสน (confusion) มึนงง โดยให้ผู้ป่วยนอนพักอ่อน เรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว เช็ดหน้าด้วยผ้าชุบน้ำสะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการสงบควบคุมตัวเองได้ควรเอาผ้าผูกมัดผู้ป่วยออกให้ผู้ป่วยนอนพัก แล้วทดสอบความรู้สึกตัว เช่น ผู้ป่วยต้องรู้ว่าตนเองชื่ออะไร เดินตรงทางไม่โซเซ จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยลุกไปทำธุระส่วนตัวและรับประทานอาหารได้ ในช่วงนี้อาจใช้เวลา 30 นาที – 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองได้จึงจะจัดส่งไปพักผ่อนที่หอผู้ป่วยดังเดิม (ควรมีผู้ดูแลผู้ป่วยจนกว่าจะรู้สึกตัวและทำกิจกรรมเองได้)

- 3.3 ผู้ป่วยจะมีอาการนึกคิดอะไรไม่ค่อยออกบางรายอาจมีอาการปวดหัวหรือปวดหลัง พยาบาลไม่ควรถามเรื่องซับซ้อนหรือต้องใช้ความคิดหรือความจำ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยกังวลมากที่นึกเรื่องราวเกี่ยวกับตนเองไม่ได้ ในระยะนี้พยาบาลอาจจะต้องให้ความรู้ใหม่ (Reorientation) เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคลที่อยู่รอบข้างและข้อมูลในด้านอื่นๆ ตามความเหมาะสม อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นว่าจะค่อยๆ หายไป ความจำจะค่อยๆ กลับมา อาการปวดหัวและปวดหลังก็จะค่อยๆ หายไปเช่นกัน และควรมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความกลัวและความวิตกกังวลจากการรักษาด้วย ECT
- 3.4 ลงบันทึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทั้งก่อนทำ ขณะทำ หลังทำและระยะเวลาในการชักพร้อมทั้งอาการผิดปกติอื่นๆ ที่สังเกตเห็นอย่างละเอียด

สรุป

ECT เป็นการรักษาวินิจฉัย Somatic treatments ที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันรองมาจากวิธี Phamacotherapy การรักษาด้วยวิธี ECT จัดเป็นการรักษาตามอาการ (Symptomatic treatments) ทำให้อาการทางจิตสงบลง เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำๆ เข้าสู่สมองของผู้ป่วยในเวลาจำกัดทำให้ผู้ป่วยชัก หมดสติแบบ Tonic-Clonic Convulsion บทบาทของพยาบาลคือ การเตรียมผู้ป่วยและเครื่องมือให้พร้อม โดยเฉพาะการเตรียมผู้ป่วยต้องเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำ ECT ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะทำและหลังทำ ECT ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยหลังทำ ECT เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุด

การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย (Limit setting)

การพยาบาลทางจิตเวชโดยส่วนใหญ่เรามักจะพบว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชหลายรายมีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น การจำกัดพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางการให้การพยาบาลหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด แต่ทั้งนี้ในการให้การพยาบาลโดยการจำกัดพฤติกรรมแต่ละครั้งนั้นจะต้องมีความจำเป็นและต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงมีแนวทางที่เหมาะสมในการให้การพยาบาลดังจะกล่าวต่อไป

ข้อบ่งชี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
2. ผู้ป่วยที่มีอาการสับสน งุนงง
3. ผู้ป่วยที่มีอาการอะละเวีย วายวอย อาละวาด วุ่นวายมาก
4. ผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตนเอง
5. ผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายผู้อื่น
6. ผู้ป่วยที่ถูกรบกวนจากผู้ป่วยอื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
2. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเอง
3. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้อื่น
4. เพื่อลดความรู้สึกลำบากภายหลังรู้สึกตัวแล้ว
5. ป้องกันอันตรายจากการตกเตียง

การผูกมัดผู้ป่วย (Physical restraints)

หมายถึง การจัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโดยการผูกมัดด้วยอุปกรณ์ ซึ่งพยาบาลต้องมีการใคร่ครวญความจำเป็นก่อน และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามขั้นตอนเพื่อลดข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นสิทธิผู้ป่วย

การใช้เครื่องผูกมัด

เครื่องผูกมัด (Restrain) ผู้ป่วยยังคงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชที่คลุ้มคลั่งควบคุมตนเองไม่ได้ในโรงพยาบาลจิตเวช บ่อยครั้งเราจะพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษานั้นมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งและอะอะ ก้าวร้าว ไม่ยอมพักผ่อนนอนหลับ อันมีสาเหตุมาจากความวิตกกังวลซึ่งแฝงอยู่ในจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอยู่หนึ่งไม่ได้ ไรต่อสิ่งเร้า แม้ว่าจะได้ยาสงบประสาทจำพวกยารักษาอาการทางจิตแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ ภาวะเช่นนี้ หากปล่อยทิ้งไว้อาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับยาฤทธิ์ของยาจะกดสมองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วง เดิน โซเซ ความดันโลหิตต่ำ อาจเกิดอันตรายจากการหกล้มหรือเดินชนข้าวของได้ การให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็น แต่การที่จะให้ผู้ป่วยไปนอนด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ เราจึงจำเป็นต้องบังคับให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนโดยการผูกผู้ป่วยไว้กับเตียงโดยผูกที่ข้อมือข้อเท้าด้วยผ้าผูกมัดที่แข็งแรง และผู้ป่วยอีกประเภทหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่งุนงง สับสน มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมน้อย จำเป็นต้องผูกมัดไว้เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับอันตรายจากการไม่รู้ตัว

เครื่องมือที่ใช้สำหรับผูกมัดนั้นมีอยู่หลายประเภท ส่วนใหญ่จะทำด้วยผ้าที่แข็งแรง ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและสะดวกในการใช้ ที่นิยมใช้กันมีดังนี้

1. ผ้าสำหรับผูกมัดข้อมือและข้อเท้า (wrist restraints หรือ ankle restraints)
2. เสื้อสำหรับการผูกมัด (camisole หรือ straight jacket)
3. ผ้าปูที่นอนสำหรับการห่อหุ้มผู้ป่วย (sheet restraints)
4. การใช้ผ้าปูที่นอนห่อหุ้ม ร่วมกับการใช้ความเย็นประคบ (cold wet sheet pack)

การเลือกใช้เครื่องผูกมัดนี้ ก่อนอื่นต้องดูอาการและความจำเป็นที่เห็นในตัวผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการงุนงง สับสน เราสามารถผูกมือและเท้าติดกับเตียงก็เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการอยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องลุกเดินไปมาเพราะความกังวล เราอาจผูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียงร่วมกับให้ยาระงับประสาท สำหรับผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่งไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แม้ว่าให้ยาแล้ว จำเป็นต้องใช้เครื่องผูกมัดที่มีความแข็งแรงขึ้น เช่น การใช้เสื้อผูกมัด เพราะเสื้อจะยึดช่วงลำตัวผู้ป่วยติดกับเตียง และควรผูกมัดข้อมือข้อเท้าร่วมด้วยเพราะผู้ป่วยมักพยายามแก้เครื่องมือผูกมัดเอง

นอกจากนี้เราสามารถใช่วิธีใช้ความเย็นประคบร่วมด้วยในผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งรุนแรงเพื่อช่วยให้อาการสงบเร็วขึ้น โดยผูกมัดด้วยผ้าปูที่นอนหลายชั้นในลักษณะคล้ายมัมมี่ ชั้นในสุดจะเป็นผ้าปูที่นอนจุ่มน้ำที่เย็นจัดแล้วพันรอบตัวผู้ป่วย แล้วใช้ผ้าคลุมทับหลายๆ ชั้น เริ่มแรกผู้ป่วยจะรู้สึกเย็น ต่อมาจะรู้สึกอุ่น เพราะความร้อนจากตัวผู้ป่วยออกมา ความอุ่น ความชื้น และการห่อหุ้มจะทำให้ผู้ป่วยสงบลงได้ การผูกมัดด้วยวิธีนี้จะได้ผลดีถ้าห่อหุ้มผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หากน้อยกว่านี้จะไม่ได้ผล ในขณะที่ผู้ป่วยถูกห่อหุ้ม พยาบาลควรอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ตรวจสอบสัญญาณชีพและให้กำลังใจผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด

เมื่อจำเป็นต้องใช้การผูกมัดผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้พักผ่อนนอนหลับ หรือเพื่อป้องกันอันตรายไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย ผู้รักษาจะตกลงร่วมกับทีมว่าเลือกใช้การผูกมัดเพื่อเป็นการรักษา และจัดบันทึกไว้ในแผนการรักษา เริ่มต้นพยาบาลจะต้องเตรียมเครื่องใช้สำหรับผูกมัดให้พร้อม ตรวจสอบสภาพของเครื่องผูกมัดว่าอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ จัดเตรียมห้องที่จะนำผู้ป่วยไปไว้ ห้องที่จะใช้ผูกมัดต้องเป็นสัดส่วนเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดอยู่ถูกรบกวนหรือถูกระคายด้วยเสียงดัง เมื่อเตรียมห้องแล้ว ต้องเตรียมทีมที่รักษาให้พร้อม นำผู้ป่วยมาที่เตียง จัดท่านอนของผู้ป่วยให้สบายแล้วผูกมัดตามความจำเป็น ในขณะที่ทำการพยาบาลจะต้องส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย บอกกล่าวถึงความจำเป็นที่จะต้องผูกมัด พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่เป็นมิตร สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการขัดขืน พยาบาลต้องดูแลระมัดระวังการเกิดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและพยาบาลได้ และควรระมัดระวังการผูกมัดที่แน่นเกินไป อาจขัดขวางการไหลเวียนโลหิตที่ปลายมือปลายเท้า พยาบาลต้องคลายผ้าผูกมัดเป็นระยะ และดูแลผิวหนังบริเวณที่ถูกมัดว่ามีอาการถลอกหรือไม่ หากพบจะต้องให้การพยาบาลและหาแนวทางป้องกันต่อไป พยาบาลควรดูแลในเรื่องอื่นๆ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย และคลายผ้าผูกมัดทุก 2 ชั่วโมงเพื่อให้โลหิตไหลเวียนสะดวก ผู้ป่วยได้ยืดหยุ่นข้อขาบ้าง

ปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด เมื่อถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและถูกบังคับ ผู้ป่วยส่วนมากจะโกรธและแสดงกิริยาก้าวร้าวรุนแรงใช้คำพูดต่อเสียดคำว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่รุนแรง ในสถานการณ์เช่นนี้พยาบาลจะต้องรับเหตุการณ์ด้วยจิตใจที่มั่นคง จะต้องไม่ตอบสนองต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยด้วยอารมณ์โกรธ ต้องติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และใช้วาจาที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยอยู่เสมอ หลังการผูกมัดเมื่อประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเอง ได้ดีขึ้นเราจะต้องให้อิสระภาพแก่ผู้ป่วยให้เร็วที่สุด

การใช้ห้องแยก (Isolation or Seclusion)

การจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่กำหนดให้ อาจเป็นการจัดให้อยู่ในห้องที่แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ซึ่งอยู่ในสายตาของพยาบาลและสามารถเข้าไปให้การพยาบาลได้สะดวก ทันทีที่ ซึ่งพยาบาลต้องมีการเฝ้าระวังความจำเป็นก่อน และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามขั้นตอนเพื่อลดข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นสิทธิผู้ป่วย

การใช้ห้องแยกเพื่อกักกันผู้ป่วย ยังมีความจำเป็นในการรักษาในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยที่อยู่หนึ่งไม่ได้ไวต่อสิ่งเร้ารอบตัวเพราะหากเราปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ข้างนอกจะเกิดความวุ่นวายมาก และอาจเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกับผู้ป่วยด้วยกัน การใช้ห้องแยกแก่ผู้ป่วยประเภทนี้จะช่วยลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ง่ายขึ้น การให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกหรือบริเวณที่กำหนดจะช่วยให้พยาบาลและทีมสามารถมองเห็นและดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้โอกาสในการเกิดการทำร้ายผู้อื่นหรือการทำร้ายตนเองลดลง การใช้ห้องแยกควรใช้แต่น้อยและใช้เมื่อมีความจำเป็นจริงๆ และควรพิจารณาให้รอบคอบก่อนการเลือกใช้

ห้องแยกมีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. ห้องที่มีลักษณะเป็นหน่วยเล็กๆ หน่วยหนึ่งจัดไว้พิเศษ ซึ่งจะมีลักษณะปิดตลอดเวลา ทั้งผู้ป่วยและทีมรักษาจะอยู่ในหน่วยรักษา ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตให้ออกจากหน่วยรักษานี้
2. ห้องแยกที่มีลักษณะเป็นห้องเดี่ยว มีประตูปิดแข็งแรง จัดไว้สำหรับผู้ป่วยห้องละ 1 คน มักเป็นผู้ป่วยประเภททำร้ายผู้อื่น หากให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอาจเกิดอันตรายได้

บทบาทของพยาบาลในการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก

1. มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งท่าทางและคำพูด
2. เคารพสิทธิไม่คุกคาม ไม่ตำหนิ หรือดูต่ำผู้ป่วย
3. ทนต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยโดยสงบ
4. พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องสามารถตอบคำถามและอธิบายให้ญาติหรือบุคคลที่สงสัยได้เข้าใจ
5. อย่าให้การ ใช้ห้องแยกนั้นเสมือนเป็นการลงโทษผู้ป่วย
6. คำนึงถึงจริยธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย

ข้อพิจารณาก่อนผูกมัด/ใช้ห้องแยกกับผู้ป่วย

1. ได้มีการคำนึงถึงความปลอดภัยพร้อม ๆ กับสิทธิผู้ป่วย
3. ประเด็นด้านกฎหมาย
4. ประสิทธิภาพ ความสามารถของผู้ที่รับผิดชอบดูแล
5. มีวิธีการอื่นที่เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกว่าให้เลือกหรือไม่
6. การผูกมัดดังกล่าวเป็นผลให้บรรล่วัตถุประสงค์ที่ต้องการหรือไม่ หรือทำให้เกิดผลเสียอื่นๆ
7. ไม่กระทำโดยไม่จำเป็น

ขั้นตอนการทำ

- วางแผนกับทีม การหยุดพฤติกรรมผู้ป่วย (เลือกวิธีการ)
- เตรียมอุปกรณ์/สถานที่ กรณี ห้องแยกต้องเก็บของที่คาดว่าจะเป็สิ่งที่ผู้ป่วยนำมาทำร้ายตนเองและผู้อื่นออกเหลือเฉพาะจำเป็น
- บอกให้ผู้ป่วยทราบ
- จัดการผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล รวดเร็ว เป็นทีมพร้อมเพียง
- ให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่คุกคามและไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ตนถูกทำโทษ
- เคารพสิทธิของผู้ป่วยและดูแลความสุขสบายทั่วไป

กรณีใช้การผูกมัด

- อุปกรณ์ที่ใช้ต้องสะอาด ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการเสียดสีเป็นแผลถลอก
- สังเกตการไหลเวียนเลือดและคลายที่มัดทุก 1-2 ชั่วโมง
- จัดทำนอนที่สุขสบาย
- การฟังอย่างตั้งใจ
- ความสุขสบายในการจับถ่าย การลดปวด การนวด
- พยาบาลต้องดูแลประเมินความต้องการของผู้ป่วยบ่อยครั้งอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความคับข้องใจและช่วยให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
- ต้องประเมินและยกเลิกการผูกมัด โดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถประเมินได้

กรณีใช้ร่วมกับการผูกมัด

- ทดสอบความรู้สึกตัวก่อนคลายที่ผูกมัดออก
- การให้ยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เป็นการพิจารณาร่วมกับแพทย์

กรณีห้องแยก

- ครั้งแรกอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย สัญญาจะมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ
- ให้ความรู้ผู้ป่วยได้สำรวจพฤติกรรมตนเอง
- รับฟังอย่างตั้งใจ
- อยู่ในระยะที่ผู้ป่วยเห็นและสังเกตผู้ป่วยได้
- เยี่ยมผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการควบคุมตนเอง

การให้การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัดหรือการใช้ห้องแยกนั้น จัดเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความคิด อารมณ์และพฤติกรรมรุนแรงนั้นสงบลงได้ แต่ควรพิจารณาให้รอบคอบก่อนการเลือกใช้ทั้งสองวิธี โดยพิจารณาตามความจำเป็นและต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมถึงระหว่างให้การพยาบาลต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุทั้งต่อผู้ป่วยและตัวพยาบาลเอง มีความอดทนต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก ให้การพยาบาลด้วยความเป็นมิตร และควรสิ้นสุดการจำกัดพฤติกรรมให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

การบำบัดด้วยยาทางจิตเวช (Psycho Pharmacotherapy)

การบำบัดรักษาด้วยยามีส่วนสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลคือผู้ซึ่งปฏิบัติงานอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีความจำเป็นต้องทราบถึงการใช้ยา ผลของยา การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

การจำแนกยาทางจิตเวช

1. ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drugs)
2. ยารักษาอาการซึมเศร้า (antidepressant drugs)
3. ยาควบคุมอารมณ์ (mood – stabilizing drugs)
4. ยาคลายกังวลและยานอนหลับ (antianxiety and hypnotic drugs)
5. ยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (anticholinergic or antiparkinson drugs)

ยารักษาโรคจิต

(antipsychotic drugs, neuroleptic drug, major tranquilizers)

ยารักษาโรคจิตมีคุณสมบัติทำให้ผู้ป่วยที่โอะอะโวยวาย อาละวาด ก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง (agitation) สงบลงได้ ลด Anxiety ลดอาการเคลิ้มฝัน (euphoria) ในผู้ป่วยที่มีอาการคลั่ง (mania) อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิด (Delusion) ให้ลดลงหรือหมดไป โดยทั่วไปยารักษาโรคจิตมักใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยอาละวาดและก้าวร้าว (positive symptom) มากกว่าผู้ป่วยที่เฉยเมย และขาดการสนใจต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก (negative symptom)

การใช้ยารักษาโรคจิตเป็นระยะเวลาานาน ๆ จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญเกี่ยวกับระบบ extrapyramidal ซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่มีข้อดีคือ ไม่ทำให้เกิดการติดยา ทั้งนี้เนื่องมาจากยาในกลุ่มนี้ไม่มีฤทธิ์ทำให้เคลิ้มฝัน (euphoria effect) ถึงแม้จะมีอาการข้างเคียงหลายอย่างก็ตาม

กลไกการออกฤทธิ์

ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาท โดยเฉพาะกระบวนการทางชีวเคมีของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ไปยับยั้งการส่งกลับของ dopamine บริเวณรับสัญญาณ (receptor) ในระบบประสาทส่วน limbic, reticular activity system, extrapyramidal และระบบประสาทส่วนอื่นๆ

การแบ่งประเภทยารักษาโรคจิตตามการออกฤทธิ์

สามารถแบ่งยารักษาโรคจิตออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามความแรงของการออกฤทธิ์ คือ

1. กลุ่มที่มีฤทธิ์ต่ำ (low potency) เช่น chlorpromazine และ thioridazine ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงทาง extrapyramidal (EPS) ต่ำ แต่จะมี anticholinergic และ sedative effect สูง ทำให้เกิดความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถจากท่านั่ง หรือนอนมาเป็นการยืน thioridazine มีข้อดีคือ มีโอกาสทำให้เกิดผลทาง EPS ต่ำที่สุดในบรรดาการรักษาโรคจิตที่มีชื่ออยู่ในปัจจุบัน แต่ก็มีผลทาง anticholinergic ที่สูงสุดเช่นกัน
2. กลุ่มที่มีฤทธิ์สูง (high potency) เช่น perphenazine และ haloperidol ยาในกลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการระงับอาการโรคจิตได้ดีกว่ายาในกลุ่มที่ 1 แต่จะทำให้เกิดอาการทาง EPS ได้มากกว่า ขณะที่อาการง่วงนอนและผล anticholinergic ต่ำกว่ายาในกลุ่มที่ 1

ตัวอย่างและปริมาณยารักษาโรคจิต

ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg/day)
Chlorpromazine	Thorazine, Largectil	25 mg - 2000 mg
Clozapine	Clozaril	75 mg - 700 mg
Fluphenazine	Prolixin, Modecate	1 mg - 30 mg
Haloperidol	Haldol	1 mg - 100 mg
Perphenazine	Trilafon, Fentagin	4 mg - 64 mg
Thioridazine	Mellaril	40 mg - 800 mg
Trifluoperazine	stelazine	2 mg - 80 mg

ข้อบ่งใช้

1. ใช้บำบัดอาการแบบเฉียบพลันและเรื้อรังของโรคจิตชนิดต่างๆ เช่น Schizophrenia, manic phase of Bipolar disorder, Delusional disorder เป็นต้น
2. ใช้ป้องกันการเป็นกลับของ Schizophrenia
3. ใช้ป้องกันการเป็นกลับของ Bipolar disorder โดยยาจะมีผลลดอาการเคลิ้มฝัน (euphoria) ความผิดปกติของความคิด (thought disorder) และความฟุ้งซ่านในผู้ป่วยได้
4. ใช้บำบัดอาการ agitated aggressive behavior ในผู้ป่วย dementia ควรเลือกใช้ยาต้านอาการโรคจิตที่มี anticholinergic ต่ำๆ เพื่อไม่ให้รบกวนระบบความจำของผู้ป่วย

