

การพยาบาลแบบองค์รวมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ
สำหรับ เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอาการ
ผิดปกติทั้งในภาวะเฉียบพลัน วิกฤติและเรื้อรัง

วริยา จันทร์ขำ

การพยาบาลแบบองค์รวมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับ
เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
ที่มีอารมณ์ผิดปกติทั้งในภาวะเฉียบพลัน วิกฤติและเรื้อรัง

1. Anxiety Disorder
2. Mania
3. Depressive & Suicide
4. Bipolar Disorder
5. สูญเสียเสาเข็ม
6. ผู้ที่มีภาวะโกรธ

Anxiety Disorder

ความวิตกกังวล

ความหมาย ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

ลักษณะของความวิตกกังวล ประกอบด้วย

- ความรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายในภาพการณ์ที่ไม่แน่ใจ
- ความรู้สึกหวาดหวั่น หวั่นเกรงจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตน
- สภาวะกระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ
- ความรู้สึกตระหนก ตกใจ กลัวบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้
- ความรู้สึกไม่มั่นใจในเหตุการณ์ล่วงหน้า
- ความรู้สึกเครียดที่ไม่สามารถบอกสาเหตุได้

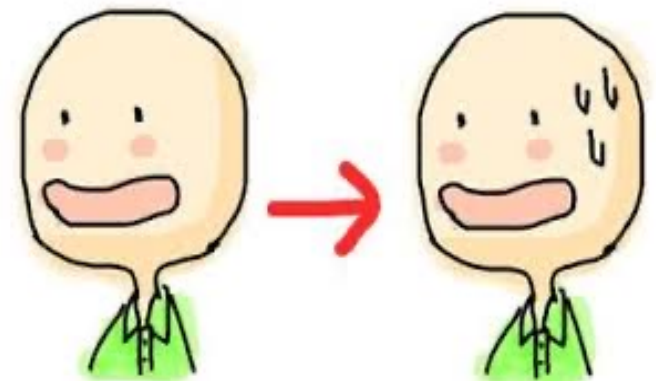


กระบวนการเกิดความวิตกกังวล



เกิดจากเหตุการณ์ต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการของบุคคลมีสิ่งขัดขวาง ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ
2. บุคคลเกิดอารมณ์ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ กระวนกระวายใจ ท้อแท้ ไม่สามารถขจัดความไม่สบายต่างๆ ได้ด้วยตนเอง
3. มีภาวะอื่นตามมาเพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันตนเอง เช่น ภาวะโกรธ ก้าวร้าว ตำหนิผู้อื่น
4. พลังความวิตกกังวลถูกเปลี่ยนเป็นพลังอื่น



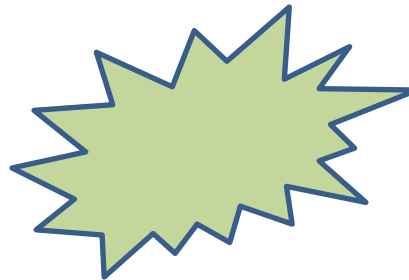
การพยาบาล



1. ประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

1.1 ระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1) ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับน้อยๆ เป็นปกติในบุคคลทั่วไป จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลแก้ปัญหา ได้ดีขึ้น



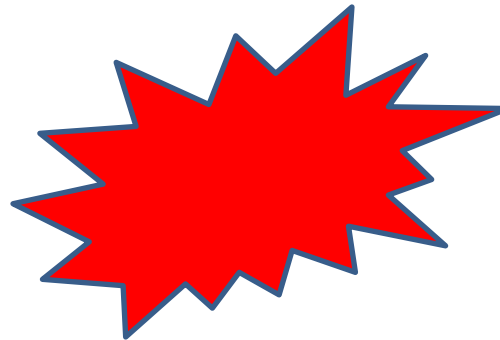
(Mild anxiety)

การพยาบาล



1. ประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

2) ความวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) การรับรู้แคบลง จะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจ
พยายามแก้ปัญหาลงขึ้น



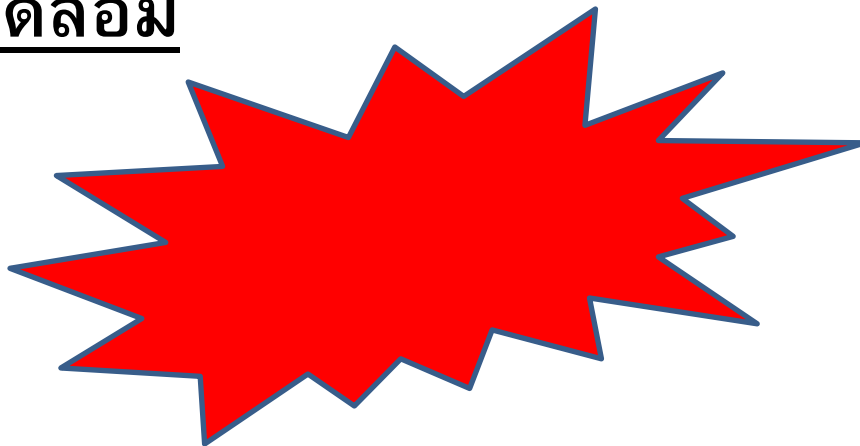
(Moderate anxiety)

การพยาบาล



1. ประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) การรับรู้
แคบลง สามารถในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆ ลดลง จนไม่สามารถติดตามเนื้อหาของเรื่องราวอย่างกว้างขวาง มีอาการ
มึนงง กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ ไม่สนใจ
สิ่งแวดล้อม



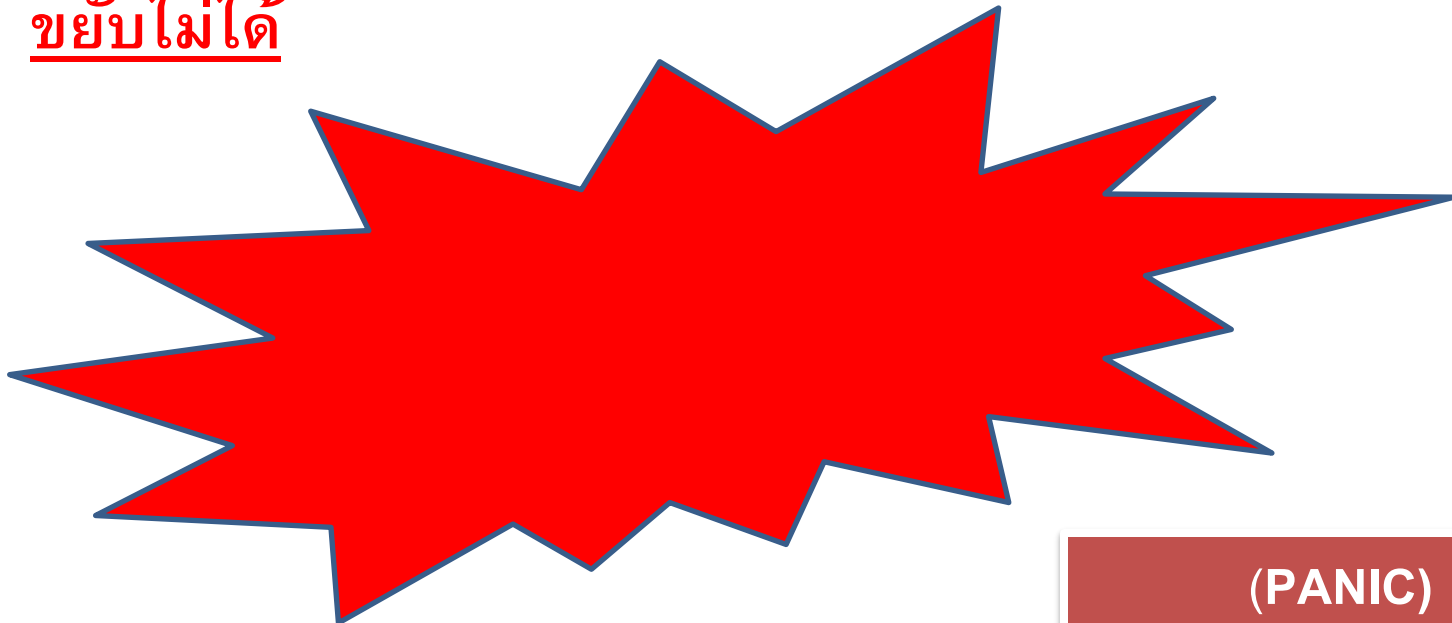
(severe anxiety)