ยารักษาโรคจิตที่ใช้บ่อย

1. Chlorpromazine (CPZ) ใช้ได้ดีในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่งทุกชนิด เช่น Schizophrenia, mania หรือโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากสมอง แพทย์อาจให้ยาเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือวุ่นวาย ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคผิวหนังและไม่ต้องการให้มี photosensitivity ไม่ควรใช้
2. Thioridazine ใช้เช่นเดียวกับ CPZ แต่ทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยกว่า มีผลกระทบกับระบบไหลเวียนโลหิตน้อย จึงเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงหรือต่ำ
3. Trifluoperazine เหมาะในรายที่มีประสาทหลอน หลงผิดแต่ไม่ถึงกับคลั่ง
4. Perphenazine ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วย Schizophrenia โรคจิตชนิดอื่นๆ มีฤทธิ์ลดอาการหลงผิดและประสาทหลอนได้ดี
5. Fluphenazine มีฤทธิ์ลดอาการหลงผิดและประสาทหลอน
6. Thiothixene ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคจิตที่มีพฤติกรรมแยกตัวเอง มีการเคลื่อนไหวน้อย ไม่ได้ผลในรายที่คลุ้มคลั่ง ทั้งผู้ป่วย schizophrenia และ mania พบฤทธิ์ข้างเคียง EPS ได้บ่อย
7. Haloperidol ใช้ได้ผลดีในการควบคุมอาการตื่นเต้น (excitement) ก้าวร้าว (aggressive) ประสาทหลอน (hallucinations) และหลงผิด (delusion) ในผู้ป่วย acute ได้ผลดีในพวก paranoid และ exciting ในผู้ป่วย chronic schizophrenia ได้ผลดีในพวกอาการก้าวร้าวและทำลาย ส่วนพวกซึมแยกตัวเองได้ผลไม่ดี หากผู้ป่วยมีอาการชักร่วมด้วยควรใช้ยาตัวนี้หรือยาที่มีฤทธิ์แรง
8. Risperidone, Olanzapine, Serquel, Sertindole เป็นยากลุ่มใหม่ใช้บรรเทาอาการ negative symptoms ได้ดีและทำให้เกิด EPS น้อย

ระยะเวลาให้ยารักษาโรคจิต

โดยทั่วไป ภายใน 3 สัปดาห์หลังให้ยา ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ถ้าไม่ดีขึ้นควรเพิ่มขนาดยา หรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่น ระยะเวลาให้ยาในโรคจิตเภทส่วนมากนานเป็นปี เมื่ออาการดีขึ้นมักจะค่อยๆลดขนาดการให้ยาเป็นเวลานานเพื่อคุมไม่ให้อาการกำเริบ ไม่ควรหยุดนานเกิน 6 เดือน เพราะอาการมักกลับมาเป็นใหม่ได้อีก อาการข้างเคียงและการพยาบาล

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
1. ผลต่อสมอง 1.1 อาจทำให้เกิดอาการชัก เพราะยาไปทำให้ convulsive threshold ลดลงแต่พบน้อยมาก	- เฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชักมาก่อน - แนะนำให้ผู้ป่วยงดเว้นการดื่มแอลกอฮอล์และยาอื่นที่มาเสริมฤทธิ์

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>1.2 ทำให้วังงซึม พบมากสำหรับผู้ที่ได้รับยาในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยวังงและทำกิจกรรมอื่นได้น้อย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระวังในการใช้ร่วมกับยากดประสาทส่วนกลางตัวอื่น - ไม่ควรขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร - หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยนอนตอนกลางวันเพราะจะทำให้นอนไม่หลับในช่วงกลางคืน - กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมในตอนกลางวัน - สังเกตการนอนในตอนกลางคืนว่าดีหรือไม่ - โดยปกติอาการจะค่อยๆ ดีขึ้น แต่หากไม่ดีขึ้นแพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนยาตัวใหม่
<p>1.3 ทำให้เกิดอาการทาง Extrapyramidal Side Effects (EPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● acute dystonia มีการเกร็งของกล้ามเนื้อรุนแรงควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณ หลัง ปาก คอ ลูกนัยน์ตา ลื่น ไม่ได้ เช่น <ul style="list-style-type: none"> - หลังเหยียดตรง แข็ง (opisthotons) - ศีรษะโค้งไปทางด้านหลัง (retrocollis) - ตากลับ (occulogyric crisis) - ขากรรไกรแข็ง ลิ้นค้ำปาก กลืนลำบาก ● parkinsonism หรือ pseudoparkinsonism มีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไปทำให้เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็ง คอแข็ง มือ-ขาสั่น พูดไม่คล่อง เพราะลิ้น-ขากรรไกรแข็ง กล้ามเนื้อหน้าเกร็งเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ ขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ขณะเคลื่อนไหว 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเน้นการป้องกัน โดยการประเมินอาการเริ่มแรก - หากเกิดอาการ รีบรายงานแพทย์ - ยาที่นิยมใช้เมื่อเกิดอาการ Benztropine (Cogentin) 2 mg หรือ Diphenhydramine (Benadryl) 25 mg จะช่วยแก้ไขได้ภายใน 5 – 10 นาที - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ในระยะแรกที่ได้รับยา อาการจะค่อยๆ หุเลาหลง เมื่อได้รับยากลุ่ม antiparkinson ร่างกายจะค่อยๆ ปรับตัวได้ - ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการดังกล่าวไม่มีอันตรายให้กำลังใจ ประคับประคองให้ผู้ป่วยทานยา - หากมีอาการรุนแรงขึ้น รายงานแพทย์เพื่อปรับขนาดยา

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> ● akinesia การเคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ● akathisia กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา ● trastive dyskinesia อาการกลุ่มนี้เกิดขึ้นซ้ำๆ ในผู้ป่วยที่ใช้ยานานเกิน 6 เดือน-1 ปีอาการที่พบมักมีการเคลื่อนไหวของปากผิดปกติ (buccolingual movement) เช่น ปากขมูขมิบเหมือนเคี้ยวหรือดูดปาก ลิ้นเคลื่อนไหวอย่างไม่ได้ตั้งใจ ร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขนขา และการเดินผิดปกติในลักษณะไม่สัมพันธ์กัน <p>อาการทาง EPS นี้มักจะเกิดขึ้นในระยะแรกที่ให้ยาเมื่อหยุดยาหรือลดขนาดยาอาการจะหายไป อาจใช้ยาanticholinergicบางตัวร่วมด้วยเช่นTrihexylphenidyl (Artane) และ Benztropine (Cogentin) เพื่อลดอาการข้างเคียง ยารักษาโรคจิตที่มีanticholinergicสูง มีโอกาสทำให้เกิด EPS น้อย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่เกิดขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวล - กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ และออกกำลังกาย - ระวังการเกิดอุบัติเหตุ - เน้นการป้องกันการเกิดอาการโดยผู้ป่วยที่ใช้ยานานควรมาพบแพทย์ทุกๆ 1 – 3 เดือน - สังเกตอาการเพื่อประเมินอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น - แนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของปาก เช่น การพูดซ้ำ ๆ
<p>1.4 Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS)</p> <p>เป็นอาการที่พบไม่บ่อย แต่หากเกิดขึ้นจัดอยู่ในภาวะที่รุนแรง อาการสำคัญคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไปอย่างรุนแรง -ไข้สูง 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นอาการที่รุนแรงมาก การช่วยเหลือคือหยุดยาทันทีแล้วช่วยเหลือตามอาการ (supportive care) ป้องกันภาวะ shock

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> -หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่คงที่ -เหงื่อออกมาก ปัสสาวะน้อย -Autonomic Nervous system สัมเหลว -conscious ลดลง -ระบบหายใจ ไต สัมเหลว อาจเสียชีวิตได้ 	
<p>2. Anticholinergic effects เช่น ตาพร่า ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น ปัสสาวะลำบาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจว่าไม่เป็นอันตราย ร่างกายจะปรับตัวได้ อาการจะดีขึ้น - ช่วยเหลือแบบประคับประคองตามอาการ เช่น ดื่มน้ำมากขึ้น บ้วนปาก จิบน้ำมะนาวเพื่อให้ชุ่มคอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีกาก เป็นต้น - หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการมากจนถึงขั้นรบกวนการทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ไม่สบาย ให้มาพบหรือรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา
<p>3. ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotention)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ค่า systolic ลดลงจากปกติ 20 – 30 mmHg. ควรรายงานแพทย์ - แนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ เปลี่ยนท่าจากท่านอนมานั่ง และค่อยๆ ยืนอย่างช้า ๆ
<p>4. Metabolic or endocrine effects.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ทำให้รู้สึกอยากอาหาร ผู้ป่วยจึงมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ● ทำให้มีการหลั่งน้ำนม (Lactation) ● ประจำเดือนไม่ปกติ ● ความต้องการทางเพศลดลง ในผู้ชายอาจพบ Impotence 	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมปริมาณอาหารและเพิ่มการออกกำลังกาย - อธิบายให้ฟังว่าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นชั่วคราวและจะหายเป็นปกติได้ - แนะนำบันทึกการมา – ไม่มาของประจำเดือน - ควบคุมการตั้งครรภ์ - ปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนยาใหม่

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>5. ผลต่อผิวหนัง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผิวหนังมีความไวต่อแสงแดด (photosensitivity) ผิวอาจไหม้ หรือสีผิวเปลี่ยนไป โดยเฉพาะในส่วนของที่ถูกแสงแดด • skin reaction อาการเป็นผื่นลมพิษ หรือผิวหนังอักเสบ 	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังเมื่อต้องถูกแสงแดด อาจใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม หรือทาครีมกันแดดเมื่อออกไปข้างนอก - หากมีอาการมากให้มาพบแพทย์ - หยุดชั่วคราว หรือให้ยาแก้แพ้ - แนะนำให้รักษาความสะอาด ไม่เกาจนเป็นแผล
<p>6. ผลต่อระบบเลือด</p> <p>อาจทำให้เกิด agranulocytosis จำนวนเม็ดเลือดขาวผิดปกติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตอาการ โดยเฉพาะอาการนำ เช่น ไข้ อ่อนเพลีย มีแผลในปาก ซีด หากพบให้รีบรายงานแพทย์
<p>7. ผลต่อตับ</p> <p>อาจทำให้เกิดอาการดีซ่าน ตา และตัวเหลือง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตอาการ, รายงานแพทย์

ยารักษาอาการซึมเศร้า

(Antidepressants drug)

การแบ่งประเภทของอารมณ์เศร้า

1. อารมณ์เศร้าที่มีสาเหตุมาจากภายนอก (Neurotic or reactive depression) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือได้รับความกระทบกระเทือนใจอย่างแรง อาจมีอาการทางร่างกายอื่นๆ ตามมาด้วย เช่น ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนหลับยากขึ้น มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น
2. อารมณ์เศร้าที่มีสาเหตุมาจากภายในร่างกายของผู้ป่วยเอง (Endogeneous depression) อารมณ์ซึมเศร้าแบบนี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ หรือมีสาเหตุมาจากการมีพื้นฐานความคิดปกติทางด้านพัฒนาการทางจิตใจมาตั้งแต่ในวัยเด็ก และเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทบางตัวในสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มแรก มักพบความคิดอยากฆ่าตัวตายบ่อย

สมมติฐานของอาการซึมเศร้า

1. สมมติฐานทางพันธุศาสตร์ (Genetic hypothesis) พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น Bipolar depression จะมีอัตราการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้มากกว่า Unipolar depression

2. สมมติฐานเกี่ยวกับ **Biogenic amine** สมมติฐานนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดสารสื่อประสาทพวก catecholamines และ serotonin (ซึ่งรวมเรียกว่า Biogenic amine) ที่ synapse ในระบบประสาทส่วนกลาง ในทางตรงข้ามกลุ่มอาการคลุ้มคลั่งนั้นจะเกิดจากการที่มีสารสื่อประสาทเหล่านี้ที่ synapse มากเกินไป

ยารักษาอาการซึมเศร้าไม่มีผลลดอาการทางจิตต่างๆ โดยตรง แต่ช่วยยกระดับอารมณ์ให้ดีขึ้น ได้ผลดีถึง 60-70% และลดอาการที่เกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ความสนใจทางเพศ น้อยลง ขาดสมาธิ ขาดแรงจูงใจในเรื่องต่างๆ ยาที่ใช้กันมากมี 2 กลุ่มคือ

1. Tricyclic Antidepressant (TCA) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้มากกว่ากลุ่ม MAOI มีฤทธิ์เพิ่ม serotonin และ norepinephrine
2. Monoamine Oxidase inhibitors (MAOI) ไม่ค่อยนิยมเพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงมาก อาจนำมาใช้กรณีใช้ยากกลุ่ม TCA ไม่ได้ผล

ข้อบ่งใช้

1. ใช้ในอารมณ์ซึมเศร้า เช่น major depressive, dysthymia, bipolar disorder ช่วงที่มีอาการเศร้า, อาการซึมเศร้าจากโรคทางกาย
2. ใช้ควบคุมอาการวิตกกังวล (anxiety) เช่น panic disorder, obsessive-compulsive disorder
3. ใช้ในอาการปวดเรื้อรัง เนื่องจากตัวยา TCA มีผลโดยตรงต่อ pathway หรืออาจมีผลยกระดับอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง
4. ใช้ควบคุมอาการปัสสาวะรดที่นอน (enuresis) ฤทธิ์ในการเป็น anticholinergic ทำให้เกิดการคลายตัวของ detrusor muscle ของกระเพาะปัสสาวะและยามีผลทำให้เด็กตื่นและรู้สึกตัวเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม
5. eating disorder เช่น anorexia nervosa, bulimia nervosa, pica

อาการข้างเคียงและการพยาบาล ผู้ที่ได้รับยากกลุ่ม TCA

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
1. Anticholinergic effects พบในผู้ป่วยทุกคน เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ถ้ามากขึ้นอาจมีอาการปัสสาวะลำบากหรือลำไส้ไม่ทำงาน	- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ - อาการจะค่อยๆ หายไป และให้การช่วยเหลือตามอาการ เช่น รักษาความสะอาดช่องปาก ดื่มน้ำบ่อยๆ รับประทานอาหารที่มีกากใย

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
2. Central nervous system effects ได้แก่ มือสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย นิ่งไม่ติด	- ระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุจากการทรงตัวไม่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
3. Cardiovascular effects อาการสำคัญคือ postural hypotension จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ	- ตรวจสอบความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ - แนะนำการเปลี่ยนท่า - ก่อนให้ยาควรตรวจสอบสภาพของหัวใจ
4. Sexual side effects ได้แก่ การหมดสมรรถภาพทางเพศ (impotence) การหลั่งผิดปกติ (ejaculatory dysfunction) ขาดความสนใจกิจกรรมทางเพศ	- มักเกิดร่วมกับความรู้สึกไร้คุณค่าขาดความพึงพอใจในตนเองกรณีใช้ยาเป็นเวลานาน รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ
5. อาการง่วงนอน	- งดการทำงานกับเครื่องจักรและขับรถ ถ้าอาการรุนแรง รายงานแพทย์
6. น้ำหนักเพิ่ม	- แนะนำการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย
7. Drug interaction การเกิดปฏิกิริยากับยา/สารอื่น เป็น antagonism สำหรับยา antihypertensive และทำให้เกิดอาการเป็นพิษสำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม MAOI มาก่อนได้	- สอบถามประวัติการรักษาด้วยยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรับการรักษาทั้งในปัจจุบันและในอดีต กรณีใช้ยากลุ่ม MAOI มาก่อน ต้องเว้นเวลาไป 1-2 สัปดาห์ จึงใช้ยา TCA ได้
8. Overdose เมื่อได้รับยาเกิน 10-20 เท่าของปริมาณปกติ ทำให้เกิดพิษในสมอง ทำให้ชัก เกร็ง กระตุก สับสน ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้	- ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งดจ่ายยาจำนวนมาก เมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน ควรนัดมารับยาเป็นระยะ

การปฏิบัติการพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
2. บันทึกอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับยาขนาดสูงและผู้สูงอายุ
3. ติดตามการตอบสนองต่อยา (ภายใน 2 – 3 สัปดาห์หลังได้รับยา)

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ

1. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ควรปรับเปลี่ยนขนาดยาเองแม้ภายใน 2-3 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้น ควรกลับมาพบแพทย์
2. หลีกเลี่ยงสุรา สาร/ยาที่เสริมฤทธิ์กัน เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้หวัดต่างๆ หรือยาที่แพทย์ไม่ได้รับประทาน

3. แจ้งการรักษาด้วยยาต่างๆ เมื่อจะรับยากลุ่มนี้
4. รายงานอาการข้างเคียงที่สำคัญ เช่น ไข้ มีจ้ำเลือด เจ็บคอ มีแผลในปาก ปัสสาวะลำบาก หน้ามืด เป็นลม หัวใจเต้นผิดปกติ กระสับกระส่ายหรือมีอาการชัก
5. ยานี้มีผลต่อการขับเหงื่อมาก หลีกเลี่ยงการทำงาน/ออกกำลังกายในที่ที่มีอุณหภูมิร้อนจัดมาก
6. ยานี้ไม่มีผลให้เกิดการเสพติด แต่บางกรณีอาจใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานและหยุดยาไม่ได้

อาการข้างเคียงและการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม MAOI

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
1. Cardiovascular effects อาการ postural hypotension เป็นอาการที่พบบมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะการทำงานหัวใจล้มเหลว	- ก่อนใช้ยาควรตรวจสอบการทำงานของหัวใจ และตรวจวัดอย่างสม่ำเสมอขณะใช้ยานี้ - สอนการปฏิบัติตัวป้องกันอันตรายจากความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการเปลี่ยนท่า
2. Sexual side effects พบในผู้ป่วยที่ได้รับขนาดสูง อาจมีภาวะไร้สมรรถภาพทางเพศ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ	- รายงานแพทย์เพื่อปรับขนาดยา
3. Sedation and weight gain อาการง่วงนอน และน้ำหนักเพิ่ม	- รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา - ควบคุมน้ำหนัก
4. Hypertensive crisis ความดันโลหิตสูงอย่างกะทันหัน เกิดเนื่องจากรับยาร่วมกับยา/สารที่มีสาร tyramine มาก เกิดอาการมีตั้งแต่เล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ถ้าอาการมาก เส้นเลือดในสมองแตกได้	- ควบคุมสารอาหารที่มี tyramine มาก เช่น แอลกอฮอล์ ดับ นมเปรี้ยว ไวน์ เบียร์ ครีม ช็อคโกแลต โยเกิร์ต อาหารหมักดอง
5. Drug interaction กับยาแก้หวัด แก้ปวดบางชนิด สาร/ยาพวก amphetamines, alcohol, narcotics, diuretics, antihypertensive และ hypoglycemic	- สอบถามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างละเอียด - แนะนำไม่ให้รับประทานยาอื่นที่แพทย์ไม่ได้สั่ง - หากต้องรักษาอาการเจ็บป่วยอื่นๆ แจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้งว่าผู้ป่วยใช้ยากลุ่มนี้อยู่
6. Overdose รับยาเกิน 6-10 เท่า อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้	- ไม่จ่ายยาจำนวนมาก เพราะผู้ป่วยอาจนำไปใช้ในการฆ่าตัวตายได้
7. Precipitation of mania อาจกระตุ้นให้เกิดอาการ mania กรณีใช้กับผู้ป่วย bipolar depression	- ประเมินผู้ป่วยด้านอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ

การปฏิบัติกรพยาบาล

1. สังเกตการตอบสนองต่อยา ปฏิกริยาของยาต่อสาร/ ยา/อาหารต่างๆ
2. ระมัดระวังยาบางกลุ่มไปเพิ่มฤทธิ์ของ MAOI เช่น กลุ่ม anticholinergic agents, adrenergic agents, alcohol และ levodopa
3. ผลการรักษาสูงสุดของยาอยู่ที่ 2-6 สัปดาห์ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าใช้ได้อย่างปลอดภัย

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ

1. รับประทานตามคำสั่งการรักษา
2. หลีกเลี่ยงอาหารตามที่กล่าวมาข้างต้น
3. แจ้งอาการข้างเคียงที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ เป็นลม หรือหัวใจเต้นผิดปกติ
4. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย/ออกแรง/ทำงานหนักในสภาพอากาศที่ร้อนจัด
5. ยามีผลต่อประสาทตาหากใช้เป็นเวลานาน ควรตรวจวัดสายตาเป็นระยะ
6. หากต้องรักษาอาการเจ็บป่วยอื่นๆ แจ้งให้แพทย์รับทราบทุกครั้งว่ากำลังใช้ยากกลุ่ม MAOI เพื่อป้องกันผลของยาหรือการรักษาที่มีผลซึ่งกันและกัน

ตัวอย่างและปริมาณยารักษาอารมณ์เศร้า

ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg / day)
1. Tricyclic Antidepressants		
Amitriptyline	Amitril, Elavil, Endep	50 mg – 300 mg
Amoxapine	Asendin	50 mg – 200 mg
Imipramine	Tofranil	75 mg – 300 mg
Nortriptyline	Aventyl, Pamelor	40 mg – 100 mg
Doxepin	Sinequan, Adapin	75 mg – 300 mg
Clomipramine	Anafranil	25 mg – 300 mg
ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg / day)
2. Monoamine Oxidase Inhibitors		
Isocarboxazid	Marplan	10 mg – 30 mg
Phenelzine	Nardil	45 mg – 75 mg
Tranlycypromine	Parnate	20 mg – 40 mg
3. Atypical Antidepressants		
Fluoxetine	Prozac	20 mg – 80 mg

ข้อควรระวัง

TCA ระวังในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่มนี้, ต้อหิน, หัวใจล้มเหลว, หญิงมีครรภ์หรือระหว่างให้นมบุตร
MAIO ระวังปฏิกิริยากับอาหารบางชนิด

ยาลดอาการกังวลและยานอนหลับ

(Antianxiety drugs and hypnotic drugs)

เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Minor tranquilizers มีฤทธิ์คลายกังวลและทำให้หลับ (antianxiety and hypnotics) นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์กันชัก ทำให้ลึ้มและลดความเครียดด้วย ใช้ได้ดีในผู้ป่วยอาการทางประสาทและอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย

การแบ่งกลุ่มยาตามสูตร โครงสร้างทางเคมี

1. Barbiturate
2. Non-barbiturate
3. Benzodiazepine (BZ)
4. Azaspirone

ยาในกลุ่มที่นิยมใช้ที่สุดคือ Benzodiazepine เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลและช่วยให้สงบได้ดี

การแบ่งกลุ่มยา Benzodiazepine แบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์และ/หรือ elimination half-lives

1. Long-acting BZ ได้แก่ Chlordiazepoxide, Clorazepate, Diazepam, Clobazam เป็นต้น
2. Intermediate-acting BZ ได้แก่ Clonazepam, Nitrazepam เป็นต้น
3. Short-acting BZ ได้แก่ Lorazepam เป็นต้น
4. Ultra-short-acting ได้แก่ Alprazolam, Triazolam เป็นต้น

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

ฤทธิ์ที่สำคัญของยาในกลุ่ม BZ อยู่ที่สมองหรือระหว่างระบบประสาทส่วนกลาง และเชื่อว่าออกฤทธิ์จำเพาะที่ limbic system ซึ่งอาจเรียกว่า “ศูนย์แห่งอารมณ์และความพึงพอใจ” เพราะมีบทบาทเกี่ยวกับสัญชาตญาณ (instinct) อารมณ์ (emotion) ความทรงจำ (memory) และพฤติกรรม (behaviours) ต่างๆ แต่ผลจากการให้ยาในกลุ่ม BZ ในคนและสัตว์ทดลองพบว่ามีฤทธิ์หลายอย่าง เช่น ลดอาการวิตกกังวล สงบระงับและช่วยให้นอนหลับ คลายกล้ามเนื้อ ทำให้สูญเสียความทรงจำช่วงขณะ ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลง สมรรถภาพในการทำงานที่ต้องใช้ความชำนาญหรือการตัดสินใจยับยั้งเส้นเลื่อมลงและพฤติกรรมเปลี่ยน เป็นต้น

กลไกการออกฤทธิ์

ยา BZ ออกฤทธิ์จับกับ BZ-receptor แล้วส่งผลให้ GABA (gamma aminobutyric acid) ซึ่งเป็น inhibitory neurotransmitter ในสมองทำงานได้ดีขึ้นกว่าเดิม และออกฤทธิ์กับ chloride ion ในระบบประสาทส่วนกลาง บริเวณ limbic system และ reticular formation มีผลให้สงบและผ่อนคลาย

ประโยชน์ทางการแพทย์

1. ลดอาการวิตกกังวล ใช้สำหรับการรักษาภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตประสาทเท่านั้น การใช้ยาระยะยาวควรประเมินประสิทธิภาพของยาเป็นระยะๆ ยาในกลุ่ม BZ บางชนิดใช้ลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยได้ผลดี เช่น Alprazolam, Lorazepam และ Oxazepam
2. บรรเทาอาการถอนยา (withdrawal symptoms) นิยมใช้ช่วยอดสูรา เพราะลดอาการ agitation, tremor, delirium tremens และประสาทหลอน ในระยะเริ่มอดสูราได้ดี ยาที่ใช้ได้แก่ Chlordiazepoxide, Clorazepate, Diazepam และ Oxazepam
3. ใช้ร่วมกับยาสลบ เพื่อช่วยลดอาการหวาดวิตก ช่วยให้ผู้ป่วยสงบและไม่จดจำเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ เช่น Midazolam นิยมใช้เป็นยาสลบ
4. ช่วยให้นอนหลับ ยาที่ออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์สั้นเช่น Triazolam ใช้ในผู้ป่วยที่นอนหลับยากและมักตื่นในเวลากลางดึก หรืออาจใช้ในผู้ที่เดินทางข้ามประเทศ ต้องการปรับเวลานอนให้เข้ากับประเทศที่จะไป ยา Lorazepam ซึ่งมีฤทธิ์ยาวขึ้นมักใช้ในผู้ที่ไม่หลับเพราะวิตกกังวลหรือมีภาวะ stress ต่างๆ แต่ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันเกิน 7-10 วัน หากไม่หายแสดงว่าอาจมีโรคทางจิตประสาทต้องตรวจวินิจฉัยให้ถูกต้อง หากใช้ยานานและหยุดยาทันทีอาจจะเกิดอาการถอนยา มี hyperaggressiveness เป็นอันตรายต่อผู้ใกล้ชิดได้
5. ช่วยคลายกล้ามเนื้อและต้านการชัก เช่น ยาเม็ด Diazepam ไม่มีฤทธิ์ต้านการชักในโรคลมชัก แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักกระตุกรุนแรงไม่ว่าจะเกิดจากโรคลมชักหรือบาดเจ็บไขสันหลังให้ยาฉีด Diazepam เข้าหลอดเลือดดำ จะมีฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อทำให้หายชักได้ ฤทธิ์ในการคลายกล้ามเนื้อของยานี้ยังนำมาใช้ในการลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ เอ็นอักเสบ cerebral palsy และอื่นๆ ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Diazepam และ Lorazepam
6. บรรเทาอาการปวดศีรษะ tension headache เช่น Chlordiazepoxide, Diazepam และ Lorazepam
7. บรรเทาอาการ tremor ในผู้สูงอายุหรือไม่ทราบสาเหตุ (essential tremor) ให้ยา Chlordiazepoxide, Diazepam, Alprazolam และ Lorazepam

ข้อควรระวัง

1. ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยหนักควรเริ่มด้วยขนาดต่ำ และระวัง paradoxical reaction หากเกิดไม่ควรใช้
2. ไม่ควรใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยเพราะอาจนำไปใช้ในการฆ่าตัวตาย ยกเว้นยาบางตัว เช่น alprazolam, lorazepam และ oxazepam
3. ไม่ควรใช้ยาคติดต่อกันนานเกิน 7 วัน ยกเว้นกรณีใช้ป้องกันการชัก หรืออยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด
4. ไม่ควรใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกเพราะยาในกลุ่มนี้มีผลทำให้ทารกเกิดความผิดปกติ เช่น cleft palate
5. ระวัง drug interaction โดยเฉพาะกับสุราหรือยาที่มีฤทธิ์เอง เช่น antihistamine

อาการข้างเคียงและการพยาบาล

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>1. Central nervous systems effects การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางถูกกดทำให้ง่วงซึม นอนมาก ความสามารถทางสติปัญญาลดลง ความสามารถในการจดจำลดลง การคิดบกพร่อง การควบคุมแขน-ขาไม่สัมพันธ์กัน อาการเหล่านี้มักพบในผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยหนักหรือผู้ที่เป็โรคตับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดในช่วงแรกของการรับยา จะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ถ้าไม่ดีขึ้นจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อลดปริมาณยาลง - แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยทำงานกับเครื่องจักรหรือขับรถ - งดการดื่มแอลกอฮอล์เพราะจะเสริมฤทธิ์กัน - ควรเริ่มต้นด้วยขนาดยาที่ต่ำกว่าขนาดแนะนำ
<p>2. Physical dependence กรณีที่ใช้ยาเป็นเวลานานและมีปริมาณสูงจะทำให้เกิดอาการพึ่งยาทางร่างกาย ถ้าหยุดยาทันทีจะทำให้เกิดอาการขาดยา คือ หงุดหงิด เหงื่อออกมาก ถูกกระตุ้นต่อแสง/เสียงได้ง่าย นอนไม่หลับ ปวดท้อง ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าอาการรุนแรงอาจมีอาการชักได้ และทำให้เกิดอาการกำเริบขึ้นใหม่เหมือนหรือเลวลงก่อนการรักษา (Rebound)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ห้าม หยุด/ลด/เพิ่มขนาดยาเอง โดยปกติแพทย์จะลดยาลงประมาณสัปดาห์ละ 25 % ในเวลา 2-4 สัปดาห์ หรือปรับตามอาการ บางรายอาจต้องให้ยา antidepressant หรือ clonidine ช่วย เพื่อลดการเกิดอาการขาดยา

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
3. Hematologic effects มีผลกระทบต่อระบบเม็ดเลือดในบางตัวเช่น ปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น หรืออาจเกิดภาวะซีด (anemia) ได้	- สังเกตอาการมีไข้ เจ็บคอหรือรอยจ้ำเลือดต่างๆ - รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา
4. Overdose การใช้ยาเกินขนาดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ทำให้เกิดอาการพิษหรือผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ถ้าใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่นบางตัวอาจทำให้เสียชีวิตได้	- ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย - แนะนำหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือการใช้ยาที่เสริมฤทธิ์กัน
5. Adverse effects ในผู้สูงอายุ ผู้ที่ปัญญาอ่อน อาจพบอาการกำเริบ ไม้เป็นมิตร วุ่นวาย กระสับกระส่ายและอารมณ์ผิดปกติ	- ติดตามอาการและระวังการใช้ยาในบุคคลดังกล่าว หากมีอาการให้หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์
6. ผลต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย ที่พบได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อเพิ่มความอยากอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ท้องผูก ปากแห้ง ประจำเดือนผิดปกติ	- ให้คำแนะนำและรักษาตามอาการหากมีอาการมาก ให้มาพบแพทย์

การปฏิบัติกรพยาบาล

1. ควรให้ยาเฉพาะก่อนนอนเพื่อลดการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมในช่วงกลางวัน
2. ยาชนิดนี้จะทำให้ปวดและระคายเคืองต่อบริเวณที่ฉีดมาก ควรฉีดที่กล้ามเนื้อขนาดใหญ่และฉีดลึกเพียงพอ
3. ติดตามการตอบสนองต่อยาและอาการข้างเคียงต่างๆ
4. ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยาหลายตัวในการรักษา ติดตามประเมินอาการข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

1. ไม่ปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือซื้อยามารับประทานเอง
2. งดการทำงานกับเครื่องจักรและขับรถ
3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกับแอลกอฮอล์ ยาแก้แพ้ ยารักษาโรคจิต เพราะจะเสริมฤทธิ์กันอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้
4. หลีกเลี่ยงการใช้ยา cimetidine, chloramphenical, propoxyphene คาเฟอีน, ยาคุมกำเนิด (estrogen) และการใช้ยาล้างรับประทานอาหารทันที เพราะมีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมยาในระบบทางเดินอาหารและ rifampin เพราะมีฤทธิ์เร่งการขับยาออกจากร่างกาย
5. ไม่ใช้ยาเพื่อการเสพติดหรือลดอาการจากการขาดสารเสพติดบ่อยๆ และไม่ใช้ทดแทนยาแก้ปวดต่างๆ

ตัวอย่างและปริมาณยาคลายกังวลและยานอนหลับ

ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg/day)
1. Anxiolytic		
Alprazolam	Xanax	0.5 mg – 8 mg
Chlordiazepoxide	Librium	10 mg – 100 mg
Clorazepate dipotassium	Tranxene	7.5 mg – 90 mg
Diazepam	Valium	2 mg – 40 mg
Lorazepam	Ativan	1.0 mg – 10 mg
2. Hypnotics		
Estazolam	Prosam	1 mg – 2 mg
Flurazepam	Dalmane	15 mg – 30 mg
Secobarbital	Seconal	100 mg – 200 mg

ยาควบคุมอารมณ์

(Antimaniacs, Mood-stabilizing drug)

ยาที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่ Lithium ใช้ในการควบคุมอาการคลุ้มคลั่ง (mania), bipolar disorder, schizoaffective disorder ในกรณีที่ยาโรคจิตใช้ควบคุมอาการได้ไม่ดี และใช้ควบคุมอาการรุนแรงต่างๆ ในผู้ป่วยจิตเวช

กลไกการออกฤทธิ์

Lithium carbonate (LiCO_3) เป็นสารประกอบของเกลือธรรมชาติชนิดหนึ่งสามารถดูดซึมเข้าสู่เซลล์ในร่างกาย 1-3 ชั่วโมง โดยการแตกตัวเป็น Lithium ion และขับออกทางไต ซึ่ง Lithium มีผลต่อการทำงานหรือการเผาผลาญของสารกลุ่ม sodium ใน nerve cells และ muscle cells โดยแย่งที่กับ sodium ในการผ่านเข้าออก sodium channel ของเซลล์ ทำให้ลดการกระตุ้นเซลล์ประสาทและการเก็บกลับของสารสื่อประสาทต่างๆ เข้าในเซลล์ มีผลทำให้ผู้ป่วยสงบลง ควบคุมอาการ mania ได้ถึง 80% ใน 1-2 สัปดาห์

ข้อควรระวัง

ยานี้จะใช้ได้กับผู้ที่มีการนำเข้าของ Na ปกติ ดังนั้นจึงระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไต โรคหัวใจ ผู้ที่สมองถูกทำลายและผู้ที่มีการขาดน้ำรุนแรง หลีกเลี่ยงการรับประทานช่วง 3 เดือนแรกหรือระหว่างให้นมบุตร

ในการใช้ Lithium จำเป็นต้องอาศัยการวัดระดับของยาเป็นสำคัญ ในระยะการรักษาทั่วไป ควบคุมระดับยาให้อยู่ในช่วง 0.5 – 1.2 mEq/L หากใช้ในการรักษาอาการ acute mania ควบคุมระดับยาให้อยู่ในช่วง 1.0 – 1.25 mEq/L เพราะหากมีระดับยาในกระแสเลือดในระดับที่ต้องการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตราย

อาการข้างเคียงและการพยาบาล

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
<p>1. Early side effects อาการในช่วงแรก ได้แก่</p> <p>1.1 ระบบทางเดินอาหารถูกรบกวน มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียและปวดท้อง</p> <p>1.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรงและอ่อนเพลีย</p> <p>1.3 มือสั่น โดยเฉพาะเวลาเขียนหนังสือ</p> <p>1.4 ระบายน้ำและปัสสาวะบ่อย</p>	<p>- อาการนี้พบได้เป็นปกติแต่มักไม่รุนแรง พบ 2-3 วันหลังรับยา ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าไม่มีอันตรายใดๆ</p>
<p>2. Later side effects อาการที่เกิดเมื่อใช้เวลานาน ได้แก่</p> <p>2.1 อาการมือสั่น (fine tremor)ยังคงมีอยู่</p> <p>2.2 ระบายน้ำและปัสสาวะบ่อยขึ้น</p> <p>2.3 น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นหรือมีอาการบวม</p> <p>2.4 อาจมีอาการแทรกซ้อนของ hypothyroidism หรือ goiter พบประมาณ 5-8%</p> <p>2.5 ภาวะ leukocytosis</p> <p>2.6 มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจึงต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่แล้ว</p> <p>2.7 มีความผิดปกติในไตเกิดพิษต่อไตได้</p>	<p>- สังเกตอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้ยาเป็นเวลานานและให้การช่วยเหลือตามอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อไปอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ตรวจหาระดับ Lithium สม่ำเสมอหรือทุก 2 สัปดาห์</p> <p>- หากอาการรุนแรงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา</p>

เนื่องจาก lithium ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหลายอย่างดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นก่อนเริ่มใช้ยานี้ควรตรวจหาค่าต่างๆ ดังต่อไปนี้

- serum electrolyte โดยเฉพาะ sodium และ potassium
- complete blood count with differential เนื่องจาก lithium มีผลเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาว
- T₄ และ TSH
- น้ำหนัก
- BUN, creatinine
- EKG ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ

ระดับความเป็นพิษของ Lithium ในกระแสเลือด

สาเหตุที่ทำให้เกิดพิษเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด มีการสูญเสีย sodium หรือน้ำในร่างกายจากการอาเจียน ท้องเสียและปัสสาวะมาก

ระดับความเป็นพิษ	อาการ	การช่วยเหลือ
Lithium level : 1.2-1.5 mEq/L “ระดับเฝ้าระวัง”	ระดับที่มี lithium สูงสุดที่มีผลในการรักษา อาการข้างเคียงที่พบ เช่น <ul style="list-style-type: none"> ● มือสั่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ท้องเสีย ปวดท้องและอ่อนเพลีย ซึ่งอาการต่างๆ นี้จะไม่รุนแรง 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด - ตรวจหาระดับ lithium ในเลือด - ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและเกลือในระดับที่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะถ้าอากาศร้อนหรือการออกกำลังกาย
Lithium level : 1.5-2.0 mEq/L “ระดับเป็นพิษปานกลาง”	ระดับที่มี lithium สูงจนเริ่มเกิดอาการเป็นพิษ ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง <ul style="list-style-type: none"> ● อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียนและปากแห้ง ● อาการทางระบบประสาท เช่น มึนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง พูดไม่ชัด ● ผิดปกติในการเคลื่อนไหว เช่น เดินเซ มีการกระตุกของกล้ามเนื้อตา ตาพร่ามัว หูอื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้าผู้ป่วยอยู่บ้านต้องรีบมาติดต่อขอรับการรักษาทันที อาจต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการใกล้ชิด - หยุดยา lithium ไว้ก่อนทันที - ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ - ประเมินสภาพร่างกายและสภาพจิต โดยเฉพาะระบบประสาท - ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. - ตรวจหาระดับ lithium ในกระแสเลือด

ระดับความเป็นพิษ	อาการ	การช่วยเหลือ
Lithium level : 2.0-2.5 mEq/L “ระดับเป็นพิษรุนแรง”	ระดับที่มี lithium สูงจนเกิดอาการเป็นพิษ ระดับปานกลางถึงรุนแรง <ul style="list-style-type: none"> อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนตลอด อาการทางระบบประสาท เช่น การเคลื่อนไหวแขน-ขาเป็นแบบกระตุกเป็นระยะ จนถึงแสดงอาการชัก สับสนมาก การทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นลมหรือหมดสติ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ตรวจหาระดับ lithium, electrolytes และ renal function test ให้สารน้ำและปรับสมดุลสารน้ำในร่างกาย ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาเข้าไปเป็นจำนวนมากต้องล้างท้องหรือ gastric lavage ให้การช่วยเหลือแบบประคับประคองตามอาการ
Lithium level : > 2.5 mEq/L “ระดับอันตราย”	ระดับมี lithium สูงจนเกิดอันตรายถึงชีวิต <ul style="list-style-type: none"> อาการสำคัญ เช่น การทำงานของหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำลงมาก มีไข้สูง ไม้รู้สึกตัว มีอาการชัก ปัสสาวะน้อยและการทำงานของไตล้มเหลว 	<ul style="list-style-type: none"> ช่วยชีวิตและลดระดับ lithium ตรวจหาระดับ lithium ทุก 3 ชม. อาจต้องทำ hemodialysis

การปฏิบัติกรพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาระหว่างอาหารหรือหลังอาหารทันที เพราะยาจะมีผลทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหารมาก
2. เมื่อรับประทานยาในระยะแรก ต้องตรวจหาระดับ lithium ในกระแสเลือด อย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 2 ครั้งจนกระทั่งระดับยาคง ที่หลังจากนั้นตรวจทุก 2 สัปดาห์ โดยทำการตรวจหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานยามื้อสุดท้ายประมาณ 8-12 ชั่วโมงเพื่อความคงที่ของการกระจายตัวของยาในกระแสเลือด
3. ติดตามการตอบสนองต่อยา โดยยาจะเริ่มออกฤทธิ์ที่ 1 สัปดาห์ถึง 10 วัน ในระยะที่ยาไม่ออกฤทธิ์ควรให้ยากลุ่ม antipsychotic ควบคุมอาการไปก่อน
4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกับยาด้านการอักเสบ
5. ติดตามประเมินอาการข้างเคียงของยา

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ

1. รับประทานยาตามคำสั่งการรักษา
2. ควรได้รับน้ำและเกลือ โซเดียมอย่างเพียงพอ ไม่ควรงดอาหารเค็มยกเว้นได้รับคำสั่งการรักษาของแพทย์ เพราะยานี้ถูกขับออกมาพร้อมโซเดียม ภาวะที่โซเดียมลดลงจะทำให้เกิดภาวะ lithium เป็นพิษได้
3. ในกรณีที่มีการเสียน้ำและเกลือแร่มาก เช่น ท้องเสีย อาเจียน ควรให้น้ำและเกลือ โซเดียมทันที เช่น การให้ดื่มน้ำเกลือ ORS
4. ไม่ควรซื้อยาอื่นๆ ใช้อื่นๆ นอกจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกร ในกรณีมีการเจ็บป่วยอื่นๆ ควรแจ้งแพทย์ว่าใช้ lithium อยู่เพื่อจะได้หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและ lithium
5. ดื่มน้ำมากๆ วันละประมาณ 3 ลิตร สม่่าสมอยกเว้นแพทย์สั่งห้าม
6. งดการออกกำลังกาย/ออกแรง/ทำงานในสภาพอากาศที่ร้อนจัด
7. รับประทานยาต่อเนื่องแม้ลิ้มรับประทานในบางมื้อ
8. ผู้ที่รักษาด้วยยาระยะยาวให้รับการตรวจร่างกายเป็นระยะ
9. หากเกิดอาการที่บ่งบอกอาการพิษจาก lithium เช่น วิงเวียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน ใจสั่น ควรกลับมาพบแพทย์ทันที
10. ตรวจร่างกายและ lab อย่างสม่ำเสมอ
11. ควรทำ lithium card ซึ่งบอกรายละเอียดของข้อควรระวัง การเกิดพิษและการแก้ไขความเป็นพิษจาก lithium ให้ผู้ป่วยพกติดตัวไว้

ตัวอย่างและปริมาณยาควบคุมอารมณ์

ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg/day)
1. Lithium		
Lithium carbonate	Eskalith, Lithane, Lithonate	900 mg – 1800 mg รักษาระดับ lithium ให้ได้ 1.0-1.5 mEq/L
Lithium citrate	Cibalith-s	300 mg

ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg/day)
2. Anticonvulsants		
Carbamazepine	Tegretol	600 mg – 1200 mg
Clonazepam	Klonopin	1.5 mg – 20 mg
Phenytoin	Dilantin	300 mg – 625 mg
Primidone	Mysoline	500 mg – 2000 mg
Valproate	Depakote	60 mg/kg

ยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิต

(Anticholinergic drug, Antiparkinson drug)

สำหรับลดอาการ Extrapyramidal side effects โดยเฉพาะ

ข้อควรระวังการใช้ยา

ผู้ป่วยโรคต่อหิน ผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myasthenia gravis) ผู้ป่วย poststatic hypertrophy

อาการข้างเคียงและการพยาบาล

อาการข้างเคียง	การพยาบาล
1. Anticholinergic drug ได้แก่ ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผู้ และอาจมีปัสสาวะลำบากในผู้สูงอายุ	- แนะนำการรักษาความสะอาดช่องปาก ดื่มน้ำ มากๆ และเพิ่มกิจกรรมในส่วนที่ไม่รุนแรง
2. คลื่นไส้ ปั่นป่วนในท้อง	- รับประทานยาพร้อมกับอาหารหรือหลังอาหาร ทันที
3. Sedative, Drowsiness และ Dizziness	- ระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงการทำงานกับ เครื่องจักรและการขับรถ
4. Orthostatic hypotension	- ตรวจสอบวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ แนะนำการ เปลี่ยนท่า
5. Anticholinergic delirium อาการสำคัญ สับสน ไม่รู้ วัน เวลา สถานที่ หรือแสดงอาการทางจิต	- พบได้น้อย มักเกิดในผู้สูงอายุ วิธีช่วยคือ ให้หยุด ยาและแพทย์พิจารณาให้ยาเพื่อรักษาอาการ ดังกล่าวแทน เช่นยาในกลุ่ม cholinergic stimulant

ตัวอย่างและปริมาณยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ชื่อสามัญทางยา (generic name)	ชื่อทางการค้า (trade name)	ปริมาณระหว่างวัน (mg/day)
Amantadine	Symmetrel	100 mg – 300 mg
Benztropine	Cogentin	0.5 mg – 6 mg
Biperiden	Akineton	2 mg – 8 mg
Diphenhydramine	Benadryl	25 mg – 200 mg
Levodopa	Larodopa, Dopar	1000 mg – 8000 mg
Trihexyphenidyl	Artane	2 mg – 15 mg

ปฏิบัติการพยาบาล

1. ให้อาหารที่รับประทานเสร็จ ป้องกันการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร
2. สังเกตผลการรักษาด้วยยา (อาการของ EPS จะลดลงหรือหายไป)
3. สังเกตอาการข้างเคียง

การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ

1. ดื่มน้ำหรือลูกอมเพื่อลดอาการปากแห้ง
2. หลีกเลี่ยงการทำงานกับเครื่องจักรและการขับรถ
3. ระมัดระวังเป็นลมหน้ามืดขณะเปลี่ยนอิริยาบถ
4. รายงานอาการข้างเคียง ความไม่สุขสบายขณะใช้ยา
5. รับการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะสายตา
6. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และอาหารที่มีโปรตีนสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. การหยั่งรู้ตนเองของผู้ป่วย (insight) หมายถึง เข้าใจ ยอมรับอาการเจ็บป่วยและยอมรับว่าต้องรักษา
3. ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา เช่น เชื่อว่าเจ็บป่วยเพราะผี เพราะกรรมชาติ หรือ นอกเหนือจากการควบคุมของมนุษย์ การรักษาจะเป็นไปตามแนวความเชื่อนั้นๆ
4. ฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยเฉพาะการรับยาครั้งแรก ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ตนได้รับและได้รับ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่นำกลัว ก็จะปฏิเสธการรับยาครั้งต่อไป
5. ความรู้เกี่ยวกับยาทั้งผู้ป่วยและญาติ
6. กำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลที่สำคัญใกล้ชิด (key information)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

1. การประเมินผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อทัศนคติที่มีต่อยาจิตเวช ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับยาและการยอมรับการรักษาของผู้ป่วย
2. ให้ความรู้ที่ปลอดภัย ใ่วางใจในการรักษาด้วยยา
3. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและให้ยาตามความจำเป็น
4. การประเมินอาการและปฏิกิริยาตอบสนองต่อยาที่ได้รับ

บทบาททั่วไปในด้านต่างๆ ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

1. บทบาทด้านการให้ความปลอดภัยในการให้ยาแก่ผู้ป่วย

- ปริมาณยาที่ใช้ตามปกติ/ที่มีผลทางการรักษา/ที่มีผลก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- วิธีที่ยาเข้าสู่ร่างกายและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ฤทธิ์ของยาทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- วิธีจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่ถูกต้องและรวดเร็ว
- การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่สำคัญในยาแต่ละกลุ่ม
- การจัดเก็บยา การเตรียมยาและข้อกฎหมายต่างๆ

2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยา

- การปฏิบัติตัวโดยทั่วไปขณะได้รับยา
- ปฏิกิริยาของยาต่อยาบางอย่าง สารบางชนิด อาหาร สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อใช้ยา
- ฤทธิ์ข้างเคียงที่ผู้ป่วยและญาติต้องรายงานต่อพยาบาล/เจ้าหน้าที่
- ฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่เป็นอันตราย เพื่อให้เกิดความรู้สึกรับประกันในการรับยาต่อไป
- เป้าหมายของการใช้ยาและแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง

3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ดังที่กล่าวในปัจจัยที่มีผลต่อการรับการรักษาด้วยยาจำเป็นที่พยาบาลจะต้องทราบและหาวิธีการในการส่งเสริมการรักษา เช่น ธรรมชาติของผู้ป่วย เมื่ออาการดีขึ้นมักจะไม่นับยาต่อ การรักษาทางจิตเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลายาวนาน อาจเกิดความเบื่อหน่ายและหมดกำลังใจได้

4. การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับยาใหม่อยู่เสมอ

5. บทบาทที่เกี่ยวกับการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดจากการบำบัดด้วยยา

- การประเมินความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของยาที่มีต่ออาการทางจิตและต่อสุขภาพ
- แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำที่ได้รับ
- แบบแผนการขับถ่ายโดยเฉพาะปัญหาท้องผูกและปัสสาวะคั่ง

- แบบแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน
- แบบแผนการติดต่อสื่อสารและสัมพันธ์ภาพกับพยาบาลและบุคคลอื่นๆ
- ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม
- การเปลี่ยนแปลงความรู้สึนึกคิดและการรับรู้
- การใช้สารเสพติด ยาหรือสารอื่นๆ ร่วมกับยาที่ใช้รักษา
- ฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- ความพร้อมที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับยา
- ผลการตรวจร่างกายทางห้องปฏิบัติการ

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy)

แนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัด

ไคส์ และฮอฟลิง (Kyes and Hofling อ้างใน แพ จันทรสุข, 2541) ได้ให้ความหมายของสิ่งแวดล้อมบำบัด ไว้ 2 ความหมาย ดังนี้

1. Mi แปลว่า Middle กลางๆ Lie แปลว่า Place สถานที่ Therapeutic แปลว่า Health promotion ฉะนั้นคำว่า Milieu Therapy จึงแปลว่า Health promotion place หรือ Health environment ซึ่งเน้นด้านร่างกายและจิตใจ

2. หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมายเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเท่านั้น การจัดสิ่งแวดล้อมชนิดนี้มีแบบแผน มีหลักการ มีเป้าหมาย และวิธีการเฉพาะ ซึ่งต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ส่วนผู้จัดนั้น ได้แก่ ทีมจิตเวชผู้รับบริการในการบำบัดผู้ป่วย

เป้าหมายของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด

1. ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Self-esteem)
2. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปรับปรุงความสามารถในการสัมพันธ์กับคนอื่น
3. ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะเชื่อถือผู้อื่น
4. ช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา
5. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่ให้ผลด้านการบำบัดทางจิต

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2544) ให้ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่ให้ผลด้านการบำบัดทางจิตไว้ดังนี้

1. กระจายอำนาจ

แต่เดิมมาอำนาจในการบำบัดรักษาทั้งหมดอยู่ในมือของผู้มีอำนาจสูงสุด ซึ่งมีกหมายถึงจิตแพทย์ โดยจิตแพทย์จะเป็นผู้กำหนดว่าผู้ป่วยควรจะได้รับอะไรที่ดีที่สุด แล้วคำสั่งนั้นก็จะต้องทำตามสายงานจนถึงผู้ป่วยซึ่งอยู่ต่ำสุด

เมื่อมีแนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดเกิดขึ้น สายการสั่งการ อำนาจในการรักษาพยาบาลเปลี่ยนรูปแบบจากสูงสุดสู่ต่ำสุด กลายเป็นกระจายอำนาจอยู่ในระดับเดียวกัน ผู้ร่วมงานทุกคน ตลอดจนผู้ป่วยมีสิทธิ์ออกเสียงเพื่อการตัดสินใจ ผลการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และจากเจ้าหน้าที่ทุกคน ผลการกระจายอำนาจเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) พึ่งพาตัวเองมากขึ้น

2. โครงสร้างทางสังคมและต้องชัดเจน

ในหอผู้ป่วยควรที่จะมีรูปภาพพร้อมชื่อนามสกุลของเจ้าหน้าที่บุคลากรในทีมสุขภาพที่รับผิดชอบหอผู้ป่วยนั้น ๆ ทุกคน เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ทั่วไป พนักงานดูแลความสะอาด หน้าที่ของแต่ละคนที่รับผิดชอบ และถ้ามีตำแหน่งพิเศษที่ผู้ป่วยควรรู้ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลหัวหน้าตึก ก็ควรจะระบุไว้ด้วย นอกจากบุคลากรในทีมแล้ว ตัวของผู้ป่วยจะต้องทำอะไร มีกิจกรรมอะไรที่ผู้ป่วยจะต้องทำบ้างในแต่ละวัน เช่น ตารางกลุ่มบำบัด เวลารับประทานอาหาร ยา อาบน้ำ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องทราบเพื่อจะได้ไม่ต้องสงสัยว่าตัวเองจะทำอะไรบ้างเมื่อเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยแล้ว

นอกจากนั้นกฎระเบียบ ข้อบังคับ เล็ก ๆ น้อย ๆ ต้องเขียนกำหนดไว้อย่างชัดเจน แต่ไม่ควรมากจนเกินไป และควรปฏิบัติตามระเบียบเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ การออกกฎระเบียบควรคำนึงถึงหลักของการอยู่ร่วมกันอย่างมีประชาธิปไตย กฎระเบียบทุกอย่างที่กำหนดจะต้องได้รับความยินยอม เห็นชอบ และปฏิบัติตามร่วมกันทุกคน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือทีมผู้รักษา เช่น การเข้าร่วมประชุมกลุ่มชุมชนบำบัด การจะขาดประชุมต้องแจ้งให้ที่ประชุมทราบล่วงหน้า ทีมผู้รักษาจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จะถือว่าคนเป็นทีมผู้รักษาไม่ต้องปฏิบัติตามไม่ได้

3. จัดโครงสร้างปฏิสัมพันธ์ใหม่

โครงสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยก็ควรเป็นแบบ Adult-Adult interaction ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต้องร่วมกันพิจารณาว่าพฤติกรรมอะไรของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาอยู่ในขณะนี้ แล้วทำความเข้าใจที่ตรงกันว่าปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยนั้นควรจะเป็นอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย การจัดโครงสร้างปฏิสัมพันธ์เช่นนี้จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือ ความเข้าใจที่ชัดเจน และความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการรักษา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ต้องมีความมั่นคง สม่ำเสมอ เปิดเผย เคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

4. ปรับสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการตามวัยของผู้ป่วย

แต่เดิมนั้นผู้ป่วยจิตเวชทุกวัยจะอยู่ร่วมกัน จะแยกเฉพาะเพศเท่านั้น กิจกรรมต่าง ๆ ก็เหมือนกัน เครื่องใช้ในชีวิตประจำวันก็เป็นของผู้ใหญ่เหมือนกัน ลักษณะเช่นนี้แสดงถึงการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผิดธรรมชาติ ขัดกับพัฒนาการความต้องการในแต่ละวัยของมนุษย์ เมื่อแนวคิดเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาเป็นที่ยอมรับ การแยกผู้ป่วย การจัดกิจกรรม การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยก็เปลี่ยนไป โดยเน้นการพิจารณาตามธรรมชาติของวัยเป็นเบื้องต้น เช่น ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็ก เครื่องใช้ก็มีขนาดลักษณะเฉพาะสำหรับเด็กวัยนั้น ๆ ถ้าเป็นคนชราของใช้ต่าง ๆ ก็ปรับให้เหมาะสำหรับคนชรา เป็นต้น

5. ความมั่นคงปลอดภัย

ความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างบรรยากาศทางจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยทุกคนควรจะได้รับ ความมั่นใจว่า เขาจะมีความปลอดภัยจากภัยอันตรายทั้งหลาย ทั้งจากตัวเขาเองหรือจากผู้ป่วยอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีความคิดในด้านทำร้ายตัวเอง จะรู้สึกมั่นใจว่า ถ้าความคิดเช่นนี้เกิดขึ้นกับเขา ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยอื่น ๆ จะช่วยเขาไม่ให้เขาทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น เช่นเดียวกัน ถ้ามีผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ก้าวร้าว ทีมผู้รักษาจะป้องกันไม่ให้ผู้ที่ก้าวร้าวทำอันตรายแก่คนอื่น ๆ ทีมผู้รักษาเป็นผู้ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อม การจะเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยได้นั้นเราใช้กระบวนการจำกัดสิทธิและพฤติกรรมที่เรียกว่า “Setting limit”

6. จัดกิจกรรมให้สัมพันธ์กับงาน

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชแต่ดั้งเดิม เมื่อผู้ป่วยถูกส่งเข้ารักษาในโรงพยาบาลแล้วมักจะถูกใช้ให้ทำงานกับสถาบันนั้น ๆ ซึ่งบางครั้งงานที่ทำก็เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา แต่ผู้ป่วยจะไม่ได้ผลตอบแทน อย่่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่แล้วงานที่จัดให้ผู้ป่วยทำเป็นงานที่สถาบันต้องการให้ผู้ป่วยทำ ไม่ใช่เพราะผู้ป่วยต้องการจะทำ ส่วนการรักษาแบบ Medical Model ก็มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ไม่ต้องทำอะไร ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาคนอื่น เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและระบายออกด้วยพฤติกรรมที่รุนแรง

เมื่อแนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นที่ยอมรับ การจัดงานหรือกิจกรรมให้ผู้ป่วย จะมุ่งให้ผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าต่อสถาบัน งานที่ให้ผู้ป่วยทำเป็นงานที่ผู้ป่วยเลือกเอง เป็นงานในสถานการณ์จริง และผู้ป่วยจะได้รับค่าตอบแทนตามความสามารถ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เพิ่มทักษะการจัดการตนเองและเรียนรู้การพึ่งพาตนเอง

7. ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ในสมัยก่อนนั้น สถาบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จะถูกตั้งอยู่ในจุดที่ห่างไกลจากแหล่งชุมชนไม่ให้ถูกผู้ป่วยจิตเวชกวน แต่ในปัจจุบันที่ปรัชญาการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนไป มีการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชในฐานะบุคคลหนึ่ง ประกอบกับมียาที่สามารถควบคุมพฤติกรรมทางจิตได้ ทำให้รูปแบบในการจัดตั้งสถาบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนไปด้วย กล่าวคือ ในปัจจุบันทุกแห่งที่เป็นชุมชนใหญ่ ๆ จะมีสถาบันรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และอารมณ์ เรียกสถาบันนั้นว่า ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ให้บริการคำปรึกษา รักษาพยาบาลแก่ผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ศูนย์นี้จะต้องอยู่ในชุมชนล้อมรอบด้วยเพื่อนบ้าน เพื่อสะดวกในการที่คนจะขอรับบริการ

ส่วนในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จะถูกจัดให้เป็นไปตามแบบฉบับธรรมดาของสังคมนั้น ๆ กิจกรรมที่จัดขึ้นก็ให้สอดคล้องกับกิจกรรมตามปกติในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด นอกจากนั้นเพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนรับผิดชอบ รับผิดชอบต่อผู้จิตเวชมากขึ้น จึงต้องมีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและจิตเวชแก่บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคนในครอบครัวของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะกระทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น และเมื่อรับเข้าไว้แล้วก็ไม่ให้ขาดการติดต่อกับครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุด ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหอผู้ป่วยนาน ก็ต้องกระตุ้นให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ๆ มีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยรับทราบและร่วมกิจกรรมการบำบัดรักษา ร่วมมือในการวางแผนเมื่อผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่ครอบครัว

วิธีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษาตามลักษณะสิ่งแวดล้อมทั้ง 7 ประการ ดังกล่าว จะต้องปฏิบัติภายใต้การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบและการมีอิสระเลือกของผู้ป่วย การใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดจะล้มเหลว ถ้าให้ความสำคัญอยู่ที่ความสะดวกสบายของบุคลากรในทีมผู้รักษามากกว่าเพื่อประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย

องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตมีองค์ประกอบพิเศษที่แตกต่างไปจากสิ่งแวดล้อมของคึกผู้ป่วยโดยทั่วไป สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ได้สรุปองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดไว้ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ

สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ได้แก่ โครงสร้างของหอผู้ป่วย ห้องต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหอผู้ป่วย ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกที่เราสามารถสัมผัสได้ ทั้งนี้เพราะโครงสร้างของสถานรักษา เป็นต้นว่าสภาพทั่วไปของห้อง สามารถสื่อทัศนคติของคนทั่วไปที่มีต่อผู้ป่วยได้ ในสมัยหนึ่งโรงพยาบาลสำหรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชจะถูกสร้างไว้ในที่ที่ห่างไกลจากชุมชน ถูกแยกออกไปจากชุมชน ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็น

เห็นว่า ชุมชนไม่ต้องการผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องแยกไว้ต่างหาก หรือการสร้างตึกรักษาผู้ป่วยโดยไม่จัดทำห้องน้ำที่มิดชิดให้ หรือเป็นห้องน้ำผู้ป่วยที่ไม่มีประตู ก็สื่อทัศนคติว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีความอายเช่นคนทั่วไป ทัศนคติของคนทั่วไปที่มีต่อผู้ป่วยจะมีผลต่อ การรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะจะช่วยเสริมหรือลดความรู้สึกมีคุณค่าให้กับผู้ป่วยได้ ดังนั้น การจัด สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ เพื่อที่จะให้ผลทางด้านรักษานั้น จะต้องให้มีลักษณะดังต่อไปนี้

1.1 จะต้องมีสัดส่วนบุคคล ที่เรียกว่า privacy ผู้ป่วยก็เช่นเดียวกับคนทั่วไป ที่ต้องการ ความเป็นส่วนตัวในบางโอกาส การจัดห้องนอนเดี่ยวให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดีเลิศ แต่คงจะกระทำไม่ได้ในทุกแห่ง เพราะความจำกัดของสถานที่ ในกรณีการจัดห้องนอนเดี่ยวให้ผู้ป่วยไม่ได้ การให้อยู่รวมกันเป็นสิ่ง จำเป็น การให้อยู่ห้องละสองคน เป็นวิธีที่ดีที่ทรงลงมา สำหรับโรงพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยไม่ได้จริง ๆ ก็ ควรจัดให้อยู่ห้องละ 3 คน และไม่ควรจะให้อยู่เกินห้องละ 3 คน ในกรณีที่เป็นห้องรวม เนื่องจากไม่สามารถจัดหาห้องเดี่ยวให้กับผู้ป่วยได้ ควรจะให้ผู้ป่วยมีเตียงเป็นของตัวเอง มีชื่อระบุไว้ชัดเจนว่าใครเป็นเจ้าของ เพื่อป้องกันการแย่งเตียงนอนกัน ผู้ป่วยแต่ละคนควรจะมีหมอนและผ้าห่มที่เป็นของใช้ประจำตัว ไม่ปะปนกับคนอื่น ๆ นอกจากเตียงแล้วผู้ป่วยควรจะมีตู้สำหรับเก็บข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัวที่ไม่รวมกับคนอื่น ๆ เพราะผู้ป่วยถึงแม้จะป่วยก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการใช้ส่วนตัว เช่น แปรงสีฟัน ผ้าเช็ดตัว และเสื้อผ้า

1.2 ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าของตนเอง การให้ผู้ป่วยได้ใช้เสื้อผ้าของตัวเองจะช่วยผู้ป่วยให้เกิด ความรู้สึกว่าเขาเป็นตัวของเขาเอง เสื้อผ้าของผู้ป่วยมักจะเป็นแบบที่เจ้าตัวได้เลือกสรรแล้วว่าเหมาะกับ รูปร่างของเขา เป็นแบบที่ทำให้ผู้สวมใส่รู้สึกสง่างามและภาคภูมิใจในตัวเอง เสื้อของโรงพยาบาล โดยทั่วไปมักจะเป็นแบบง่าย ๆ ที่สะดวกในการใช้ แต่หาความพอดีไม่ได้ เสื้อของโรงพยาบาลที่ใช้นาน ๆ มักจะเก่า ขาด และหารูปทรงไม่ได้ นอกจากจะหาความสวยงามไม่ได้แล้ว การที่ผู้ป่วยถูกบังคับให้ใช้ เสื้อผ้าที่หาความสวยงามไม่ได้ จะทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจของผู้ป่วยลดลง การรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็น หัวใจสำคัญของการรักษาก็คงจะเกิดขึ้นไม่ได้ ดังนั้นการจะรักษาผู้ป่วยด้วยสิ่งแวดล้อมจึงควรจะต้องนึกถึง เรื่องการใช้เสื้อผ้าส่วนตัวของผู้ป่วยด้วย เสื้อผ้าของโรงพยาบาลจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยลำบาก ทุรนทุราย และ ควบคุมตัวเองไม่ได้เพื่อสะดวกในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้แล้วก็ควร อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ใช้เสื้อผ้าของตนเองทันที