การพยาบาล



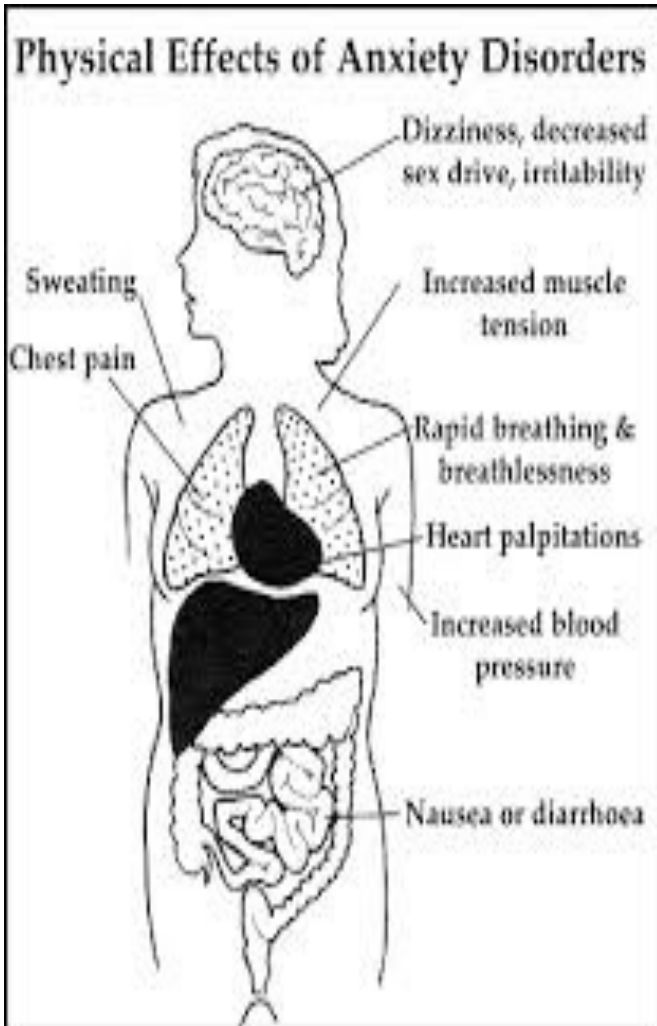
1. ประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

4) ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (Panic) การรับรู้น้อย อยู่ใน
ภาวะตื่นตระหนก สับสน วุ่นวาย หวาดกลัวสุดขีด มึนงง
ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจมีอาการประสาทหลอน แขนขา
ขยับไม่ได้



(PANIC)

ลักษณะอาการของบุคคลที่มีความวิตกกังวล



เมื่อมีความวิตกกังวลจะมีความเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีอาการ
 - หัวใจเต้นเร็ว / BP ↑ / แขนงหน้าอก / เหงื่อออกบริเวณฝ่ามือ ตามตัว / ปากแห้ง / ตัวสั่น / ปวดศีรษะ / ปัสสาวะบ่อย หรือท้องเสีย / คลื่นไส้ อาเจียน / นอนไม่หลับ / เบื่ออาหาร / อ่อนเพลีย / เจ็บป่วยบ่อย / บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง / น้ำตาลถูกขับออกจาก ขึ้น รู้สึกหิว ๆ คล้ายจะเป็นลม



ลักษณะอาการของบุคคลที่มีความวิตกกังวล

2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จะมี
อาการหงุดหงิดง่าย
กระสับกระส่าย / โกรธง่าย/ รู้สึก
ตนเองไม่มีค่า / เศร้า ร้องไห้บ่อย/
สงสัยบ่อย / พักผ่อนได้น้อย /
แยกตัว/ ขาดความคิดริเริ่ม/
ร้องไห้ง่าย แม้เรื่องเพียงเล็กน้อย/
ฟังพาดูอื่น/ ต่ำหุนิติเตียนผู้อื่น/ มี
ความโน้มเอียงที่จะทำลายตนเอง
/ ผันร้าย / สัมพันธภาพกับผู้อื่น
เปลี่ยนแปลงไป



ลักษณะอาการของบุคคลที่มีความวิตกกังวล

3) การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ และการรับรู้ จะมีอาการ

- ลืมง่าย/ หมกมุ่น/ การคิดและการใช้ภาษาผิดพลาด/ การตัดสินใจไม่ดี / ไม่ค่อยมีสมาธิ/ ครุ่นคิดแต่อดีต/ ไม่ค่อยรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ/ ความสนใจลดลง/ การพูดติดขัด หรือไม่พูดเลย/ การรับรู้ผิดพลาด/ มีความคิดและการกระทำซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถห้ามได้



การวางแผนการพยาบาล

กำหนดเป้าหมายการพยาบาลเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 เป้าหมายระยะสั้น

- ลดความวิตกกังวลจนถึงปกติ
- สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้

2.2 เป้าหมายระยะยาว

- เน้นการรู้ถึงเหตุและผลของความวิตกกังวล
- รู้จักวิธีการลดความวิตกกังวล
- ลดความถี่การเกิดความวิตกกังวล
- ปรับบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม
- ขจัดความขัดแย้ง และบรรเทาประสบการณ์ที่เจ็บปวด



การช่วยเหลือผู้ที่วิตกกังวล



ควรให้ความสำคัญกับ

- 3.1 แสดงการยอมรับ
- 3.2 อยู่เป็นเพื่อน พูดคุย ให้ระบายความวิตกกังวล พยายามรับฟัง แลให้ข้อเสนอแนะ
- 3.3 ให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือ
- 3.4 จัดสภาพแวดล้อมให้สงบและลดสิ่งกระตุ้นความเครียด และวิตกกังวล
- 3.5 ดูแลตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ ความสะอาด เป็นต้น
- 3.6 กระตุ้นบุคคลได้ระบายความวิตกกังวล
- 3.7 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

The end (part 1)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล และความเครียดผิดปกติ



โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders)

Anxiety Disorders : ผู้ป่วยวิตกกังวลผิดปกติ (pathological anxiety) เป็น การตอบสนองที่ไม่เหมาะสมต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหรือความกลัว จำแนกออกได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. Panic Disorder
2. Phobias
3. Obsessive – Compulsive Disorder
4. Stress disorders (Posttraumatic stress Disorder และ Acute Stress Disorder)
5. Generalized Anxiety Disorder

Panic disorder

ผู้ป่วยโรคแพนิคมีปัญหาในการทำงานของสมอง
ส่วนที่ทำให้เกิดอาการ "ตื่นตระหนก" โดยเป็น
ความผิดปกติของสารสื่อประสาท
บางอย่าง ทำให้มีลักษณะอาการแสดงถึง
ความตื่นตระหนกอย่างสูงสุด

อาการที่เกิดขึ้นมักเกิดอย่างกะทันหัน อาการที่พบ
ได้แก่ “ หายใจไม่ออก หายใจตื้น ๆ
หรือเป็นลม หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือ
แขน ขาและตัวสั่น เหงื่อออกมาก
ปวดท้อง ลำไส้ปั่นป่วนและคลื่นไส้ ชา
ปลายมือปลายเท้าเหมือนจะเป็น
อัมพาต ร้อนวูบวาบตามตัว” เป็นต้น