1.3 เครื่องเรือนและเครื่องตกแต่งห้อง เครื่องเรือนเครื่องตกแต่งห้อง และของใช้ในหอผู้ป่วย ควรจะมีลักษณะเช่นเดียวกับที่ใช้ตามบ้านเรือนทั่วไป ไม่จำเป็นต้องจัดทำขึ้นเป็นพิเศษสำหรับใช้กับผู้ป่วย จิตเวช เพราะถ้าทำให้มีความแตกต่างจากของใช้ในที่อื่น ๆ ก็จะเป็นการสื่อทัศนคติของคนอื่นที่มีต่อผู้ป่วย ว่า ผู้ป่วยจิตเวชไม่เหมือนคนอื่นทั่วไป เป็นกลุ่มชนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งควรจะได้รับปฏิบัติที่พิเศษและ แตกต่างจากคนทั่วไป ในหอผู้ป่วยควรจัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในเรื่องของวัน เวลา

ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานอาจล้มวัน เดือน ปี ได้ หากไม่มีปฏิทินให้ไว้ และควรจะมีกระจกให้ผู้ป่วย ได้ส่องดูหน้าตาของตนเอง ได้ตบแต่งหน้าตาให้สะอาดและเรียบร้อย กระจกนี้ควรจะติดตั้งไว้ในที่ที่เหมาะสม บางคนมีความคิดว่ากระจกเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่ก้าวร้าวอาจจะทำให้แตกและนำมาเป็นอาวุธได้ ในกรณีเช่นนี้เราสามารถแก้ไขได้ด้วยการไม่รับผู้ป่วยก้าวร้าว และยังคงควบคุมตัวเองไม่ได้ไว้ในตึกที่รักษาผู้ป่วยด้วยสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยที่ควบคุมตัวเองไม่ได้จะถูกควบคุมไว้ในห้องแยกพิเศษต่างหาก และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้แล้ว เราจึงจะอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในตึกรักษาด้วยสิ่งแวดล้อมนี้ ในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเมืองใหญ่และผู้ป่วยเป็นคนมีการศึกษา ระดับเศรษฐกิจอยู่ในขั้นดี ผู้ป่วยอาจจะต้องการติดต่อกับทางบ้านโดยทางโทรศัพท์สาธารณะให้ก็จะเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยผู้ป่วยไม่ให้ถูกตัดขาดจากครอบครัว และสังคมภายนอกโรงพยาบาล

1.4 ห้องต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนึ่ง ๆ จะประกอบด้วยห้องต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก เป็นต้นว่า ห้องรักษาพยาบาล ห้องทำงานของพยาบาล ห้องแพทย์ ห้องนักจิตวิทยา ห้องนักสังคมสงเคราะห์ ห้องประชุมกลุ่ม ห้องโถง ห้องนั่งเล่น ห้องนอนผู้ป่วย ห้องเก็บของ ห้องอาหาร ห้องซักผ้า เสื้อผ้า ห้องต่าง ๆ เหล่านี้ควรมีป้ายเขียนบอกไว้อย่างชัดเจนแจ่มแจ้ง ผู้ป่วยจะทราบว่าห้องใดที่ตนเองมีสิทธิที่จะใช้ ห้องใดไม่มีสิทธิที่จะเข้าไป ห้องที่ปิดตายจะต้องมีป้ายเขียนบอกไว้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่มีความคิดหวาดระแวงสรุปเอาว่า เป็นห้องเก็บของใช้สำหรับทรมานผู้ป่วยหรือเป็นห้องขังผู้ป่วย ห้องต่าง ๆ ที่จัดไว้ให้ผู้ป่วย ควรจะต้องพิจารณาและใคร่ครวญให้ดีว่ามีความจำเป็นแค่ไหน และควรจะต้องออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการในการใช้ ห้องต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ควรจัดให้มีในหอผู้ป่วย ได้แก่

- ห้องนอน ห้องนอนผู้ป่วยควรแยกเป็นห้องเดี่ยว ถ้าทำได้ แต่ถ้าทำไม่ได้ก็จัดเป็นห้องชุด อยู่กันห้องละไม่เกิน 3 คน แต่ละห้องมีเตียงนอน ตู้เก็บของใช้ส่วนตัว ห้องนอนที่มีผู้ป่วยมากเกินไปจะทำให้เกิดการรบกวนได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยที่หลับยากไม่ได้รับการพักผ่อนเต็มที่

- ห้องน้ำและห้องส้วม อาจอยู่นอกห้องนอน เป็นห้องน้ำที่ใช้ร่วมกัน ซึ่งก็เป็นความสะดวกในเรื่องการดูแลรักษาความสะอาด ห้องน้ำและห้องส้วมควรมีประตูเช่นเดียวกับห้องน้ำทั่วไป มีลูกบิดประตูที่ปิดได้ แต่ไม่ใช่ปิดตายจากข้างใน และคนข้างนอกเปิดเข้าไม่ได้ ควรจะเป็นลักษณะที่ปิดได้ และเมื่อมีความจำเป็นเช่นเมื่อเกิดอุบัติเหตุในห้องน้ำทีมผู้รักษา หรือผู้ป่วยอื่นสามารถจะเปิดเข้าไปให้การช่วยเหลือได้ ห้องน้ำห้องส้วมมีฝาปิดมิดชิดทั้งสี่ด้าน ไม่ใช่เป็นห้องน้ำรวม หรือให้ผู้ป่วยอาบน้ำรวม ๆ กัน เช่นที่ปฏิบัติกันในโรงพยาบาลจิตเวชหลาย ๆ แห่ง เพราะถ้าเป็นเช่นนี้ก็เป็นการสื่อทัศนคติของทีมผู้รักษาที่เห็นว่า ผู้ป่วยเป็นคนอีกชั้นหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องมีความอาบเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้นึกถึงความจำเป็นบุคคลของผู้ป่วย

- ห้องโถงและห้องนั่งเล่น เป็นห้องที่ผู้ป่วยได้พบปะสังสรรค์และสมาคมกัน จึงควรจะ

ต้องกว้างขวางและมีความสุขสบายเพียงพอ ในห้องจัดให้มีเก้าอี้ที่นั่งสบาย มีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ มีโต๊ะเก้าอี้สำหรับการเล่นเกมต่าง ๆ มีหนังสือเบาสมองให้ผู้ป่วยอ่าน มีวิทยุและโทรทัศน์ให้ผู้ป่วยได้รับฟังและชมในยามว่าง ในหอผู้ป่วยถ้าขาดเสียซึ่งห้องนี้ ผู้ป่วยจะแยกตัวอยู่แต่ในห้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยและทีมผู้รักษา นอกจากจะใช้เป็นที่นั่งเล่นของผู้ป่วยยามว่างแล้ว ห้องโถงยังใช้เป็นที่พักผ่อนของผู้ป่วยและของทีมผู้รักษา ในการประชุมกลุ่มของชุมชนหรือ community meeting ซึ่งเป็นการประชุมประจำของหอผู้ป่วย

- ห้องอาหารเป็นอีกห้องหนึ่งซึ่งผู้ป่วยจะได้พบปะและสมาคมกันโดยพร้อมเพรียงจึงควรที่จะต้องเป็นห้องที่กว้างและมีความสุขสบายพอ ห้องอาหารเป็นห้องที่ผู้ป่วยจะได้สนทนา ได้สังคมกับผู้ป่วยอื่น เป็นสถานที่ผ่อนคลายที่สุดในตึก เวลาอาหารควรเป็นเวลาผู้ป่วยได้พักผ่อนและเรียนรู้ทักษะทางสังคม โดยเฉพาะบรรยากาศของโต๊ะอาหาร การจัดห้องอาหารแบบโรงเลี้ยงจะทำให้ผู้ป่วยเสียประโยชน์ในการเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยจะขาดประสบการณ์ที่ดีในเรื่องมารยาทในการรับประทานอาหารร่วมกัน นอกจากห้องอาหารแล้ว ควรจะจัดให้มีที่สำหรับจัดเตรียมอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการเตรียมอาหารของตนเอง ได้จัดทำอาหารตามที่ต้องการ

- ห้องซักผ้า เป็นห้องที่จำเป็นอีกห้องหนึ่ง ในกรณีที่หน่วยรักษาอยู่อนุโลมให้ผู้ป่วยใช้เสื้อผ้าของตนเอง ผู้ป่วยจะได้มีที่สำหรับซักผ้าเหมือนที่เขาทำอยู่ที่บ้าน การจัดห้องซักผ้าให้กับผู้ป่วยจะช่วยให้มีความรับผิดชอบตนเองมากขึ้น เป็นการป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนช่วยตัวเองไม่ได้ เนื่องจากความป่วยเจ็บ ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากมีแนวโน้มที่จะเป็นเช่นนี้อยู่แล้ว โดยส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากคนแวดล้อมผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็น อีกส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากบุคลิกภาพของผู้ป่วยเองที่มีแนวโน้มในการพึ่งพาผู้อื่นเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

2. สิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล

สิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคลประกอบไปด้วย คนที่อยู่ในหอผู้ป่วย ได้แก่ ทีมผู้รักษา นับตั้งแต่จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา พยาบาลจิตเวช พยาบาลทั่วไป เจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่น ๆ นักอาชีว-บำบัด นักนันทนาการบำบัด และผู้ป่วย ความสามัคคี ความกลมเกลียวและความเป็นมิตรกันของบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อบรรยากาศของหน่วยรักษาเช่นเดียวกับความขัดแย้งความแตกแยกกันก็ก่อให้เกิดบรรยากาศที่ตึงเครียดได้เหมือนกัน บุคคลที่ควรจะนำมากล่าวในที่นี้ก็คือ ผู้ป่วย ทีมผู้รักษา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเหล่านี้มีผลต่อบรรยากาศทางด้านจิตใจ อารมณ์ในหอผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2.1 ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนึ่ง ๆ ควรจะได้มีการจำกัดจำนวนไว้เพราะ

จำนวนของผู้ป่วยที่มากเกินไป ก็จะมีผลต่อบรรยากาศในหอผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า ในหอผู้ป่วยหนึ่ง ๆ ไม่ควรจะมีผู้ป่วยเกิน 32 คน ในจำนวน 32 คนนี้สามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ ได้ 4 กลุ่ม

แต่ละกลุ่มจะมีผู้ป่วยประมาณ 8 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่พอดีในการให้การรักษาย่างหนึ่ง ๆ เพราะผู้ป่วยทุก ๆ คนจะได้มีโอกาสร่วมในกิจกรรมรักษาได้เท่ากัน ในกลุ่มที่ผู้ป่วยน้อยเกินไป ความสนใจผู้ป่วยทุก ๆ คนจะได้มีโอกาสร่วมในกิจกรรมรักษาได้เท่ากัน ในกลุ่มที่ผู้ป่วยน้อยเกินไป ความสนใจที่จะมีให้กับผู้ป่วยแต่ละคนมีมากเกินไป ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกดีถึงเครียดกับการที่ตัวเองเป็นเป้าความสนใจตลอดเวลา ก่อให้เกิดบรรยากาศเครียดได้ ก็จะมีปัญหาผู้ป่วยบางคนถูกละเลยจากกลุ่มได้ ผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- ผู้ที่มีพฤติกรรมชนิดรุนแรงและทำลาย ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่ขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง เขาต้องการแรงควบคุมจากภายนอก การใช้สิ่งแวดล้อมจะช่วยให้โดยช่วยควบคุมพฤติกรรมของเขาด้วยกฎ ระเบียบต่าง ๆ ของหน่วยรักษา และเขาจะหัดควบคุมตัวเองได้ในภายหลัง
- ผู้ที่แสดงให้เห็นว่า การประสานงานของบุคลิกภาพเริ่มบกพร่องเริ่มมีการบิดพลิ้วในเรื่องการรับรู้ความเป็นจริงและการแก้ไขปัญหามิชีวิต กำลังอยู่ในภาวะสับสนมาก บุคคลเหล่านี้จะได้รับความเอาใจใส่ดูแลและการประคับประคองจิตใจอย่างต่อเนื่อง
- บุคคลหรือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตการณ์ทางอารมณ์อย่างรุนแรง การเคลื่อนย้ายบุคคลเหล่านี้ออกจากสิ่งแวดล้อมเดิม อาจจะช่วยคลี่คลายภาวะอารมณ์วิกฤตลงได้ หอผู้ป่วยที่ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ เพราะเป็นสถานที่ที่มีโครงสร้างที่มีแบบแผนแน่นอน และเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

2.2 **ทีมผู้รักษา** ทีมผู้รักษาซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักสังคมวิทยา นักจิตวิทยา คลินิก พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช พยาบาลทั่วไป ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เช่น นักอาชีวบำบัด กิจกรรมบำบัด ผู้ช่วยเหลือทั่ว ๆ ไป ทีมผู้รักษาจะต้องเป็นแบบอย่างของคนปกติทั่วไปให้ผู้ป่วยได้ลอกเลียนแบบ เป็นแบบอย่างของสังคมปกติในด้านการสื่อความหมาย ด้านมนุษยสัมพันธ์ การแก้ไขปัญหามิชีวิต ในด้านการทำงาน ด้านความซื่อสัตย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย ทีมผู้รักษาทุกคนจะต้องปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบอย่างจริงจัง และเอาใจใส่ในหน้าที่ของตน การใช้สิ่งแวดล้อมรักษาผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องคัดเลือกทีมอย่างระมัดระวัง และเมื่อคัดเลือกได้แล้วก็ต้องฝึกทีมให้เข้าใจในแนวคิดและปรัชญาของการรักษาด้วยรูปแบบนี้

ในการคัดเลือกทีมผู้รักษานั้น ควรที่จะเลือกบุคคลที่มีความรับผิดชอบ สามารถทนต่อภาวะความหวาดวิตกและกังวลที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการรักษาต่าง ๆ ได้ และเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองในด้านมนุษยสัมพันธ์ เป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีและเติบโตขึ้น การที่เราจะรู้จักคุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้าร่วมทีมนี้ได้จำเป็นต้องมีการสัมภาษณ์เป็นส่วนตัว ในการสัมภาษณ์ควรจะต้องพิจารณาคุณสมบัติส่วนตัวบางประการของผู้ที่จะเข้าร่วมทีม ได้แก่

- คุณสมบัติในการเปิดเผยตนเอง ผู้ที่เปิดเผยสามารถจะบอกเหตุผลในการเลือก

ทำงานในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลนั้น ๆ บอกแผนการในอนาคต แสดงความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ในสิ่งใหม่ นอกจากนี้เราควรจะต้องเลือกบุคคลที่มีระบบประคับประคองส่วนตัวที่ดีพอ คือ เป็นผู้ที่มีปัญหาส่วนตัวน้อยที่สุด เนื่องจากสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

- ปรัชญาที่เขามีต่อมนุษย์และพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของมนุษย์ ผู้ที่จะเป็นทีมที่ดีจะต้องมีความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์อย่างถูกต้อง อย่างน้อย ๆ จะต้องเห็นว่า พฤติกรรมเป็นผลมาจากการถูกกระตุ้นโดยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมผิดปกตินั้นเป็นความพยายามของบุคคลในการจะปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เขาได้รับ

- เป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ยืดหยุ่นได้ ไม่ยึดมั่นในความคิดเก่า ๆ หรือความคิดเดิม สนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ศึกษา นโยบายและวิธีการของโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยก่อนที่จะวิจารณ์การคัดเลือกทีมนอกจากจะพิจารณาคุณสมบัติดังกล่าวแล้ว ยังต้องพิจารณาลักษณะอื่น ๆ ของทีมประกอบด้วย คือ ควรจะต้องให้มีความสมดุลระหว่างคนประเภทต่าง ๆ คือ มีทั้งคนประเภทไวต่อความรู้สึก ประเภทสร้างสรรค์ ประเภทเชื่อถือวางใจได้ ประเภทสม่ำเสมอ ประเภทมีระเบียบ ประเภทไม่ค่อยยับยั้งความคิด ถ้าไม่มีความสมดุลในเรื่องประเภทต่าง ๆ ของคน ก็จะทำให้เกิดปัญหาในหมู่ทีมผู้รักษาได้

3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหอผู้ป่วย

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหอผู้ป่วย มีอยู่หลายระดับคือ สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษากับผู้รักษาด้วยกัน ซึ่งยังแยกได้เป็นอีกหลายระดับ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างจิตแพทย์ จิตแพทย์กับนักสังคม จิตแพทย์กับนักจิตวิทยา จิตแพทย์กับพยาบาล ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน สัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้เกิดความสามัคคีและปรองดองกัน ตรงข้ามสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันก่อให้เกิดข้อขัดแย้งและปัญหาอื่น ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกระบวนการการรักษา

3.1 สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษา ทีมผู้รักษาทุกคนไม่ว่าจะเป็นสาขาวิชาชีพใดจะต้องมีความสามัคคีกัน ไม่แบ่งพรรคแบ่งพวกกัน ไม่แบ่งชนชั้นวรรณะว่า เป็นแพทย์ เป็นนักสังคม เป็นพยาบาล เพราะการแบ่งเป็นพรรคพวกหรือแบ่งชั้นวรรณะก่อให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการรักษา ผู้ป่วยจะรับรู้ได้หากทีมผู้รักษามีความเห็นขัดกัน มีความไม่ปรองดองกัน เพราะความขัดแย้งจะปรากฏให้เห็นได้ในเวลาประชุมของชุมชน ความไม่สามัคคีของทีมผู้รักษาอาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยบางประเภทดูให้ทีมแตก และเป็นต้นเหตุทำให้มีการแบ่งพรรคพวกในหมู่ผู้ป่วยด้วยกัน โดยเขาจะเข้าข้างผู้ที่เขาชอบและต่อต้านผู้ที่เขาไม่ชอบ

3.2 สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ทีมผู้รักษาในหอผู้ป่วยถือว่าเป็นผู้มีอำนาจ และกุมอำนาจอยู่แล้ว การติดต่อระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยควรอยู่ในรูปแบบของผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้มารับความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ในทีมควรระลึกเสมอว่าผู้ป่วยไม่ใช่ผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาที่เขาสามารถใช้อำนาจสั่งการได้ตามใจชอบ ทีมผู้รักษาจะต้องให้ความเคารพความเป็นบุคคลของเขา จะต้องติดต่อกับเขาในฐานะคนคนหนึ่ง ที่ยังคงมีสิทธิส่วนบุคคล มีความรู้สึกโกรธ เกลียด กลัว และมีความต้องการ เช่นเดียวกับคนทั่วไป ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่ปกติ พฤติกรรมของเขาเท่านั้นที่แตกต่างจากคนอื่น แต่ความเป็นบุคคลของเขายังมีอยู่เช่นคนอื่น ๆ เจ้าหน้าที่ในทีมจะใช้อำนาจเกินเลยขอบเขตที่ได้รับมอบหมายไม่ได้

3.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ป่วย ผู้ป่วยหลายคนมีปัญหาในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ มาก่อน เมื่อเข้าอยู่ในหอผู้ป่วยก็มักจะก่อให้เกิดปัญหายู้ง่วงร่วมกับคนอื่น ๆ ผู้ป่วยบางคนชอบใช้อำนาจกับผู้ป่วยที่อ่อนแอกว่า บางคนชอบครอบงำผู้อื่นทั้งทางด้านความคิดและพฤติกรรม บางคนชอบเยาะเย้ย และล้อเลียน ทีมผู้รักษาจะต้องตระหนักในปัญหาส่วนตัวของผู้ป่วยที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่น ๆ ทีมผู้รักษาจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามัคคีและปรองดอง ความเป็นมิตร ให้ความช่วยเหลือกัน ปัญหาที่เกิดจากความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ การจะแก้ปัญหาเหล่านี้ควรจะต้องทำในกลุ่มผู้รักษา และในการประชุมของกลุ่มชุมชนผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเท่ากันในหอผู้ป่วยนั้น ๆ

3.4 ความมั่นคงความปลอดภัยของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างบรรยากาศทางจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยทุกคนควรจะได้รับ ความมั่นใจว่า เขาจะมีความปลอดภัยจากภัยอันตรายทั้งหลาย ทั้งจากตัวเขาเอง หรือจากผู้ป่วยอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีความคิดในด้านทำร้ายตนเอง จะรู้สึกมั่นใจว่า ถ้าความคิดเช่นนั้นเกิดขึ้นกับเขา ทีมผู้รักษาและผู้ป่วยอื่น ๆ จะช่วยเขาไม่ให้ผู้ที่ก้าวร้าวทำอันตรายแก่คนอื่น ๆ ทีมผู้รักษาจะเป็นผู้ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อม การจะเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยได้นั้น เราใช้กระบวนการจำกัดสิทธิ และพฤติกรรมที่เรียกว่า “setting limit” พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จะถูกยับยั้งและห้ามปราม โดยให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมของตนเองก่อน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ทีมผู้รักษาจะใช้วิธีการควบคุมวิธีอื่น ๆ เข้าช่วย เป็นต้นว่า อาจจะใช้ยาสลบประสาทในกรณีผู้ป่วยเอะอะคลุ้มคลั่งใช้การผูกมัดหรือแยกไว้ในห้องแยกถ้าผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่เอะอะจนไม่มีเวลาพักผ่อนจะถูกควบคุมด้วยยา โดยวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของการบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม ทั้งองค์ประกอบด้านวัตถุ องค์ประกอบทางด้านบุคคล ซึ่งจะเสริมสร้างบรรยากาศของจิตใจ อารมณ์ และจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาได้ในที่สุด

เทคนิคของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด

ในการรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยสิ่งแวดล้อมนั้น กิจกรรมประเภทต่าง ๆ จะมีบทบาทสำคัญในการทำให้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยมีผลทางด้านการรักษาได้ การจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องมีการวางแผนเป็นอย่างดี และจะต้องมีเทคนิคในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย กิจกรรมของหอผู้ป่วยแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่คล้ายกัน ดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544)

1. กลุ่มชนบำบัด

กลุ่มชนบำบัดหรือกลุ่มทีซี (Group Therapeutic Community) เป็นกลุ่มสังคมเล็ก ๆ ที่จำลองจากสังคมภายนอก เป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรในทีมการรักษามาประชุมร่วมกันเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการอยู่ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับผู้ป่วย รวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ภายในหอผู้ป่วยและในโรงพยาบาล

กลุ่มชุมชนบำบัดประกอบด้วยกลุ่มของผู้ป่วยและกลุ่มทีมผู้รักษา ซึ่งจะประชุมกันสัปดาห์ละครั้ง หรือสองครั้ง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 1 ½ - 2 ชั่วโมง เพื่อที่จะได้ปรึกษาหารือกันถึงแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วกลุ่มชุมชนบำบัดจะมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ

1.1 เป็นผู้ออกกฎระเบียบที่บังคับในหอผู้ป่วยแต่ละหน่วย และบังคับให้ผู้ป่วยและทีมผู้รักษาที่อยู่ในตึกนั้นปฏิบัติตาม

1.2 เป็นผู้จัดตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย และเป็นผู้บริหารให้เป็นไปตามตารางกิจกรรมที่กำหนดไว้

1.3 เป็นผู้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย โดยมากเป็นปัญหาของการอยู่ร่วมกัน ปัญหาของการฝ่าฝืนกฎระเบียบของหอผู้ป่วย หรือปัญหาการเลี้ยงงาน หรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้ทำ ทีมผู้รักษาประจำแต่ละหอผู้ป่วย ต้องได้รับการฝึกเป็นอย่างดี จะต้องละทิ้งบทบาทเก่า ๆ ละทิ้งการใช้อำนาจซึ่งเป็นสิ่งที่ทีมผู้รักษาในรูปแบบเดิมเคยชิน ทีมผู้รักษาจะต้องตระหนักเสมอว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยควรให้กลุ่มชุมชนบำบัดเป็นผู้แก้ไข ปัญหาใดที่กลุ่มชุมชนบำบัดแก้ไขได้ ทีมผู้รักษาจะต้องไม่ยุ่งเกี่ยว เมื่อมติของกลุ่มออกมาแล้วทีมผู้รักษาจะต้องยอมรับ การมีกลุ่มชุมชนบำบัดไม่ได้หมายความว่าทีมผู้รักษาจะไม่ทำอะไรเลย เพียงแต่นั่งเฉย ๆ รับฟังความเห็นของกลุ่มเท่านั้นยังไม่เพียงพอ ทีมผู้รักษาแต่ละคนจะต้องให้ทัศนคติของตนเองต่อที่ประชุม แสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา และเพื่อที่จะให้กลุ่มชุมชนบำบัดดำเนินไปด้วยดี ทีมผู้รักษาจะต้องไม่ใช้อำนาจตัดสินปัญหาเอง ปัญหาที่กลุ่มชุมชนบำบัดจะต้องกระทำโดยมากได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ การเปิดที่วิดีทัศน์ไป ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยบางคนที่สร้างความเดือดร้อนให้กับคนอื่น ๆ การรักษาความสะอาดของหอผู้ป่วย

ปัญหาบางประเภทเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การตัดสินใจในเรื่องการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยจะรับประทานยาหรือไม่ กรณีเช่นนี้กลุ่มชุมชนบำบัดจะทำได้ นอกจากนี้อาจมีการประชุมฉุกเฉินนอกเวลาที่กำหนดก็ได้ ถ้ามีปัญหาที่ผิดปกติและรีบด่วนเกิดขึ้น เช่น มีผู้ป่วยพยายามจะฆ่าตัวตาย หรือมีการผูกมัด ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การจัดให้มีกลุ่มชุมชนบำบัด มีประโยชน์ต่อการรักษาหลายด้าน นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ไขปัญหาร่วมกันแล้ว ยังทำให้

1. การใช้ชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนชีวิตภายนอกโรงพยาบาลคือ การมีปัญหาและการแก้ไขปัญหา

2. มีการควบคุมพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยใช้พลังกลุ่ม

3. ผู้ป่วยจะได้รับการประทับประคองจิตใจ จากกลุ่ม

4. ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในนโยบายการบริหารและการช่วยวางแผนร่างกายนโยบาย

5. เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับตัวผู้ป่วย

6. การจัดให้มีกลุ่มชุมชนบำบัด จะเป็นหนทางให้ผู้ป่วยมีช่องทางได้เปิดเผยอารมณ์

และความรู้สึกที่ต้องเก็บไว้ เนื่องจากความไม่พอใจในความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล เป็นหนทางให้ผู้ป่วยและทีมผู้รักษาได้มีการสื่อสารความหมายกันอย่างต่อเนื่อง และอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา

2. การฝึกทักษะทางสังคม

โดยทั่วไปแล้ว บุคลากรในทีมผู้รักษา เป็นรูปแบบของการมีทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยอยู่แล้ว การที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมซึ่งได้มาจากการพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หรือการที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ล้วนแต่เป็นการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มสอนหนังสือ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มศิลปดนตรี กลุ่มประกอบอาหาร กลุ่มนันทนาการ กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมตนเอง และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน โดยการให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกเข้ากลุ่มตามความสนใจของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจจัดกลุ่มที่มีการพูดคุยในหัวข้อเฉพาะ ซึ่งตรงกับปัญหาของผู้ป่วยเอง เช่น กลุ่มคู่สมร กลุ่มติดยา เสพติด หรืออาจจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์นอกโรงพยาบาล เช่น จัดให้มีการไปทัศนศึกษา ไปปิกนิก ดูภาพยนตร์หรือซื้อสินค้า นอกจากจะเป็นการพัฒนาทักษะทางสังคมแล้ว ยังเป็นการเตรียมความพร้อมอยู่ให้ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบต่อการได้รับยา ผู้ป่วยควรได้รับการบอกเกี่ยวกับอาการที่พึง

ประสงค์และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับยา ขนาดของยา เวลา และวิธีการได้รับยาและควรสนับสนุนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ข้อเสนอเกี่ยวกับยา การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการรักษาด้วยยาด้วยความเต็มใจ เพราะเขามีโอกาสได้พูดและมีส่วนร่วมต่อการรักษา นอกจากนี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะได้จัดการลดหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้ทัน่วงที

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งในการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดความเครียด ทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา การกล้าแสดงออก การเป็นพ่อ-แม่ ฯลฯ การให้ความรู้อาจจัดในรูปแบบเป็นกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ดียิ่งขึ้น เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว เพื่อน และชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นการเตรียมญาติต่อการที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน

5. การจำกัดสิทธิและพฤติกรรมผู้ป่วย

การจำกัดสิทธิและพฤติกรรมผู้ป่วย (Setting limit) เป็นวิธีการที่มีส่วนสำคัญในการรักษาผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด การจำกัดสิทธิและพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พยาบาลหรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องรู้และต้องทำในบางครั้งบางคราว เช่น ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะสับสน วุ่นวาย ควบคุมตนเองไม่ได้เรียกร้องเกินความจำเป็น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น มีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของสังคม พฤติกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องมีการจำกัดเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเอง เรียนรู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ในลักษณะที่สังคมยอมรับ โดยผู้ป่วยเองเกิดระบบการควบคุมภายใน (Inner control system) เจ้าหน้าที่ในทีมรักษาจะพยายามไม่ใช้วิธีสั่งควบคุม แต่จะใช้วิธีการกำหนดขอบข่ายหรือบอกพฤติกรรมที่เป็นที่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบ ให้ผู้ป่วยพิจารณาไตร่ตรองซึ่งจะเป็นการสร้างความมั่นคงทางใจให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ถูกจำกัดพฤติกรรม ก็รู้สึกมั่นใจว่าถ้าหากเขาเกิดควบคุมอารมณ์ของเขาไม่ได้ เจ้าหน้าที่ในทีมรักษาพยาบาลของเขาก็จะไม่ปล่อยให้เขาทำอันตรายตัวเขา หรือผู้ป่วยอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยอื่น ๆ ก็เกิดความมั่นใจว่าเขาจะปลอดภัย

การจำกัดสิทธิที่ใช้โดยทั่วไปมี 2 ประเภทคือ

1) การใช้เครื่องผูกมัด (restraint) หมายถึง การใช้ผ้าสำหรับผูกมัดผู้ป่วยเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย มักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตัวเอง คือ พฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ อยู่หนึ่งไม่ได้ มักหลบหนีออกจากโรงพยาบาล

2) การใช้ห้องแยก (seclusion) หมายถึง การใช้ห้องแยกเพื่อแยกผู้ป่วยออกจาก

สิ่งกระตุ้น อาจมีลักษณะห้องเดี่ยวหรือห้องรวม ในห้องจะมีอุปกรณ์ตกแต่งห้องน้อยชิ้นที่สุด เพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย จะมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางประเภท เช่น อยู่นิ่งไม่ได้ ไวต่อสิ่งเร้า มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของ ไม่สามารถพักผ่อนนอนหลับแม้ว่าจะได้รับยารักษาอาการทางจิตแล้วก็ตาม และผู้ป่วยที่มักหลบหนีออกจากโรงพยาบาล

การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์นี้ ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการจำกัดสิทธิเป็นสิ่งสำคัญ การจำกัดสิทธิไม่ได้นำมาใช้เพื่อการลงโทษ (punishment) ผู้ป่วยหรือความสะดวกในการทำงานของพยาบาล แต่นำมาใช้เพื่อการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง และความปลอดภัยของผู้อื่น ด้วยวิธีการให้การเสริมแรงทางลบ (negative reinforcement)

นอกจากนี้ การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพก็เป็นสิ่งสำคัญก่อนที่จะใช้วิธีการจำกัดสิทธิ พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยว่ามีพฤติกรรมที่จำเป็นต้องถูกจำกัดสิทธิหรือไม่ และพยาบาลได้ให้การพยาบาลโดยวิธีอื่นหรือยัง ถ้าให้การพยาบาลด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ประสบความสำเร็จ และเพื่อลดการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง และผู้อื่น จึงค่อยนำวิธีการจำกัดสิทธิมาใช้ โดยบุคลากรในทีมพยาบาลต้องมีความเข้าใจตรงกันในแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดสิทธิ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมแผนการพยาบาล

1. พยาบาลหัวหน้าเวร อธิบายให้พยาบาลในทีมฟังอย่างสั้น ๆ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ อายุ พฤติกรรมที่ต้องถูกจำกัดสิทธิ และความคาดหวังต่อระดับการควบคุมตนเองของผู้ป่วย
2. วัตถุประสงค์ของการจำกัดสิทธิผู้ป่วยและตารางเวลากิจกรรมการพยาบาล เช่น ยา อาหาร อาบน้ำ ฯลฯ
3. จัดให้มีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
4. ลดเสียงหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้เตียงกับห้องแยก หรือบริเวณที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นผู้ป่วย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ

การเตรียมการวางแผนการพยาบาล ควรใช้เวลาให้น้อยที่สุด บุคลากรในทีมควรจะมีการซักถามให้ชัดเจนในแผนที่วางไว้ เพื่อลดความกังวลใจในทีมงานบุคลากร

ขั้นที่ 2 การพยาบาลระหว่างที่ผู้ป่วยถูกจำกัดสิทธิ

ความพลุ่งพล่าน อยู่ไม่นิ่งของผู้ป่วยจะลดลงได้ถ้าเขาเรียนรู้ถึงท่าที่ที่สงบ และมั่นคงของพยาบาล จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องควบคุมอารมณ์ของตนเองก่อน เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพยาบาลตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยการเอาชนะ จะเป็นการทำทนายทำ

ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุนแรงยิ่งขึ้น การพูดคุยกับผู้ป่วยควรประสานสายตา พูดประโยคที่เข้าใจง่ายและสั้น

แนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างถูกจำกัดสติ มีดังนี้ คือ

1. พยาบาลแนะนำตัวเอง
2. สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น โกรธ กลัว เพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในตัว

พยาบาล

3. ถามผู้ป่วยว่ารู้หรือไม่ว่าเพราะอะไรจึงถูกผูกมัดหรืออยู่ห้องแยก และอธิบายสาเหตุที่แท้จริงสั้น ๆ

4. เน้นให้ผู้ป่วยเห็นว่าการถูกผูกมัดหรืออยู่ห้องแยกไม่ได้เป็นการทำโทษ แต่เป็นการช่วย

ผู้ป่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเอง

5. กรณีที่ผูกมัดผู้ป่วยควร

- ตรวจสอบดูการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ถูกผูกมัดว่ามีแผลถลอกหรือไม่ ผ้าที่ผูกมัดแน่นเกินไปหรือไม่

- ให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้บางส่วน เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ลำตัว

- ปลดอวัยวะที่ถูกผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้คลายความปวดเมื่อย

6. กรณีที่อยู่ในห้องแยก ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าห้องนี้เป็นห้องที่ปลอดภัย และตัว

พยาบาลเองจะเป็นผู้เข้ามาดูแลผู้ป่วย

7. ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำ การขับถ่าย

8. ควรเข้ามาดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ ทุก 15 –30 นาที และประเมินอาการของผู้ป่วย

9. อธิบายให้ผู้ป่วยฟังถึงขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะได้รับการยกเลิกการถูกจำกัดสติ ซึ่งจะช่วยให้

ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบที่จะควบคุมพฤติกรรมตนเองด้วย

ข้อพึงระวังต่อท่าทีของพยาบาลในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย

- การก้าวสะอึก อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า พยาบาลเป็นผู้มีอำนาจ ผู้ควบคุมหรือ

ข่มขู่เขา

- การห่อไหล่ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลรู้สึกกลัว วิตกกังวล

- การไขว่มือไปข้างหลัง อาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลซ่อนบางสิ่งบางอย่างไว้

- การตะโกนเสียงดัง หรือเคลื่อนไหวเข้ามาหาอย่างรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยแปลความ

หมายผิดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับรู้ทางตาและหู อาจคิดว่าพยาบาลจะเข้ามาทำร้ายได้

- ท่าทีที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลูกศร คือการปล่อยแขนตามสบาย พร้อมทั้งจะช่วยผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมตนเอง

ขั้นที่ 3 การพยาบาลหลังจากสิ้นสุดการจำกัดสิทธิ

พยาบาลควรยกเลิกการจำกัดสิทธิผู้ป่วยโดยเร็วเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้แล้ว และเมื่อผู้ป่วยเป็นอิสระ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกในระหว่างที่ถูกจำกัดสิทธิ และควรอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้พยาบาลควรร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการสูบบุหรี่ พยาบาลจะอธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเขาจะทำได้ ถ้าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้เป็นเวลา 15 นาที เป็นต้น จากประสบการณ์เช่นนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและเป็นการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองด้วย เมื่อเป้าหมายนี้ประสบความสำเร็จ พยาบาลและผู้ป่วยควรจะร่วมกันกำหนดเป้าหมายใหม่ เพื่อช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองของผู้ป่วยให้มากขึ้น ทุกพฤติกรรมควรได้รับการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสามารถจะบรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้อย่างปลอดภัย

ส่วนตัวพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยนั้น หลังจากสิ้นสุดการจำกัดสิทธิผู้ป่วยแล้ว ควรได้มีการอภิปราย พูดคุยร่วมกันในทีมพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลและเปิดโอกาสให้พยาบาลแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดสิทธิ และช่วยลดความกังวลใจของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดสิทธิต่อไป

เมื่อการใช้การจำกัดสิทธิผู้ป่วยยังคงมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการจำกัดสิทธิผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ถ้าหากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการพยาบาลผู้ป่วยแล้ว จะช่วยลดความรู้สึกผิดของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย และดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยด้วย

6. การจัดระบบให้สิทธิพิเศษ

โดยทั่วไปแล้ว เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงแรก มักจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย สับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ และมักจะถูกจำกัดพฤติกรรม การยกเลิกการจำกัดพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น การจัดระบบให้สิทธิพิเศษอาจนำมาใช้ในสิ่งแวดล้อมบำบัดได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีเป็นที่ไว้วางใจ ยอมรับ ผู้ป่วยอาจได้รับสิทธิพิเศษได้รับอนุญาตให้ออกนอกหอผู้ป่วยได้เป็นบางเวลา หรือไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล

แต่ละขั้นตอนของสิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยจะได้รับ ต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ตลอดจนญาติ วิธีการนี้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในตัวเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัว และชุมชน

7. การวางแผนออกจากโรงพยาบาล

การวางแผนออกจากโรงพยาบาล ได้นำมาใช้เป็นกระบวนการการรักษากันอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมตัวที่จะออกจากโรงพยาบาล โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ และควรได้มีการพูดคุยกับญาติและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้เขาได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ช่วยให้เขาสามารถยอมรับผู้ป่วยได้ดีขึ้น การเตรียมผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอาจจะให้ผู้ป่วยทดลองกลับไปอยู่บ้านก่อนในระยะเวลาหนึ่ง เมื่อถึงเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยจะต้องกลับมาพูดคุยกับทีมรักษาเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสังคมภายนอกได้ การวางแผนร่วมกัน ระหว่างทีมผู้รักษา ผู้ป่วย และญาติ จะช่วยลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือทาง โรงพยาบาลอาจจัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วหรืออาจจัดให้มีโรงพยาบาลกลางวัน เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคมภายนอก

บทบาทของพยาบาลในการบำบัดด้วยสิ่งแวดล้อม

พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดนั้น จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้หอผู้ป่วยนั้นมีบรรยากาศตามที่ต้องการหรือไม่ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเองก็เป็นสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลของผู้ป่วย และเป็นกลุ่มวิชาชีพผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง พยาบาลยังเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในหอผู้ป่วย เมื่อเทียบกับบุคลากรฝ่ายอื่น ๆ จึงถือได้ว่าพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะว่าพยาบาลจะต้องติดต่อและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตลอดเวลา การแสดงออกของพยาบาล และการกระทำต่าง ๆ ของพยาบาลจะมีผลต่อการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและวางใจในคนอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูงกลายเป็นคนพึ่งพาตนเองได้ และการที่ผู้ป่วยจะเห็นคุณค่าในตัวเองหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับทัศนคติและการกระทำที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย การอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้พยาบาลต้องพบกับปัญหาหลาย ๆ อย่างของผู้ป่วย เช่น ปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหลาย ๆ คน ปัญหาการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาเหล่านี้พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงได้

จิตบำบัด (Psychotherapy)

จิตบำบัด เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยผู้บำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหา หรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย
วิธีการทำจิตบำบัด โดยทั่วไปมี 2 วิธี คือ

1. จิตบำบัดระดับลึก (Genetic-dynamic Therapy / Deep Psychotherapy) เป็นการบำบัดในเชิง ลึก เน้นการเปลี่ยนบุคลิกภาพระยะยาวให้ผู้ป่วย โดยการสืบค้นปัญหา ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ในจิตใต้ สำนึก (preconscious) และจิตไร้สำนึก (unconscious) ของผู้ป่วยซึ่งกดเก็บไว้ การบำบัดมี 2 แบบ คือ

1.1 จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ตามแนวคิดของซิกมันด์ ฟรอยด์ ซึ่งใช้วิธีการ

▶ Free-association เน้นการปล่อยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอิสระ สบาย และผ่อนคลาย เพื่อให้ ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา และความทุกข์ออกมา

▶ Dream interpretation เน้นการให้ผู้ป่วยเล่าความฝัน และผู้รักษาตีความจากความฝัน

▶ Transference เน้นการโอนถ่ายความรู้สึกไปยังบุคคลอื่น

1.2 จิตบำบัดแบบ Distributive-Synthesis ตามแนวคิดของ Adof Meyer วิธีการนี้ Adof Meyer เน้น วิธีการให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในอดีต และผู้รักษาวิเคราะห์สถานการณ์ และสาเหตุ และร่วมกันหาทางแก้ไข ต่อไป

2. จิตบำบัดระดับตื้น (Superficial Psychotherapy) เน้นการบำบัดเบื้องต้น 3 ลักษณะ คือ

2.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เน้นการพูดคุยและบำบัดช่วยเหลือ ประคับประคองเบื้องต้น

2.2 จิตบำบัดเน้นการระบายปัญหา (Superficial expressive psychotherapy) เน้นการระบายปัญหา ความทุกข์ ความคับข้องใจ

2.3 จิตบำบัดเน้นการกดเก็บ (Suppressive psychotherapy) เน้นการให้ข้อเสนอแนะ เพื่อลดภาวะ เครียด ความวิตกกังวล และปัญหาที่ไม่ลึก

ลักษณะของการทำจิตบำบัด

ลักษณะของการทำจิตบำบัด แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. จิตบำบัดรายบุคคล

2. จิตบำบัดกลุ่ม

1. จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy)

ความหมาย

จิตบำบัดรายบุคคล เป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการที่ผู้บำบัดรักษาพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผู้บำบัดรักษา วิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่ เป็นปัญหา หรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎี เช่น

- ▶ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) เช่น Free-association, Dream interpretation, Transference
- ▶ ทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic) เช่น Client-centered, Existentialism, Gestalt Therapy,