การวินิจฉัย



ต้องมีอาการ อย่างน้อย 4 อาการต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว
และ ถึงขีดสูงสุดภายใน 10 นาที

1. ใจสั่น ใจเต้นแรงหรือหัวใจเต้นเร็วมาก
2. เหงื่อออก
3. สั่น
4. หายใจไม่เต็มอิมหรือหายใจลำบาก
5. รู้สึกอึดอัดหรือแน่นอยู่ข้างใน
6. เจ็บหรือแน่นหน้าอก
7. คลื่นไส้ หรือท้องปั่นป่วน
8. วิงเวียน เดีนเซ มีนตื้อ หรือเป็นลม
9. รู้สึกว่าตนเปลี่ยนไปจากเดิม(depersionalization)หรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยน (derealization)
10. กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวกำลังจะเป็นบ้า หรือเสียชีวิต
11. กลัวตาย
12. ชาหรือชู่ซ่า (paresthesia)
- 13.หนาวสั่น หรือร้อนวูบวาบ

การพยาบาลผู้ป่วย Panic Disorder

เป้าหมาย เพื่อลดความตื่นตระหนก และช่วยให้
ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่อความวิตกกังวล

- การปฏิบัติการพยาบาลขณะมีอาการควรมีคนอยู่กับ
ผู้ป่วยตลอดเวลา
- จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ
- พยาบาลต้องมีท่าทีสงบ สุขุม นุ่มนวล
- เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงควรเปิดโอกาส
ให้พูดระบายสาเหตุ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ
- ฝึกทักษะการผ่อนคลายวิธีต่างๆ



Phobia disorder

มีลักษณะอาการแสดงถึงความกลัวในบางสิ่งบางอย่าง
มากเกินไป เป็นความกลัวอย่างขาดเหตุผลและเป็น
ความกลัวไม่สัมพันธ์กับอันตรายที่ควรเกิด สิ่งที่ทำให้
กลัวอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ หรือสถานการณ์บางอย่าง
แบ่งออกเป็น

2.1 Agoraphobia

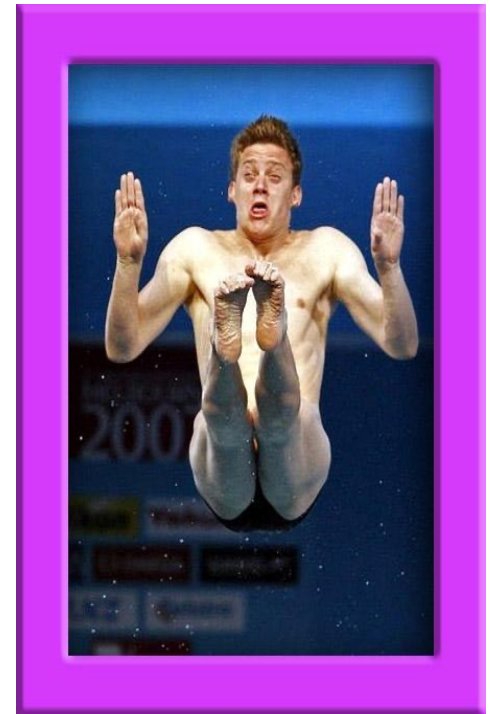
2.2 Specific phobia

2.3 Social phobia (Social Anxiety Disorder)



Agoraphobia

- Agoraphobia** คือ อาการกลัวที่โล่ง หรืออาการกลัวที่จะออกนอกบ้าน
- ผู้ป่วยกลัวการเกิดอาการวิตกกังวลในสถานการณ์ที่การหลีกเลี่ยงทำได้ลำบาก
 - มักไม่กล้าอยู่คนเดียว และต้องมีเพื่อนหรือผู้ติดตามไปด้วย เมื่อออกนอกบ้าน
 - อาการกลัวมักเกี่ยวกับการออกนอกบ้านตามลำพัง การอยู่ท่ามกลางหมู่คน หรือยืนเข้าแถว การอยู่บนสะพาน การเข้าอุโมงค์ การเดินทางโดยรถเมล์ รถไฟ หรือการเข้าโรงภาพยนตร์ กลัวการขึ้นรถลงเรือไปเหนือล่องใต้
 - ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการ agoraphobia มักจะตามมาด้วยอาการของ Panic Disorder
 - อาการ agoraphobia มักหายไปด้วยการรักษา Panic disorder



Specific phobia

แต่ก่อนเรียกว่า **Simple Phobia** เป็นความกลัววัตถุ
สิ่งของหรือสถานการณ์บางอย่างที่รุนแรง และไร้เหตุผล
(เช่น ขึ้นเครื่องบิน อยู่ที่สูง สัตว์ ได้รับการฉีดยา เห็น
เลือด อยู่ในที่แคบ)

- การเผชิญกับสิ่งที่กลัวนั้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาทันที
- ผู้ป่วยตระหนักดีว่า ความกลัวนั้นมีมากเกินไปและไม่มีความ
เหตุผล



Social phobia (Social Anxiety Disorder)

1. มีความกลัวที่รุนแรง และคงอยู่นานต่อสถานการณ์หนึ่งอย่าง หรือมากกว่า ซึ่งเกี่ยวกับการเข้าสังคมหรือการกระทำบางอย่าง ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับคนอื่นที่ไม่คุ้นเคยหรือถูกคนอื่นจับตาดูอยู่ ผู้ป่วยกลัวว่าจะกระทำการบางอย่าง (หรือ แสดงอาการวิตกกังวล) ที่ทำให้รู้สึกน่าอับอายหรืออึดอัดใจ
2. การเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมที่น่ากลัวนั้นจะช่วยให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาทันทีแทบทุกราย
3. มีการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคมหรือการกระทำที่ทำให้เกิดความกลัว หรืออาจต้องทนกับสถานการณ์นั้น ๆ ด้วยความวิตกกังวลหรือความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก
4. มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ การเรียน กิจกรรมทางสังคม หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น บางคนไม่กล้าไปงานเลี้ยง งานแต่งงาน หรือไม่กล้าแสดงตัวต่อที่สาธารณะ
5. ระบุ Generalized : ถ้าความกลัวเกี่ยวข้องกับแทบทุกสถานการณ์ทางสังคม (เช่น การเริ่มต้นหรือการดำเนินการสนทนา การเข้าร่วมกลุ่มย่อย การมีนัดกับแฟน การพูดกับผู้ใหญ่ หรือผู้ที่เหนือกว่า การไปร่วมงานเลี้ยง เป็นต้น)

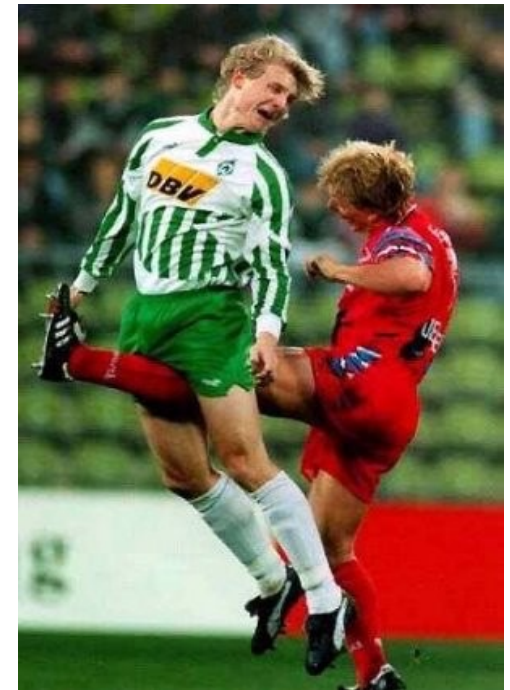


การพยาบาลผู้ป่วย Phobia Disorder

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันต่างๆได้ โดยไม่ตื่นกลัว

- การปฏิบัติการพยาบาล หลีกเลี่ยงวิธีการใช้การหาเหตุผลมาอธิบายและคาดคั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม
- ควรให้ความมั่นใจในความปลอดภัย
- ร่วมประเมินปัญหาและให้ผู้ป่วยหาทางเลือกในการปฏิบัติด้วยตนเอง
- ประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมบำบัดช่วยในการควบคุมความกลัวของผู้ป่วย



Generalized anxiety disorder

มีลักษณะอาการแสดงถึงความวิตกกังวลและความ
กังวลใจตลอดเวลา การดำเนินชีวิตไม่มีความสุข
โดยที่ไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร อาการนี้จะดำเนิน
ต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 6 เดือน

ความวิตกกังวล และความกังวลใจ สัมพันธ์กับอาการ
อย่างน้อย 3 อาการ ต่อไปนี้

- กระวนกระวาย (หรือกระสับกระส่าย) หรือรู้สึกตื่นเต้น
จนทนแทบไม่ได้
- อ่อนเพลียง่าย
- ขาดสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก
- หงุดหงิด
- กล้ามเนื้อตึงเครียด

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบได้ทั่วไป และมักมาโรงพยาบาลด้วย
การเจ็บป่วยทางกายหรือแสดงอาการของอารมณ์
ซึมเศร้า



Obsessive-compulsive disorder

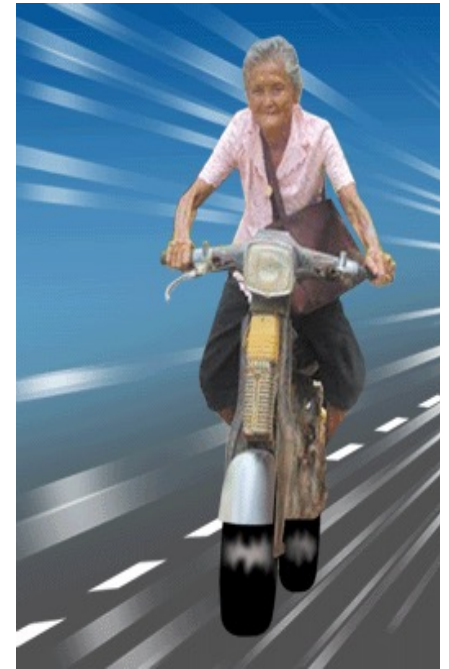
อาการย้ำคิด (Obsessions) ประกอบด้วยลักษณะต่อไปนี้

1. ความคิด แรงผลักดัน หรือจินตภาพที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และคงอยู่นานในผู้ป่วย และในช่วงใดช่วงหนึ่งของความผิดปกติ จะมีความรู้สึกว่าการเช่นนี้มีลักษณะแทรกซอน (intrusive) ที่ไม่เหมาะสม และทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความทุกข์ใจอย่างมาก
2. ความคิด แรงผลักดัน หรือจินตภาพ มิได้เป็นแต่เพียงความกังวลที่มากเกินไปเกี่ยวกับปัญหาชีวิตที่มีอยู่จริง
3. ผู้ป่วยพยายามไม่สนใจหรือกดระดับความคิด แรงผลักดันหรือ จินตภาพ หรือทำให้สิ่งเหล่านี้หมดไปด้วยความคิดหรือการกระทำอย่างอื่น
4. ผู้ป่วยตระหนักว่า ความคิด แรงผลักดัน หรือจินตภาพ ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เช่นนี้เป็นผลจากจิตใจของตนเอง (มิได้มาจากภายนอก)



อาการย้ำทำ (Compulsion)

หมายถึง พฤติกรรมซ้ำ ๆ (เช่น การล้างมือ การตรวจสอบ
สิ่งของอย่างละเอียด) หรือกิจกรรมทางจิต (เช่น การ
สวดมนต์ การนับ การพูดในใจซ้ำ ๆ) ที่บุคคลรู้สึก
ต้องทำ เพื่อเป็นการตอบสนอง ต่อการย้ำคิดหรือตาม
กฎหมายที่ต้องนำมาปฏิบัติอย่างเคร่งครัด พฤติกรรม
หรือกิจกรรมทางจิตมุ่งไปที่การป้องกันหรือการลดความ
ทุกข์ทรมานใจ หรือป้องกันเหตุการณ์ หรือสถานการณ์
ที่น่ากลัวบางอย่าง แต่พฤติกรรม หรือกิจกรรมทางจิต
เหล่านี้ไม่ได้เกี่ยวข้องอย่างมีเหตุผลกับสิ่งที่ผู้ป่วย
กำหนดขึ้นมาเพื่อลบล้าง หรือป้องกัน หรืออาจมาก
เกินไปอย่างชัดเจน



การพยาบาลผู้ป่วย Obsessive –Compulsive Disorder

เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรมย้ำคิด
ย้ำทำ

การปฏิบัติการพยาบาล

- ไม่ควรไปยับยั้งห้ามให้ผู้ผู้ป่วยทำพฤติกรรมซ้ำๆ
- ไม่ตำหนิแต่ควรหาสาเหตุของการทำพฤติกรรมนั้นๆ
- จัดตารางกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ



Acute stress Disorder

ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจ
และเกิดมีอาการต่าง ๆ เหมือนกับที่พบใน PTSD

ความแตกต่าง คือ Acute Stress Disorder เกิดขึ้นเป็นเวลา
อย่างน้อย 2 วันและมากที่สุด 4 สัปดาห์ และเกิดขึ้น
ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจากเกิดเหตุการณ์นั้น

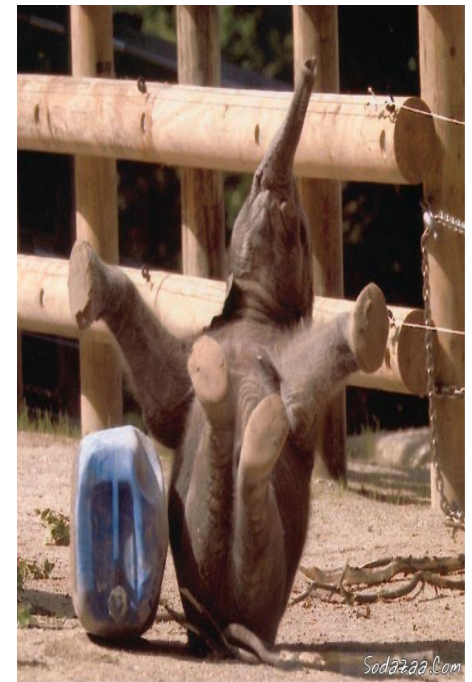
Acute Stress Disorder มักสัมพันธ์กับอาการ dissociate
symptoms ซึ่งเด่นชัดมากกว่าที่พบใน PTSD

ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เป็น Acute Stress Disorder
ต่อไปจะเกิดเป็น PTSD



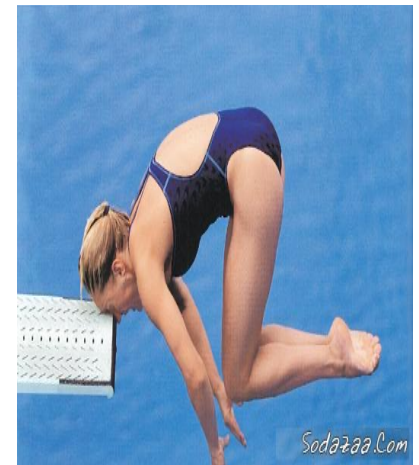
Post-traumatic stress disorder

1. บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางจิตใจ (a traumatic event) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ 2 อย่าง
 - 1.1 บุคคลได้พบเห็น หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือการคุกคามต่อชีวิตของตนเองหรือผู้อื่น
 - 1.2 การตอบสนองของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับความกลัวอย่างรุนแรง หรือ หวาดผวา
- 2 เหตุการณ์สยองขวัญ ที่กระทบกระเทือนจิตใจ จะกลับคืนมาและคงอยู่นานโดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1 อย่างหรือมากกว่า
 - 2.1 การระลึกเหตุการณ์ที่ผุดขึ้นมา และทำให้ทุกข์ทรมานใจ ซ้ำแล้วซ้ำอีก
 - 2.2 ความฝันที่ทำให้ทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก
 - 2.3 การกระทำหรือความรู้สึกคล้ายกับว่า เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจ กำลังเกิดขึ้นอีก
 - 2.4 ความทุกข์ทรมานใจอย่างรุนแรง เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจ
 - 2.5 ปฏิกริยาทางสรีรวิทยา เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจ



Post-traumatic stress disorder (ต่อ)

3. มีการหลีกเลี่ยงที่คงอยู่นาน ต่อสิ่งเร้าที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บทางจิตใจ และความรู้สึกเย็นชา (numbings) ของการตอบสนององทั่วไป โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ 3 อย่างหรือมากกว่า
 - 3.1 ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความคิด ความรู้สึก หรือ การสนทนาที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น
 - 3.2 ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือ บุคคลที่กระตุ้น ให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น
 - 3.3 ความไม่สามารถที่จะระลึกถึงส่วนสำคัญของเหตุการณ์นั้น
 - 3.4 ความสนใจและความสามารถร่วมมือในกิจกรรมที่สำคัญลดลงไปอย่างมาก
 - 3.5 ความรู้สึกแยกตัวเอง เหมินห่าง หรือแปลกแยก จากผู้อื่น



Post-traumatic stress disorder (ต่อ)

4. อาการของความตื่นตัวที่เพิ่มขึ้นและคงอยู่นาน (ไม่มีก่อนเหตุการณ์ กระทบกระเทือนใจ) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ 2 อย่างหรือมากกว่า
 - 4.1 นอนหลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ
 - 4.2 หงุดหงิดหรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรง
 - 4.3 ขาดสมาธิ
 - 4.4 ระวังระวังมากเกินไป
 - 4.5 สะดุ้งตกใจมากเกินไป
5. ระยะเวลาของความผิดปกติมากกว่า 1 เดือน
6. ระบุ Acute : ถ้าช่วงระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 3 เดือน
Chronic : ถ้าช่วงระยะเวลาที่มีอาการเริ่มต้นของอาการอย่างน้อย 6 เดือนหลังจากสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด



การรักษา



- 1.การรักษาด้วยยาต้านความวิตกกังวล
2. การรักษาด้วยจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด โดยวิธี
Relaxation และ Desensitization
3. การรักษาด้วยวิธีทางเลือกอื่น โดยใช้เทคนิคการลดความ
วิตกกังวลซึ่งต้องใช้ให้เหมาะสมตามลักษณะปัญหา
ของแต่ละบุคคล เช่นการสร้างจินตนาการ การออก
กำลังกาย การนวดคลายเครียด การทำสมาธิ การเผชิญ
กับความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ เป็นต้น



การพยาบาลผู้ป่วย Post-traumatic stress disorder (PTSD)

เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับรู้ปัญหาที่
กระทบกระเทือนจิตใจและดำเนินชีวิตของ
ตนอย่างมีเป้าหมาย

การปฏิบัติการพยาบาล

- จัดให้มีบุคคลอยู่กับผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วย
ประเมินสาเหตุและวางแผนจัดการปัญหา
ของผู้ป่วย ปัจจุบันนิยมใช้ Cognitive
behavior therapy



การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

Past 2

การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้า

ความหมาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดমন เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด



สาเหตุ

สาเหตุของความเศร้ามักเกิดจาก

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และปัญหาต่างๆ เกิดการสูญเสียบุคคล หรือสิ่งของที่เป็นที่รัก

ความผูกพัน คิดสับสนอยู่กับสิ่งที่ผ่านไป และปรับตัวไม่ได้
สภาพร่างกายและอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย

ประสบการณ์การสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคล

พบแต่ว่า ส่วนใหญ่ เหตุการณ์สูญเสีย และสิ่งที่สูญเสีย
เป็นสิ่งที่มีความหมายต่อบุคคลนั้น ๆ



การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หลาย

ประการขึ้นอยู่กับ **อาการ และระดับ**

ความรุนแรง พยาบาลจะต้องสังเกต

และประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยตาม

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า เช่น มีสี

หน้าเศร้า อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไร้ค่า

สูญเสียคนรัก หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

เป็นต้น



หลักการพยาบาลภาวะซึมเศร้า

หลักการพยาบาล กำหนดแนวทางช่วยเหลือเป็น 2 ระยะ

คือ

1 กำหนดเป้าหมายระยะสั้น

- เน้นการป้องกันการทำร้ายตนเอง
- ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยเสียใจจนขาดสติ
- เน้นการปรับตัวกับสถานการณ์ การระบายปัญหา

2 กำหนดเป้าหมายระยะยาว

- ทำความเข้าใจปัญหา การฝึกการเผชิญปัญหา
- สร้างคุณค่าและเป้าหมายในตนเอง

3. การพยาบาลระยะป่วยด้วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า



Mood

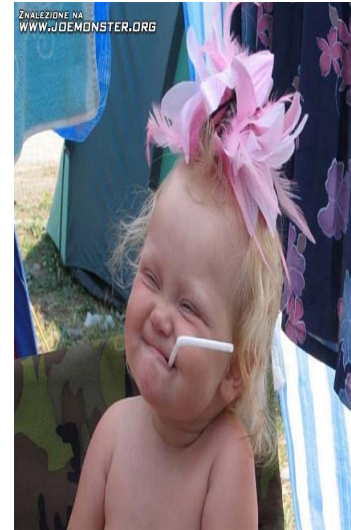


Disorders

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Mood Disorders)

Mood Disorders : โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยมีอารมณ์เศร้าผิดปกติ ร้องไห้ อ่อนเพลีย อยากตาย หรือมีอารมณ์ดีผิดปกติ ครึกครื้น พุดมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียว หรือทั้งสองด้านก็ได้ ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่พบบ่อยคือ

1. ความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดซึมเศร้า (Depressive Disorder)
2. ความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง (Mania Episodes)
3. โรคอารมณ์แปรปรวน (Bipolar Disorders) ซึ่งมีลักษณะการแสดงออกด้านอารมณ์เศร้าสลับกับอารมณ์เรงร่า

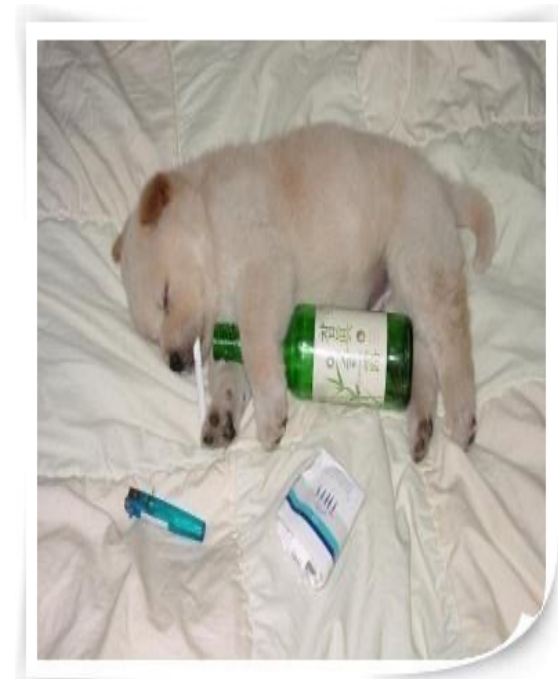


ความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดเศร้า (Depressive Disorders)

เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับ
ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังมองโลกในแง่ร้าย มี
ความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำห
ตนเอง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา เกือบ
ทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ อาการที่
เกิดขึ้นไม่ใช่อาการที่เกิดจากโรคจิตชนิดอื่น ไม่
เคยมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์ชนิดเร
ง (Mania) อารมณ์ชนิดซึมเศร้า แบ่งเป็น

Major depressive disorder และ

Dysthymic disorder



ระดับของภาวะซึมเศร้า (APA, 2000)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
(Mild Depression)
2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
(Moderate Depression)
3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง
(Severe Depression)



ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression)

ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression)

คือ ภาวะอารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส (Blue Moods) บุคคลอาจรู้สึกเศร้าในบางครั้ง ซึ่งบางทีก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ ในบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ เลย อาจจะมีอารมณ์เศร้า หากเหน็ดเหนื่อยมาก ๆ ขาดคนเห็นใจ รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนเข้าใจ ความภูมิใจถูกทำลาย ภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกบั่นทอน เป็นต้น



2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression)

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate

Depression) อารมณ์เช่นเดียวกับอาการเศร้าในระดับน้อยแต่รุนแรงกว่า กระทบต่อชีวิตครอบครัว การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะการสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้านิดนี้ จะรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจเป็นเวลานาน ปวดใจ พุดลำบาก คิดช้า อาจมีความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ



3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression)

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe

Depression) หมายถึง ความเศร้ามีระดับลึก

ขึ้น และเป็นนาน มีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด สนใจสิ่งแวดล้อม

น้อยลง วิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ สาเหตุ

ของความเศร้านั้นจะมาจากภายในตัว

บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่

ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักจะ

ถอนตัวจากโลกของความจริง อาจมีอาการ

หลงผิด หรือประสาทหลอน อาจมีความคิด

หรือพยายามทำร้าย ตนเองเนื่องมาจาก

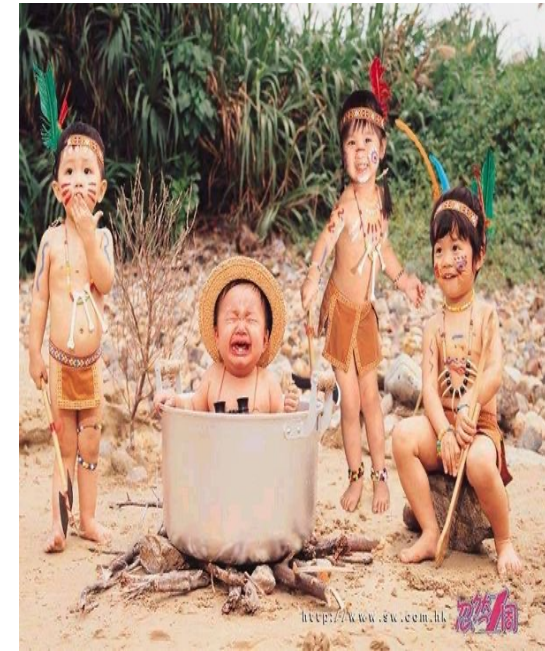
ความหลงผิด หรือเนื่องจากประสาทหลอน



Major Depressive Disorder

ลักษณะทางคลินิก

อารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่น เหมือนเดิม อยากอยู่คนเดียว อาการอื่น เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงชัดเจน รู้สึกอ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติ การเคลื่อนไหวก็จะเชื่องช้า พูดน้อย คิดนาน บางรายอาจมีกระสับกระส่าย พบบ่อยว่าผู้ป่วยมีสมาธิลดลง หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้าลง ลังเล มองโลกมองชีวิตในแง่ลบ คิดว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย



การวินิจฉัย Major Depressive Episode

A. มีอาการต่อไปนี้ ≥ 5 ข้อ ร่วมกันนาน 2 สัปดาห์ และมี การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน โดยต้องมี อาการ อย่างน้อย 1 ข้อ ของ

(1) depressive mood หรือ

(2) loss of interest or pleasure (เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข)

1. มีอารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการ บอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจาก การสังเกตเห็นของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

หมายเหตุ : **ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิด**

2. loss of interest or pleasure (ความสนใจหรือความสุขใน กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก) โดยเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอก เล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)



การวินิจฉัย Major Depressive Episode

- น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

หมายเหตุ : ในเด็กดูว่าน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น

- นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป
- psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วย)
- fatigue หรือ loss of energy : รู้สึกอ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน



การวินิจฉัย Major Depressive Episode

7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มีใช้เพียงแต่การลงโทษตัวเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)
8. สมรรถภาพหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือ)
9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มีใช้ว่ากลัวแค่จะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน



การวินิจฉัย Major Depressive Episode

- B. อาการดังกล่าวมิได้เข้าเกณฑ์ของ Mixed Episode
- C. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลง
- D. ไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)
- E. อาการไม่ได้เข้ากับ bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

Dysthymic disorder

อาการต่าง ๆ คล้ายกับใน Major depressive disorders แต่รุนแรงน้อยกว่า อาการที่พบบ่อย ส่วนใหญ่เป็นด้านอารมณ์และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอาการเบื่อหน่ายท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย

อาการสำคัญ จะมีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เป็นเวลานานกว่า 2 ปี ในเด็กและวัยรุ่นอาจมีอารมณ์หงุดหงิดและเป็นอย่างน้อย 1 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่น อาการเริ่มเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และเป็นโรคค่อนข้างเรื้อรัง อาการขึ้นลงเป็นช่วงๆ



ความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง

(Manic episodes)

ภาวะคลุ้มคลั่ง เป็นความผิดปกติของอารมณ์ที่มีลักษณะ อารมณ์คลั่งรุนแรง คึกคัก หรือหงุดหงิดอย่างผิดปกติเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือนานเท่าไรก็ได้ในกรณีที่จำเป็น ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- Hypomania** ความแปรปรวนทางอารมณ์ ยังไม่รุนแรง อาจทำให้หน้าที่ทางสังคม และการทำงานมีความบกพร่อง อาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ดี มีความสุข แต่จะแปรปรวนง่ายเมื่อถูกขัดใจ อารมณ์ไม่คงที่ คิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต ขาดสมาธิ พุดมาก เสียงดัง สนใจในเรื่องเพศตรงข้าม ใช้จ่าย ฟุ่มเฟือย
- Acute mania** มีความรุนแรงขึ้นต้องได้รับการรักษา อาการที่พบ สนุกสนาน ครึกครื้น รื่นเริง ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อารมณ์แปรปรวนง่าย อาจหงุดหงิดก้าวร้าว อลอะวาดโดยไม่มีเหตุผล สับสน พุดมาก โวยวาย คิดว่าตนมีอำนาจเหนือผู้อื่น อาจมีหลงผิดหวาดระแวงได้ ไม่อยู่นิ่ง ไม่กิน ไม่นอน เข้าสังคมบ่อย ใช้จ่ายเงินมาก ตัดสินใจเร็วขาดการไตร่ตรอง
- Delirious mania** เป็นระยะที่มีความรุนแรงมาก มักไม่ค่อยพบ ถ้ามีการรักษา มาก่อน อาการที่พบได้แก่ หงุดหงิดมาก ควบคุมไม่ได้ ความคิดสับสน ไม่รับรู้วัน เวลาสถานที่ บุคคล หลงผิดประสาทหลอนชัดเจน มีพฤติกรรมวุ่นวาย เป็นอันตรายต่อผู้อื่น