Reality Therapy, Rational emotive Therapy

- ▶ ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) การใช้การเสริมแรง การลงโทษ และการใช้แบบอย่าง

กระบวนการในการทำจิตบำบัดรายบุคคล

กระบวนการในการทำจิตบำบัดรายบุคคล เน้น 3 ระยะดังนี้

1) *ระยะแรก* เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟังปัญหา การแสดงความเห็นใจและรับความรู้สึก

2) *ระยะที่ 2* เป็นระยะการโอนถ่ายความรู้สึกสู่ผู้รักษา พัฒนาการตระหนักรู้ในปัญหา การสนับสนุน ปรึกษาประคับประคอง การตีความ การสอน การให้กำลังใจการจัดการกับสิ่งแวดล้อม

3) *ระยะสิ้นสุด* เป็นการเตรียมสิ้นสุดสัมพันธภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของการทำจิตบำบัด

การทำจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาถึงหลักการต่อไปนี้

1) ความรู้ความสามารถของผู้บำบัด ต้องผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนด้านการทำจิตบำบัดมาโดยตรง

2) บุคลิกภาพและนิสัยของผู้บำบัด ต้องมีความพร้อม มีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับ และพัฒนาตนเอง ในการทำจิตบำบัดเป็นอย่างดี

3) ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด มีแรงจูงใจ ในการทำจิตบำบัด เชื่อและศรัทธาในตนเองและคำ

4) มีความสามารถในการพูด ถ่ายทอดความรู้สึก

5) มีความฉลาดและเขาวินิจฉัย และมีสมาธิในการฟังและวิเคราะห์สถานการณ์

2. จิตบำบัดกลุ่ม (Group Psychotherapy)

ความหมายและความเป็นมา

จิตบำบัดกลุ่ม หรือ Group Psychotherapy เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง ในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ด้วยการใช้กระบวนการของกลุ่มที่มีการวางแผน โดยบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่ได้รับการศึกษาอบรมมาโดยเฉพาะ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและ

ผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ลักษณะของกลุ่ม เป็นการจัดให้ผู้ป่วยมารวมกลุ่มกัน โดยมีผู้บำบัดและบุคลากรวิชาชีพเข้าร่วมกลุ่มด้วย กระบวนการกลุ่มเน้นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการแก้ไขปัญหาที่บกร่องของผู้ป่วยในกลุ่ม หัวใจหลักของกลุ่มจิตบำบัดก็คือ การให้ผู้ป่วยช่วยกันเองในกลุ่ม

ได้มีการใช้กระบวนการกลุ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1905 โดย Dr. J. Pratt นำมาใช้ในกลุ่มของผู้ป่วยวิธโรค โดยการสอนการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติงาน

ปี ค.ศ. 1914 Moreno ได้ใช้กลุ่มบำบัดทางจิตใจในเด็กจรจัดและหญิงโสเภณีและต่อมาได้ใช้จิตบำบัดโดยเน้นการนำผู้ป่วยมานั่งสนทนากัน ระบายอารมณ์และความรู้สึกร่วมกัน

ปี ค.ศ. 1920 Trigent Burrow นำวิธีการจิตวิเคราะห์มาใช้บำบัดในผู้ป่วยจิตเภท เรียกว่า กลุ่มวิเคราะห์จิต โดยเน้นการแนะนำวิธีปฏิบัติไปด้วย

ปี ค.ศ. 1931 Moreno ได้บัญญัติศัพท์กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ขึ้นไปใช้และต่อมาได้เปลี่ยนแปลง Group Psychotherapy ในปี ค.ศ. 1932 เป็นการเริ่มจิตบำบัดกลุ่มอย่างแท้จริง

ปี ค.ศ. 1947 Slavson ได้จัดกลุ่มจิตบำบัดโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย ถกเถียง และให้ข้อเสนอแนะ

ความสำคัญของจิตบำบัดกลุ่ม

มนุษย์เราส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับสังคม ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม บุคลิกภาพของมนุษย์นั้นย่อมถูกเสริมสร้างขึ้นโดยกลุ่มชนนั้น ๆ ความสุขสบายใจมั่นคงและช่วยกันพัฒนาเสริมสร้างกลุ่มชนนั้น แต่บุคคลเป็นจำนวนมากที่ขาดความอบอุ่น ขาดความสุข มีความทุกข์ทรมาน ฉะนั้นการบำบัดแบบ Group Psychotherapy ที่เน้นการสอนและฝึกหัดผู้ไม่มีความสุขในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ให้ได้รับประสบการณ์ให้รู้จักการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และหาวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ความทุกข์นั้นหมดไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เข้าร่วมกลุ่ม

- 1) สร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน
- 2) ผ่อนคลายความเครียด
- 3) แก้ไขความคับข้องใจและอุปสรรคในใจของผู้ป่วยในกลุ่ม มีส่วนในการร่วมทุกข์ซึ่งกันและกัน
- 4) รู้จักใช้กลไกทางของจิตที่ถูกต้องและเหมาะสม
- 5) รู้จักการควบคุมอารมณ์ การแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสม
- 6) รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม
- 7) เพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนเอง

8) พัฒนาความเข้าใจตนเองให้ถูกต้อง

ชนิดของจิตบำบัดกลุ่ม

ชนิดของจิตบำบัดกลุ่ม มีหลายชนิด แต่พอจะแบ่งย่อ ๆ ได้ 5 ชนิด ดังนี้

1) **Didactic group** การทำกลุ่มลักษณะนี้ต้องอาศัยความรู้เป็นหลัก ผู้รักษาในกลุ่ม มีหลักพึงระลึกถึงว่า จะต้องนำเรื่องราวต่าง ๆ มาพูดและชี้แนะผู้ป่วย การบำบัดแบบนี้จำเป็นต้องอาศัยเขาวงกตปัญญาของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาต่าง ๆ ทางอารมณ์ของตน และสาเหตุการเกิดปัญหานั้น ๆ จึงจะสามารถเข้าถึงปัญหาต่างทางอารมณ์ ของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น การรักษาแบบนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีอาการดีขึ้นพอควร

2) **Therapeutic social** วิธีการแบบนี้ทำได้โดยที่ผู้ป่วยเลือกผู้แทนของตนขึ้นมา แล้วผู้แทนเหล่านี้มีส่วนช่วยในการที่จะบริหารกิจกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มนั้น ๆ ผู้รักษาเป็นเพียงส่วนช่วยในการปรึกษาและเลือกสมาชิกในกลุ่มให้ ความมุ่งหมายในการทำแบบนี้ก็เพื่อจะต้องจำกัดความเคียดแค้น และความเฉื่อยชาอันมีอยู่ในตัวของผู้ป่วยก่อนเข้าในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนมากไม่มีความกระตือรือร้น ไม่รู้จักตนเอง แยกตัวเองและไม่มี ความภาคภูมิใจในตัวเอง วิธีนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

3) **Repressive interaction group** วิธีนี้ได้แก่ การพบปะสนทนากันและทำกิจกรรมร่วมในสิ่งที่มีประโยชน์ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน การรวมกลุ่มกันร้องเพลง รวมกลุ่มกันทำงาน แบบนี้ใช้ได้ทั้งโรคจิต โรคประสาท ติดเหล้า และผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล

4) **Free-interaction group** อาจเรียกว่า group-centered คือ การพูดคุยแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น

5) **Psychodrama** (ละครจิตบำบัด) หมายถึง กลุ่มที่ให้ผู้ป่วยแสดงละคร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และปัญหาออกมาในรูปของการแสดง เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยที่ร่วมแสดงและมีส่วนร่วมทุกคน เข้าใจปัญหา สภาพการณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น

ลักษณะของกลุ่มจิตบำบัดที่ดี

- 1) จำนวนผู้ป่วยประมาณ 8-10 คน
- 2) ไม่เป็นโรคหรือมีอาการที่อยู่ในระยะรุนแรง
- 3) ทุกคนต้องยอมรับและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มได้
- 4) มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันและกัน
- 5) ความแตกต่างในเรื่องเพศได้ แต่วัยไม่ควรแตกต่างกันมากนัก
- 6) ผู้รักษามีความชำนาญ

หลักการทำจิตบำบัดกลุ่ม

- ▶ ผู้บำบัด 2 คน ได้แก่ ผู้บำบัด และผู้ช่วย
 - ▶ เวลาที่ใช้แต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที สัปดาห์ละครั้ง
 - ▶ เน้นการตระหนักรู้ในตนเอง
 - ▶ เน้นให้ผู้ป่วยพูดคุยอย่างมีอิสระในขอบเขตของการยอมรับของสังคม
 - ▶ ต้องเตรียมผู้ป่วยใหม่ทุกคนให้มีความพร้อม ก่อนนำมาเข้ากลุ่ม
 - ▶ ผู้บำบัดต้องพูดกับกลุ่ม หลักเรื่องการพูดหรือตอบคำถามกับผู้หนึ่งผู้ใด โดยเฉพาะ
- การดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ

1) ระยะเริ่มต้นกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- ▶ อุ่นเครื่อง
- ▶ ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน
- ▶ ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ กฎเกณฑ์ กติกาการเข้ากลุ่ม
- ▶ เวลาที่ใช้ 1/6 ของเวลาทั้งหมด

2) ระยะดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- ▶ นำปัญหาเข้าสู่ความสนใจของกลุ่ม
- ▶ เป็นปัญหาในปัจจุบันหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้
- ▶ กลุ่มได้ถามหารายละเอียดของปัญหา
- ▶ กลุ่มวิจารณ์ให้ข้อเสนอแนะ
- ▶ นำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มมาพิจารณาและแก้ไข
- ▶ เวลาที่ใช้ 4/6 ของเวลาทั้งหมด

3) ระยะสรุป ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- ▶ สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะ
- ▶ สรุปการเรียนรู้กันในกลุ่ม
- ▶ การวางแผนสำหรับการทำกลุ่มในคราวต่อไป (ถ้ามี)
- ▶ เวลาที่ใช้ 1/6 ของเวลาทั้งหมด

บทบาทของผู้บำบัด ประกอบด้วย

- ▶ ผู้เริ่มต้น ลงท้าย และสรุป
- ▶ ควบคุมให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์
- ▶ คอยกระตุ้นถ้ากลุ่มช้า
- ▶ คอยหนุนหลังถ้ากลุ่มเร็วไป เพราะผู้ป่วยบางรายอาจตามกลุ่มไม่ทัน

- ▶ สร้างบรรยากาศอย่าให้เครียดหรือเงียบเหงาเกินไป
- ▶ สังเกต รับรู้ และเข้าใจทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม
- ▶ ทำเรื่องที่คุณกันให้ง่าย ประติดปะต่อได้เนื้อหาสาระ
- ▶ ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกลุ่ม
- ▶ เป็นผู้รักษาเวลา กฎเกณฑ์กลุ่ม
- ▶ เป็นกัปตันหรือผู้ถือหางเสือเรือ

บทบาทของผู้ช่วยกลุ่ม

- ▶ ช่วยให้ผู้บำบัดดำเนินการทำกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์
- ▶ เป็นหูเป็นตาและเป็นปากให้ผู้บำบัดในบางครั้ง
- ▶ เป็นตัวกลางระหว่างผู้บำบัด กับผู้ป่วย
- ▶ ทำหน้าที่แทนเมื่อผู้บำบัดไม่อยู่
- ▶ ต้องรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ช่วย

คุณสมบัติของผู้บำบัด

- 1) มีความรู้พื้นฐานทางจิตเวช
- 2) มีเจตคติที่ดีต่อผู้รับบริการ
- 3) มีความรับผิดชอบในงานสุขภาพจิต
- 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการบำบัดทางจิตพอสมควร มีความคิดความรู้ลึกด้าน

จิตใจที่ดีซึ่งได้แก่

- ▶ ความไวในการรับความรู้สึก และตระหนักรู้ (Sensitiveness & Awareness)
- ▶ ความเข้าใจตนเอง (Understanding)
- ▶ ความรู้สึกร่วม (Empathy)

องค์ประกอบ 7 ประการ เพื่อทำจิตบำบัดกลุ่มประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นจากการรักษาด้วยกลุ่มจิตบำบัดในช่วงสั้น (3-4 สัปดาห์) ซึ่งในปัจจุบันนี้ระยะเวลาในการรักษาจิตบำบัดมักใช้แบบช่วงสั้น จะดำเนินการโดยเน้นหลักการ ดังนี้

- 1) ทุกคนมีสิทธิที่จะป่วยได้เหมือน ๆ กัน (Universalization)
- 2) การได้ระบาย (Expression)
- 3) การเข้าใจตนเอง (Self Understanding)
- 4) การรับผิดชอบต่อตนเอง (Self Responsibility)
- 5) สร้างความหวัง (Instillation of Hope)
- 6) การเห็นประโยชน์ของผู้อื่น (Altruism)

7) มีความสามัคคีของกลุ่ม (Group Cohesiveness)

นอกจากนี้แล้วยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำจิตบำบัด คือ

1) **Acceptance** ความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม สามารถทนต่อความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันได้ ทำให้ลดการตำหนิตนเองลง

2) **Abreaction** เป็นกระบวนการที่ทำให้สิ่งที่ถูกกดเก็บไว้ (Repressed) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประสบการณ์หรือปมที่ปวดร้าว ถูกนำกลับขึ้นมาสู่จิตสำนึกอีกครั้ง ในกระบวนการนี้ ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ระลึกถึง เหตุการณ์ได้เท่านั้น แต่เสมือนหนึ่งเหตุการณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นใหม่อีกครั้ง (Relive) ร่วมไปกับมีอาการตอบสนอง ผู้ป่วยมักเกิด Insight จากประสบการณ์ Abreaction นี้

3) **Contagion** เป็นลักษณะที่การแสดงออกทางอารมณ์ของคนหนึ่งไปกระตุ้นให้คนอื่นคนหนึ่ง ตระหนักได้ว่า ตนเองก็มีอารมณ์เดียวกัน

4) **Consensual Validation** เป็นศัพท์ที่ใช้โดย Harry Stack Sullivan หมายถึง การย้ำความจริง (Confirm Reality) โดยเปรียบเทียบแนวความคิดของตนเองกับสมาชิกคนอื่น ๆ

5) **Corrective Familial Experience** ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการผ่านปมขัดแย้งต่าง ๆ ในครอบครัว โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม

6) **Identification** เป็นกลไกทางจิตไร้สำนึกที่คน ๆ หนึ่งเข้าไปถึงลักษณะของอีกคนหนึ่ง โดยเข้าไปใน ส่วนของระบบความเป็นตน (Ego System) ของบุคคลและเลียนแบบ

7) **Imitation (Role Modeling)** ในกลุ่มผู้ป่วยสามารถเลียนแบบพฤติกรรมอย่างมีสติจากผู้ป่วยด้วยกันเองหรือจากผู้รักษา

8) **Insight** เป็นการเข้าใจและตระหนักในจิตสำนึกถึงกลไกทางจิต (Psychodynamics) และอาการที่เกิดจากพฤติกรรมปรับตัวที่ล้มเหลว (Maladaptive Behavior) ของตนเอง มี 2 ชนิด คือ การตระหนักทางปัญญา (Intellectual Insight) เป็นการตระหนักที่เน้นความรู้ความเข้าใจโดยไม่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ถูกวางเงื่อนไขมาอย่างผิด ๆ และการหยั่งรู้ทางอารมณ์ (Emotional Insight) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ

9) **Interaction** เป็นการเปิดกว้างให้แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกกันในกลุ่ม

10) **Interpretation** ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนากรอบแนวความคิดที่จะนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมของตนเองในระหว่างที่ผู้รักษาแปลความหมาย Defenses, Resistance and Symbols ของผู้ป่วย

11) **Transference** เป็นการถ่ายโอนความรู้สึกนึกคิด แรงปรารถนา จาก Object ในอดีตของผู้ป่วยไปยัง ผู้รักษาในกลุ่มบำบัด Patients อาจเกิด Transference ระหว่างสมาชิกกลุ่มกันเองหลายคู่ เรียกว่า Multiple Transference

12) **Ventilation (self-disclosure)** เป็นการแสดงออกของความรู้สึก ความคิด หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ suppressed ไว้ การแบ่งปันความลับส่วนตัวกับผู้อื่นสามารถช่วยให้ความรู้สึกผิดบาปน้อยลงได้

13) **Interpersonal Learning** การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยอาศัยกลุ่มเป็นผู้ฝึกซ้อม กลุ่มเปรียบเทียบกับเสมือนสังคมจำลอง (Social Microcosm) ถ้าให้เวลานานพอผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่ม เช่นเดียวกับที่เขาแสดงในสังคมที่เขาอยู่ด้วย พฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีต่อผู้อื่นอย่างไม่ถูกต้อง (Interpersonal Maladaptive Behavior) ก็จะปรากฏออกมาในกลุ่มให้เห็นได้ชัดเจนว่า การทำจิตบำบัดรายบุคคลผู้ป่วยได้เรียนรู้พฤติกรรมชนิดไหนของตนที่ทำให้ผู้อื่นต้องผละหนีหรือถอยห่าง พฤติกรรมแบบไหนที่ทำให้ผู้อื่นอยากใกล้ชิดมากขึ้น ผู้ป่วยยังได้เรียนรู้ผ่านการ feed back ของเพื่อนสนิทในกลุ่มด้วยว่า มีพฤติกรรมที่บ่อนทำลายตัวเองหรือทำให้ตนเองเป็นฝ่ายเสียประโยชน์โดยไม่ได้ตระหนักถึงอย่างไรบ้าง

ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยเฉพาะโครงสร้างเกี่ยวกับ บุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาทางอารมณ์ ความรู้สึก ครอบครัวจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) สร้างความรัก ความอบอุ่น (love and warm) อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดี และความสามารถในการปรับตัวที่ดีในสังคมต่อไป ในขณะที่เดียวกัน ครอบครัวที่มีปัญหา ก็อาจนำไปสู่ความเศร้าหมองได้เช่นกัน ดังนั้น การพัฒนาครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะช่วยในการป้องกันปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคลต่อไป

ปัจจุบันพยาบาลต้องทำงานกับครอบครัว เพราะผู้ป่วยก็คือส่วนหนึ่งของครอบครัว ครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อทุกคนตลอดช่วงชีวิต การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องพิจารณาถึงพื้นฐานพัฒนาการและการปรับตัว รวมถึงประสบการณ์ในอดีต ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับครอบครัวโดยตลอด พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการทำครอบครัวบำบัดเบื้องต้นได้ เพื่อช่วยให้งานดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพอย่างสมบูรณ์

ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัว คือ กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาท หน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน

▶ ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล

▶ ครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน

▶ ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่ยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่น ๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย

▶ ครอบครัวมีหน้าที่เป็นแหล่งในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ทำให้การอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล

▶ ครอบครัว เป็นแหล่งอนุรักษ์รวมทั้งถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อ ๆ ไปอีกด้วย นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นรากฐานของความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคม

เมื่อไรก็ตามที่เกิดปัญหาในครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น เกิดการขัดแย้งกันในครอบครัว เกิดการไม่ยอมรับ/ไม่เข้าใจในบทบาทของตน ครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษาบุคคลในครอบครัว การทำความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัว ถ้าเป็นปัญหารุนแรงอาจต้องใช้วิธีการสอนครอบครัวบำบัด ซึ่งหลักการสำคัญของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ *การสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมากกว่ามุ่งขจัดความขัดแย้งภายในบุคคลในครอบครัว*

ระบบครอบครัว ความเป็นครอบครัวจะมาจาก

- ▶ การสืบสายโลหิต
- ▶ การแต่งงาน
- ▶ การอยู่ร่วมกัน
- ▶ การมีภารกิจร่วมกัน

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว

ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยทั่วไปมักเกิดจากการเพิ่มขยายและการลดขนาดของครอบครัว ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักเกิดเมื่อดังครอบครัวใหม่ และเมื่อสมาชิกจากไป การแบ่งระยะของครอบครัวโดยใช้แนวคิดการเพิ่มและการลดขนาดของครอบครัวเป็นเกณฑ์ ประกอบกับการพิจารณาสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว อายุ และระดับการศึกษาของบุตร หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมาร่วมพิจารณา

กลิกและดูวาล (Glick, 1957 and Duvall, 1977) แบ่งระยะครอบครัวตามพัฒนาการเป็น 8 ระยะที่สำคัญ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะครอบครัวเริ่มต้น (Beginning families)

ระยะครอบครัวเริ่มต้น เป็นระยะนับจากเริ่มสมรส จนกระทั่งภรรยาตั้งครรภ์บุตรคนแรก ระยะนี้คู่สมรสต้องการเรียนรู้นิสัยใจคอซึ่งกันและกัน และเป็นช่วงเริ่มสร้างฐานะและวางแผนครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร (Early childbearing families)

ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร นับจากระยะบุตรคนแรกเกิดจนบุตรคนแรกอายุ 2 ปีครึ่ง ระยะนี้ครอบครัวจะต้องดูแลทารกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ระยะที่ 3 ระยะบุตรวัยก่อนเรียน (Families with pre-school children)

ระยะมีบุตรวัยก่อนเรียน ระยะนี้เป็นช่วงที่บุตรคนแรก มีอายุ 2½ - 5 ปี เป็นช่วงที่ครอบครัวให้การอบรมเลี้ยงดู ฝึกนิสัยที่ควรให้แก่สมาชิกใหม่ เพื่อเตรียมตัวเด็กสำหรับการเข้าโรงเรียน รวมทั้งอาจเป็นระยะที่อาจมีบุตรคนต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะมีบุตรวัยเรียน (Families with school-age children)

ระยะมีบุตรวัยเรียน ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 6-13 ปี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ครอบครัวยังต้องมีหน้าที่จัดหาสถานที่เรียน ช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริมการเรียนรู้ของบุตร และเลี้ยงดูบุตรคนต่อไป