การวินิจฉัย Manic episodes

- A. มีช่วงที่มีอารมณ์คึกคัก หรืออารมณ์หงุดหงิดที่ผิดปกติและคงอยู่ตลอดเวลาอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 4 วัน
- B. ช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ต้องมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดเวลาอย่างน้อย 3 อาการ (หรือ 4 อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ
 1. มี self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมีความคิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiosity)
 2. decreased need of sleep (มีความต้องการนอนลดลง)
 3. more talkative หรือ pressure of speech (พูดคุยมากกว่าปกติ)
 4. flight of idea หรือผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณคิดแล่นเร็ว
 5. วอกแวก (distractibility) : ถูกดึงดูดความสนใจได้ง่าย
 6. ทำกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มขึ้นมาก (ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงานหรือการเรียน หรือด้านเพศ) หรือ psychomotor agitation
 7. หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน แต่มักจะมีความยุ่งยากตามมา (เช่น ใช้จ่ายไม่ยั้ง ไม่ยับยั้งใจเรื่องเพศ)
- C. ระยะเวลาที่มีอาการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีใช้ลักษณะประจำของบุคคลนั้นขณะไม่มีอาการอย่างเห็นได้ชัด
- D. ผู้อื่นสังเกตเห็นความผิดปกติด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลง
- E. ระยะเวลาที่มีอาการไม่รุนแรงถึงกับทำให้กิจกรรมด้านสังคม หรือการงานบกพร่องลงมาก หรือทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาล และไม่มีอาการโรคจิต
- F. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือการรักษาอื่น หรือโรคทางกาย (เช่น hyperthyroidism)



ความผิดปกติด้านอารมณ์แปรปรวน (Bipolar Disorders)

เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนที่ผู้ป่วยมีอาการ mania หรือ hypomania สลับกับ major depressive episode อาการนำที่สำคัญคือ มีอารมณ์โดยทั่วไปเศร้า บางคนอาจจะมีอาการนอนไม่หลับ น้ำหนักตัวลด มักจะเริ่มเกิดอาการในช่วงอายุ 21-25 ปี อัตราการเกิดอาการในหญิงและชายเท่า ๆ กัน มักจะพบว่าอาการที่เกิดครั้งแรกในชายเป็นประเภทเรื้องรังเป็นอาการนำ (manic episode) ส่วนในผู้หญิงจะพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำ (major depressive episode)

Bipolar disorders มีความแตกต่างจาก Major depressive disorder คือการมีประวัติของอารมณ์เรื้องรัง (manic) หรือมีภาวะอารมณ์เรื้องรังในระดับต่ำ (hypomanic) มาก่อน และถ้าเปรียบเทียบด้านอาการความรุนแรงแล้ว Bipolar disorders จะมีอาการรุนแรงน้อยกว่า และไม่มีอาการทางจิต (psychotic) เหมือนกับภาวะความผิดปกติชนิด major depressive disorder

ลักษณะการแสดงออก

ด้านพฤติกรรม จะมีพลังกำลังมาก นอนน้อย ไม่มีอาการง่วงนอนให้เห็นแม้ว่าจะนอนน้อย พูดมากและพูดไม่หยุด (Pressure speech) และเปลี่ยนเรื่องไปเรื่อย ๆ มีความคิดฟุ้งพฐ (Flight of ideas) หันเหความสนใจง่าย (Distractibility) อยู่หนึ่งไม่ได้ โอ้อวดตนเอง (Inflated self – esteem) ใช้จ่ายสิ้นเปลือง

ด้านความคิด ความคิดฟุ้งพฐ มีความคิดที่บ่งบอกว่า การตัดสินใจไม่ดี ขาดวิจารณญาณ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เสียด้านสติปัญญา ในรายที่เป็นรุนแรงจะพบมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน โดยเนื้อหา มักเกี่ยวกับเรื่องของอำนาจวิเศษ ศาสนา หรือบางครั้งอาจมีลักษณะแปลก ๆ เช่นเดียวกับที่พบในโรค schizophrenia

ด้านอารมณ์ อารมณ์แกว่งมาก จากอารมณ์ดีไปเป็นอารมณ์เศร้า ขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่ค่อยคำนึงถึงผู้อื่นหรือกฎเกณฑ์หาก ขัดขวางในสิ่งที่ตนต้องการจะหงุดหงิด ฉุนเฉียว



Bipolar disorders



1. **Bipolar I Disorder** เป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ที่มีลักษณะสำคัญ คือ มีอารมณ์เรื้อรัง (mania) เป็นอาการนำมาก่อน เกิดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ร่วมกับการมีประวัติการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่มีลักษณะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์ผิดปกติเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดและเปลี่ยนเร็ว จะเปลี่ยนจากภาวะเรื้อรังไปเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรวดเร็ว ความผิดปกติทางอารมณ์จะคงอยู่เป็นเวลาหลายวันจนถึงหลายเดือน และบุคคลจะไม่ตระหนักว่าตนเองมีอาการผิดปกติ มีพฤติกรรมเปลี่ยนจากเดิม จึงไม่ยอมที่จะรับการรักษา
2. **Bipolar II Disorder** ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะอารมณ์ซึมเศร้า (depress) เป็นอาการนำมาก่อน การเกิดอารมณ์เศร้าอาจจะเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง อาจจะมีภาวะการแปรเปลี่ยนทางด้านอารมณ์ชนิดเรื้อรังระดับอ่อน (hypomanic episode) มาก่อน ไม่มีประวัติของภาวะการแปรเปลี่ยนด้านอารมณ์ชนิดเรื้อรัง (true manic episode)



การวินิจฉัย Bipolar I disorder

A. มีอารมณ์ elevated mood, euphoria หรือ expansive mood หรือ irritable mood อย่างผิดปกติ และคงอยู่นานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (หรือนานเท่าใดก็ได้หากต้องอยู่ในโรงพยาบาล)

B. ในช่วงที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์นี้ พบมีอาการดังต่อไปนี้อยู่ตลอดเวลาอย่างน้อย 3 อาการ (หรือ 4 อาการหากมีเพียงอารมณ์หงุดหงิด) และอาการเหล่านี้รุนแรงอย่างมีความสำคัญ

1. มี self-esteem เพิ่มขึ้นมาก หรือมี grandiosity
2. decreased need of sleep
3. more talkative หรือ pressure of speech
4. flight of idea หรือ ความคิดแล่นเร็ว
5. วอกแวก (distractibility) : ถูกดึงดูความสนใจได้ง่าย
6. psychomotor agitation หรือ ทำกิจกรรมซึ่งมีจุดหมายเพิ่มขึ้นมาก (ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การงานหรือการเรียน หรือด้านเพศ)
7. หมกมุ่นอย่างมากกับกิจกรรมที่ทำให้เปลืองพลังงาน



การวินิจฉัย Bipolar I disorder (ต่อ)

C. อาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Mixed Episode



D. ความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นรุนแรงจนทำให้มีความบกพร่องอย่างมากในด้านการงาน หรือกิจกรรมทางสังคมตามปกติ หรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น หรือทำให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือมีอาการโรคจิต

E. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือการรักษาอื่น หรือโรคทางกาย (เช่น hyperthyroidism)