ระยะที่ 5 ระยะครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น (Families with teenagers)

ระยะครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น เมื่อบุตรคนแรกวัย 13-20 ปี ครอบครัวลดภาระในการดูแลบุตรเพราะบุตรเติบโตช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น แต่เด็กวัยรุ่นยังต้องการชี้แนะเกี่ยวกับค่านิยมของสังคม การปรับตัวและการดำเนินชีวิตจากผู้ใหญ่เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในการเรียนและการสังคมได้ดี

ระยะที่ 6 ระยะแยกครอบครัวใหม่ (Launching center families)

ระยะแยกครอบครัวใหม่ ครอบครัวที่อยู่ในระยะบุตรคนแรกแยกตัวออกมาเมื่ออาชีพของตน แต่งงานมีครอบครัวใหม่ของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในระหว่างบุตรวัย 20 ปีขึ้นไป ในช่วงนี้บิดามารดาสามารถชี้แนะและสนับสนุนครอบครัวใหม่ให้ดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 7 ระยะครอบครัววัยกลางคน (Families with middle years)

ระยะครอบครัววัยกลางคน เมื่อบุตรส่วนใหญ่หรือทั้งหมดแยกครอบครัว ทำให้บิดามารดารู้สึกเหงา และประกอบกับเป็นระยะเตรียมเกษียณจากตำแหน่งงานที่ดำรงอยู่

ระยะที่ 8 ระยะครอบครัววัยเกษียณและวัยชรา (Families in retirement and old age)

ระยะครอบครัววัยเกษียณและวัยชรา เป็นระยะที่คู่สามีภรรยาเข้าสู่วัยชรา มีการเกษียณจากการทำงานแล้ว เริ่มสูญเสียคู่สามีภรรยา สูญเสียบุคคลในครอบครัว มีการแยกครอบครัวของลูกหลาน ฝ่ายที่ยังมีชีวิตอยู่อาจเกิดความรู้สึกว่าเหว่ สูญเสียจนกระทั่งหมดอาลัยตายอยากในชีวิต

อิทธิพลของครอบครัวต่อสมาชิก

ครอบครัวปกติหรือไม่ปกติ สังเกตได้จากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ครอบครัวปกติ ต้องมีลักษณะดังนี้

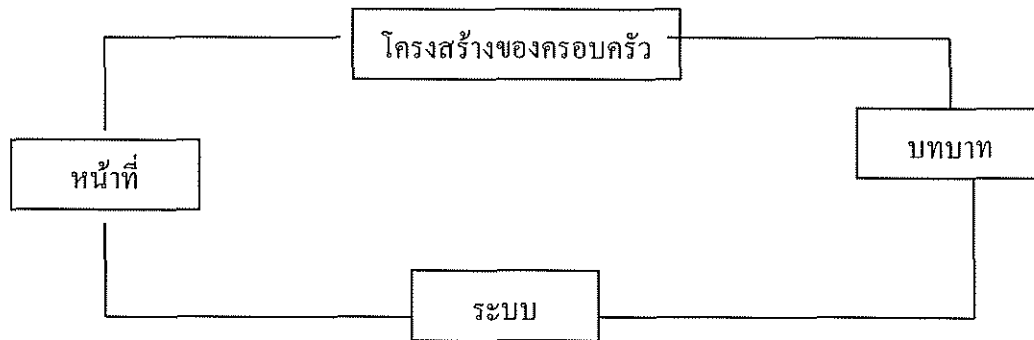
- 1) บุคคลในครอบครัวทำหน้าที่ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งภาวะปกติและภาวะคับขัน
- 2) คุณสมบัติความเป็นครอบครัวควรมีความยืดหยุ่นในโครงสร้างและบทบาทหน้าที่
- 3) บุคคลในครอบครัวปกติควรมีการปรับตัวกับความเครียดได้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและนำมาใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ มีดังนี้

- 1) ทฤษฎีการปรับตัว ความสามารถของครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และผู้อื่นในสถานการณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในภาวะที่สมดุลได้
- 2) ทฤษฎีการเผชิญภาวะวิกฤติ ความสามารถของครอบครัวในการเผชิญกับภาวะต่าง ๆ มีผลกระทบต่อครอบครัวได้
- 3) ทฤษฎีการดูแลตนเอง ขณะนี้จะเน้นการดูแลตนเองของบุคคลในครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนได้
- 4) ทฤษฎีระบบ ครอบครัวเป็นระบบที่มีขอบเขตของครอบครัวชัดเจน ที่แยกสิ่งที่อยู่ภายในครอบครัวออกจากสิ่งภายนอก มีระบบย่อยของครอบครัวหลายระบบที่ทำหน้าที่ภายใต้ระบบใหญ่ของครอบครัว ระบบครอบครัวอยู่ร่วมกันตามลักษณะของความสัมพันธ์ทางสายโลหิต การแต่งงานและความผูกพันอื่น ๆ ซึ่งสมาชิกมักอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวเป็นตัวกลางอยู่ระหว่างความต้องการของสมาชิกในครอบครัวกับความต้องการและหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมภายนอก
- 5) ทฤษฎีพัฒนาการ เน้นการพัฒนาการส่งเสริมบุคคลทุกวัยเช่น ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson, Sigmund Freud และ Sullivan เป็นต้น
- 6) ทฤษฎีการพยาบาล สามารถนำแนวคิดและหลักการของทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ได้หลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทฤษฎีสัมพันธภาพของเพบพพลาว และทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง เป็นต้น
- 7) ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ครอบครัว กล่าวถึงความสำคัญของหน้าที่และบทบาทของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

ทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ โครงสร้าง บทบาท หน้าที่ และระบบ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน



โครงสร้างของครอบครัว โครงสร้างครอบครัวเป็นโครงสร้างที่มีลักษณะเฉพาะ แต่ละครอบครัวมีแบบแผนเฉพาะที่แตกต่างกัน

ระบบครอบครัว ระบบครอบครัวเป็นระบบย่อยภายใต้โครงสร้างใหญ่ของสังคม ระบบครอบครัวเป็นระบบเปิด มีการสื่อสารสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

หน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคน เป้าหมายในการเกิดและดำรงอยู่ของครอบครัวแตกต่างจากระบบอื่น

บทบาทของครอบครัว ครอบครัวมีบทบาททั้งต่อสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวและต่อสภาพของสังคม
ฟรายด์แมน และแมคอินไทร์ (Friedman, 1986; McIntyre (1981) : ศึกษาทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัวประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

- ▶ ระบบย่อยในครอบครัว (Subsystem)
- ▶ โครงสร้างบทบาทของสมาชิก (Role structure)
- ▶ โครงสร้างด้านค่านิยม (Value system)
- ▶ กระบวนการสื่อสาร (Communication process)
- ▶ โครงสร้างอำนาจ (Power system)

หน้าที่ของครอบครัว

เมื่อมีสถาบันครอบครัวเกิดขึ้นย่อมมีหน้าที่ของครอบครัวที่สังคมคาดหวังตามมา ครอบครัวมีหน้าที่ดังนี้

1) ให้ความรักความเอาใจใส่ (Affective function) แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว

2) อบรมเลี้ยงดู (Socialization function) อบรม เลี้ยงดู ฝึกฝน สั่งสอน

3) ผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive function) การผลิตสมาชิกใหม่เป็นการสืบสกุลให้กับครอบครัว ให้ดำรงต่อไป

4) จัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก (Provision of physical necessities) ทุกครอบครัวมีความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก ได้แก่ ปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย ซึ่งรวมถึงการจัดหาซึ่งการบริการด้านสุขภาพ

5) จัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic function) ครอบครัวต้องมีการจัดการรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายใช้สอยเพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัว

6) ร่วมกันเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping function) เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง ตามพัฒนาการของครอบครัวและคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว

ลักษณะครอบครัวที่สมบูรณ์ ควรมีลักษณะ

- 1) ยืดหยุ่น
- 2) ยอมรับการเปลี่ยนแปลง
- 3) ตอบสนองสิ่งเร้า ไม่อยู่เนิ่ง

ลักษณะของครอบครัวที่ดี แพรท (Pratt, 1976) กล่าวว่า ลักษณะของครอบครัวที่ดีควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- 1) สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันดี
- 2) มีความสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในสังคม
- 3) สมาชิกร่วมกันเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหา
- 4) มีความยืดหยุ่น
- 5) มีความสนใจ และตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลง

แกสเซอร์ (Glaser, 1970) ได้กล่าวถึงลักษณะครอบครัวที่ดี ควรมีลักษณะดังนี้

- 1) แสดงบทบาทที่เสริมกันและกัน
- 2) แสดงบทบาทที่สอดคล้องกับบรรทัดฐาน และความคาดหวังของสังคม
- 3) มีบทบาทที่สอดคล้องกัน และสนองความต้องการของสมาชิก
- 4) สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทตามความจำเป็น

สภาพปัญหาที่มักเกิดขึ้นในครอบครัว

สภาพภายในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันอาจเกิดปัญหาได้หลายประการดังนี้

- 1) ความคลุมเครือในบทบาท (Role Ambiguity) เช่น พ่อ แม่ ลูก ไม่รู้ว่าตนมีบทบาทอะไรในครอบครัว

2) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) เช่น การที่มีบทบาทเป็นพ่อ แม่ แต่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทนั้น ๆ ได้

3) มีบทบาทมากเกินไป (Role Overload) คนใดคนหนึ่งปฏิบัติบทบาทมากเกินไป เช่น หญิงหม้ายต้องทำหน้าที่ทั้ง พ่อ แม่ และหัวหน้าครอบครัวในเวลาเดียวกัน

4) มีบทบาทต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (Role Underload) การที่มีความสามารถแต่ไม่ได้รับหน้าที่บทบาทใด ๆ เลย

5) มีบทบาทไม่สอดคล้อง (Role Incongruity) เช่น มีความรู้ทางครู แต่ต้องปฏิบัติบทบาทบริหาร

6) ได้รับบทบาทที่เกินความสามารถ (Role Overqualification) เช่น พยาบาลจบใหม่แล้วได้รับการตั้งให้เห็นหน้าตึกทันที เป็นต้น

7) การปฏิบัติบทบาทที่ต่ำกว่าความสามารถ (Role Underqualification / Role Incompetence) เช่น พยาบาลวิชาชีพ ไม่ได้ปฏิบัติบทบาทตามวิชาชีพที่ได้เรียนมา แต่ปฏิบัติบทบาทของผู้ช่วยพยาบาล

ความหมายของครอบครัวบำบัด

ครอบครัวบำบัด เป็นเทคนิคที่ใช้ในบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาของตน และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตน เปลี่ยนพฤติกรรม และอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว จากที่เคยสูญเสียบทบาทหน้าที่ให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม พัฒนาพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวบำบัดจะดำเนินการเมื่อเกิดภาวะที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว คำว่า “ครอบครัวบำบัด” อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ใช้คำว่า จิตบำบัดครอบครัว คือการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่าย ๆ ก็คือเป็นการทำจิตบำบัดทั้งครอบครัว ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติ พี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหายด้วย

ความเป็นมาของครอบครัวบำบัด

ใน ค.ศ. 1950 เริ่มต้นจากการทำการรักษาแบบจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) ในผู้ป่วยแล้วพบว่าไม่ได้ผล เพราะทราบว่าปัญหาของแต่ละคนอยู่ที่อิทธิพลของคนในครอบครัว ปัญหาทั้งหลายมักมาจากสัมพันธภาพในครอบครัว ดังได้กล่าวมาแล้วว่า Family Relationship มีผลต่อ Family Problems เพราะครอบครัวคือระบบของสัมพันธภาพระหว่าง

- ▶ บิดา มารดา กับ บุตร
- ▶ พี่ชาย น้องชาย กับ พี่สาว และน้องสาว
- ▶ มารดา กับ บุตรสาว

จึงได้มีความพยายามที่จะใช้วิธีการบำบัดครอบครัวขึ้น

แอนนา ฟรอยด์ (Anna Freud, 1963) พัฒนาแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์ โดยเน้นอิทธิพลของครอบครัวต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล อย่างไรก็ตามการบำบัดยังคงเน้นเฉพาะตัวบุคคล โดยเน้นที่การนัดความขัดแย้งที่ซ่อนเร้นอยู่

แอกเคอร์แมน (Ackerman, 1966) พัฒนาแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์ จากการบำบัดในเด็กพบว่า มักมีสาเหตุจากบิดา-มารดามีอาการทางประสาท มีปัญหาชีวิตสมรส จึงใช้เทคนิคการเผชิญปัญหาและการตีความสตีวต และซันดีน (Stuart & Sundeen, 1979) กล่าวว่าปัญหาครอบครัวเกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ปัญหาเกิดจากพัฒนาการในครอบครัว

โบเวน (Bowen, 1980) ศึกษาจากครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ปัญหาทางครอบครัวเกิดจากปัญหาการไม่ยอมรับในความแตกต่างของกันและกัน

แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัด

ค.ศ. 1980 ครอบครัวบำบัดได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี 7 ลักษณะ ดังนี้

1) ทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Family Therapy)

บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดก็คือแอกเคอร์แมน ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) แอกเคอร์แมน เป็นจิตแพทย์เด็ก ได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก

แอกเคอร์แมน กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่งซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ (interpersonal conflict) ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เป้าหมายในการบำบัดก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเองและช่วยให้สมาชิกสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ทฤษฎีครอบครัวบำบัดของโบเวน (Bowen Family Therapy)

เมอร์เรย์ โบเวน และไมเคิล เคอร์ (Murray Bowen และ Micheal Kerr) เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ โบเวนเชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัวจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและสภาพของครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเองและมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

3) ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy)

ผู้นำทฤษฎีนี้ก็คือ มินูชิน (Minuchin, 1974) มินูชิน เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพ ในการจัดการกับปัญหา

เป้าหมายของครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว ก็คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

4) ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษย์นิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy)

คาล ไวท์เทคเคอร์ (Carl Whitaker) ได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีเชิงมานุษยนิยมมาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษย์นิยมมีความเชื่อว่า บุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้น การไม่แสดงความรู้สึก ทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การบำบัดจะเน้นที่การสร้างความรู้ตระหนักรู้ อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม

5) สตัวค และซันดี (Stuart & Sundeen)

เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสาร การบำบัดเน้นการทำความเข้าใจในสื่อสารที่ชัดเจน

เป้าหมายของการบำบัด เน้นการแสดงความรู้สึกและรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสื่อความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความมีชีวิตชีวา และภาคภูมิใจในใจตนเอง

แนวคิดทางการพยาบาล

แนวคิดทางการพยาบาลจากการปฏิบัติงานของพยาบาลจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้อาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์กายภาพ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ทำให้พบว่าสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากครอบครัวหลายประการ ผลจากการส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลทางจิต โดยเฉพาะการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถช่วยขจัดปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว และส่งเสริมสุขภาพจิตของคนในครอบครัวได้

▶ จากการเยี่ยมชมบ้านของพยาบาลจิตเวชพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชมักเกี่ยวข้องกับบุคคลในครอบครัว และมีผลกระทบกันและกันอย่างต่อเนื่อง

▶ จากการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษา พบว่าปัญหาหลายประการเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ไม่ใช่เกิดที่คนใดคนหนึ่งเท่านั้น

▶ จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ในครอบครัว พบปัญหาหลายปัญหาเกิดจากครอบครัว ดังนี้

- ความขัดแย้งในบทบาท
- การไม่ยอมกัน
- การไม่ยอมรับกันและกัน
- ความคาดหวังสูง
- การเผชิญปัญหาแบบผิด ๆ
- ความเคร่งครัดระเบียบ แบบแผนในครอบครัวเด็กกตัญญู
- การพัฒนาสัมพันธภาพที่ล้มเหลวระหว่าง พ่อ แม่ ลูก
- ความเชื่อและยึดถือค่านิยมทางวัฒนธรรมเคร่งครัด

บทบาทของพยาบาล

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช หรือครอบครัวบำบัด สามารถปฏิบัติการครอบครัวบำบัดได้ในหลายรูป เช่น การพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสภาพ (Assessment)

ขั้นรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ▶ ประวัติทางด้านจิตเวชและอายุกรรม
- ▶ การใช้สารเสพติด
- ▶ ค่านิยมและบทบาทในครอบครัว
- ▶ ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว
- ▶ พฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- ▶ พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน
- ▶ ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว
- ▶ เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ แล้วครอบครัวทำอย่างไร

► อาการของบุคคลในครอบครัว

เทคนิคการรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นประเมินโดย

- 1) ใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับทุกคนในครอบครัว
- 2) ศึกษาหาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวหวังว่าลูกต้องเรียนสูง ๆ หรือบางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกทำแล้วประสบความสำเร็จ
- 3) ให้บุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้การเล่นบทบาทสมมติ (Role play)
- 4) สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรงเราต้องหาทางเปลี่ยนให้ไปในทางสร้างสรรค์

2. วิเคราะห์สภาพปัญหา จะพิจารณาดังนี้

- 1) ปัญหาอยู่ที่ใคร
- 2) จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน
- 3) กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้
- 4) สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายขอครอบครัวที่อบอุ่น

3. วางแผนเพื่อการดำเนินการครอบครัวบำบัดประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 เป้าหมายที่สำคัญของครอบครัวบำบัด ก็คือ

- 1) จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- 2) ขจัดความขัดแย้ง ความเครียดในปัจจุบัน และอนาคต
- 3) ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

3.2 การลำดับความสำคัญของปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาที่วิเคราะห์ไว้ทำได้ 2 ลักษณะ

1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน เรากำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบ โดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในขั้นต้น

2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ อาจกำหนดเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกรับซึ่งกันและกัน ความเข้าใจกันและกัน โดยพยาบาลอาจต้องการญาติเป็นรายบุคคลเพื่อทำความเข้าใจและพบเป็นกลุ่มของครอบครัวโดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอน และใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาว ที่จะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

3.3 การกำหนดกิจกรรมในครอบครัวบำบัด กำหนดกิจกรรมภายในครอบครัวบำบัดเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พยาบาลจะต้องตัดสินใจพิจารณาถึงแต่ละครอบครัวว่า ต้องการเปลี่ยนแปลงส่วนไหนดูความต้องการการเปลี่ยนแปลง จากนั้น

ดำเนินการสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงก็คือ ไม่มีวิธีการใดวิธีการเดียวที่ถูกต้อง เหมาะสมกับทุกครอบครัว

4. การปฏิบัติการครอบครัวบำบัด

ในการปฏิบัติการครอบครัวบำบัด จะเน้นหลักการดังนี้

- 1) ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง
- 2) มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจชัดเจน
- 3) การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว
- 4) เราต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัวแต่ละสถานการณ์
- 5) พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตัวเอง
- 6) กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลตนเอง
- 7) กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลตนเอง

เทคนิคสำคัญ ในการดำเนินการในครอบครัวบำบัด

- 1) สร้างสัมพันธภาพ เน้นการเข้าใจและการยอมรับ ได้รับความรู้สึก
- 2) สนับสนุนและให้กำลังใจทุกฝ่ายโดยเฉพาะผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 3) พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา เช่น ปัญหาอาจเกิดจากความสามารถของบุคคลในครอบครัวสูงเกินไป เราก็ใช้ความสามารถของบุคคลตรงนั้นในทางที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ
- 4) สังเกต และให้การเรียนรู้ ควบคุมตนเอง
- 5) สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม
- 6) ควรฝึกเกณฑ์ให้ครอบครัวด้วย ครอบครัวจะเน้น หน้าที่ ระบบ บทบาท ให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

5. การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวและความก้าวหน้าจากการปฏิบัติกิจกรรมครอบครัวบำบัด แต่ละครั้งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินอาจสอบถามจากทุกคนในครอบครัวด้วย

สรุป ครอบครัวบำบัดเป็นการทำจิตบำบัดกลุ่มวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืน เน้นสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ติดต่อกันสื่อสารกัน ดังนั้น ในการให้การพยาบาล พยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับครอบครัวและมีทักษะในการปฏิบัติ โดยเฉพาะทักษะในกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

- จินตวิรี เกษวงษ์. คู่มือการรักษาด้วยไฟฟ้า. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2538.
- ฉวี ธรรมสุขและคณะ. (2547). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2552). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- รวัดณ์ จันทร์พัฒนา. ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 45(4) ตุลาคม-ธันวาคม 2543 : 371-378.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2551). จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร บุษราทิจ และสุทธิพร เจณณวาสิน. (2549). เกียรติจิตเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลกฯ รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ : หจก. วี. เจ. พรินติ้ง จำกัด, 2541.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- โกศล วงศ์สวรรค์ และเลิศลักษณ์ วงศ์สวรรค์. (2551). สุขภาพจิต = **Mental health**. กรุงเทพฯ : บริษัทรวมสาส์น.
- Birnkran, Jonathan. (2007). **Crash Course Psychiatry**. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Challiner,V. and Griffiths,L. (2000). Electroconvulsive therapy : a review of the literature. **Psychiatric and Mental Health Nursing**, 7 : 191-198.
- Heffern,w.a. (2000). Psychopharmacological and Electroconvulsive treatment of anxiety and depression in the elderly. **Psychiatric and Mental Health Nursing**, 7 : 199-204.
- Norman L. Keltner, Lee Hilyard Schwecke, Carol E. Bostrom. (2010). **Psychiatric nursing**. 6th ed. St. Louis : Mosby-Elsevier
- Stein, Alice M.(2007).**Psychiatric Nursing**. Clifton Park: Thomson Delmar Learning.