สาเหตุของความผิดปกติทาง



อารมณ์

- ปัจจัยด้านชีวภาพ** สารชีวเคมี (Monoamine) ที่มีผลทำให้เกิดภาวะอารมณ์ซึมเศร้าหรือภาวะอารมณ์ลิงโลดโดยพบว่า ถ้าระดับ serotonin นี้มีน้อยก็จะทำให้เกิดภาวะอารมณ์ซึมเศร้าได้
- ปัจจัยทางด้านสังคม** เหตุการณ์เครียด ภาวะที่บุคคลมีการสูญเสีย ได้แก่ บุคคลที่รัก หน้าที่ การงาน คุณค่าในตนเอง เด็กที่ถูกทอดทิ้ง มักจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีอารมณ์เศร้า
- ปัจจัยด้านการเรียนรู้** ทฤษฎีการเรียนรู้เห็นว่าภาวะความซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมอง เหตุการณ์และแปล เหตุการณ์ไปในทางลบ เป็นภาวะ Learned helplessness
- ยา/สารเคมี** Reserpine ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จะลด Biogenic Amine ทำให้ ซึมเศร้า M.A.O. Inhibitor ที่ใช้รักษาโรควัณโรค จะเพิ่ม Biogenic Amine ทำให้ผู้ป่วยรำเริง การมี Steroid out put เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะซึมเศร้า
- ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล** มักพบในคนขี้อาย หวั่นไหวง่าย วิตกกังวลง่าย ระมัดระวัง ตนเองมากเกินไป ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี** บุคคลที่กลัวการติดต่อกับบุคคลอื่น กลัวผู้อื่นทำร้าย มักใช้ กลไกทางจิต แบบ Introjection และ Projection จึงทำให้เป็นคนแยกตัวเองออกจากสังคม เก็บ ตัว และซึมเศร้า
- การอบรมเลี้ยงดู** พ่อแม่ที่ให้ความสำคัญกับความสำเร็จมากกว่าความถูกต้องหรือสิ่งที่ดีงาม เด็ก จะขาดแนวทางสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ จึงทำให้ไม่พอใจในอนาคต สุดท้ายจะล้มเหลว แล้ว ซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้าน

อารมณ์

หลักการสำคัญที่สุด

1. ดูแลเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดซึมเศร้า และชนิด เร็งรำลึงโลกจะไม่สนใจในเรื่องสุขอนามัย ไม่สนใจเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ
2. การเฝ้าระวังเรื่องการให้ยาและ S/E เช่น ปากแห้ง คอแห้งกระหายน้ำ ความดันโลหิตต่ำ อาการไม่สบายที่เกิดจากยาจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยอาจจะบอกว่าหน้ามืดจะเป็นลมหลังได้รับยา ซึ่งเป็นผลจากความดันโลหิตต่ำจากยา
3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เรื่องการใช้ยาด้านเศร้าเพื่อการรักษา คือ ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น อาการปากแห้งและคอแห้ง ก็ให้จิบน้ำบ่อย ๆ หรืออมก้อนน้ำแข็งเล็ก การป้องกันอาการหน้ามืด วิงเวียน เนื่องจากความดันโลหิตต่ำโดยการลุกนั่งหรือลุกเดินช้า ๆ ให้ความรู้เรื่องระยะเวลาที่ยาจะออกฤทธิ์ ต้องใช้เวลา 3-4 สัปดาห์



1. ต้องยื่นมือข้าง; ไม่ให้ใครจับที่หัวเราเครียด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้าน อารมณ์

4. การใช้กระบวนการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลมีทิศทางในการดูแลผู้ป่วย
ดีขึ้น การวินิจฉัยปัญหาสำหรับการพยาบาลขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการผู้ป่วย

4.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่ว ๆ ไป ความคิด การรับรู้ อาการ
แสดงที่ผิดไปจากปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวใน
โรงพยาบาล ประเมินความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ความคิดและพฤติกรรม
ที่บ่งบอกจะฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน เช่น จากตัวผู้ป่วย ญาติ
การสังเกตขณะให้สัมภาษณ์ และจากการบอกเล่าของทีมพยาบาลเวรอื่น ๆ ที่ดูแล
ผู้ป่วย

4.2 การวินิจฉัยพยาบาล

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างข้อวินิจฉัยพยาบาลในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการเศร้าเป็นอาการ
นำ เช่น

1. มีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเองเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้า
2. มีการรับรู้ในคุณค่าตนเองลดลงเนื่องจากรู้สึกผิดในการกระทำของตนเอง



การวางแผนการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเองเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้า

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้นใน สัปดาห์ที่ 1 และผู้ป่วยสามารถดูแลและปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของตนเองโดยไม่ต้องบอกในสัปดาห์ 2 ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่อง สุขอนามัยของตนเองได้เช่นปกติในสัปดาห์ที่ 3

2. มีการรับรู้ในคุณค่าตนเองลดลงเนื่องจากรู้สึกผิดในการกระทำของตนเอง

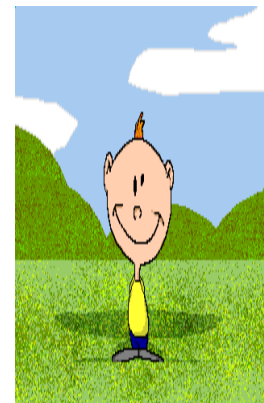
เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการรับรู้ในคุณค่าตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้นเห็นความสำคัญของตนเองมากขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้แผนการพยาบาลได้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่ตั้งไว้ทีมพยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกัน จำเป็นต้องประชุมทีมพยาบาลเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติ หาวิธีการที่จะให้แผนการ พยาบาลได้เป็นไปตามแผน



การพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ชนิดซึมเศร้า

1. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งให้ความสนใจเอาใจใส่อย่างจริงใจต่อท่าทีของผู้ป่วย
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดและความรู้สึกออกมา
3. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองข้อดีของตนเอง การแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง การสร้างเป้าหมายในชีวิต
4. ส่งเสริมการปรับตัว การแก้ไขปัญหา การใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม
5. สนับสนุนการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน
6. การดูแลให้ได้รับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
7. ระวังการทำร้ายตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วย ไม่ซ้ำเติม
8. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสอนทักษะการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม



การพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง

1. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
พร้อมทั้งให้ความสนใจเอาใจใส่อย่างจริงจังต่อ
ท่าทีของผู้ป่วย และการยอมรับผู้ป่วยในเรื่อง
ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันอันตราย
ทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น
3. กระตุ้น และสนับสนุนการดูแลตนเองในการทำ
กิจวัตรประจำวัน
4. จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่
พึงประสงค์ เพิ่มการใช้พลังงานอย่าง
สร้างสรรค์



การพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง

5. สอนทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับความเครียด และการควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม
6. การดูแลให้ได้รับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา โดยเฉพาะยา Lithium ต้องประเมินระดับลิเทียมในกระแสเลือด และดูแลเรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้า

การพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ชนิดอารมณ์คลุ้มคลั่ง สลับกับอารมณ์เศร้า

* ให้การพยาบาลตามแต่ละอาการที่เด่นในช่วงนั้น ๆ



การประเมินผลการทำงาน

การประเมินผลการทำงาน

ตามข้อวินิจฉัยการทำงาน

แต่ละข้อ ว่าเป็นไปตาม

แผนหรือไม่ ถ้ายังไม่เป็นไป

ตามแผน จำเป็นต้องปรับ

การปฏิบัติการการทำงาน

อย่างไรบ้าง จำเป็นต้อง

เพิ่มข้อวินิจฉัยการทำงาน

อื่น ๆ อีกหรือไม่



การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย (SUICIDAL IDEA)

ความคิดอยากฆ่าตัวตาย เป็นอารมณ์วูบหนึ่ง อาจเกิดขึ้นได้ในคนปกติ แต่ถ้าคิดซ้ำซากก็เป็นพยาธิสภาพ เป็นพฤติกรรมผิดปกติ เพราะคนส่วนมากจะไม่ฆ่าตัวตาย แม้จะตกอยู่ในภาวะเช่นเดียวกันนั้น พบได้บ่อยในภาวะซึมเศร้า ผู้คิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกตรงกันข้ามทั้งสองฝ่ายปนกัน คือ ทั้งอยากตาย และอยากมีชีวิตอยู่เพียงแต่ความรู้สึก ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากกว่าเท่านั้น การฆ่าตัวตายอาจเป็นการลงโทษตนเอง, เป็นการแก้แค้นผู้อื่น, หรือเนื่องมาจากความเชื่อเรื่องเกิดใหม่ในชาติหน้าร่วมกับคนที่ตนรักก็ได้ คนที่คิดฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกคล้ายกัน คือ "ขาดความรัก"



คำจำกัดความ การฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ก. การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)** หมายถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว ทำด้วยความหุนหันพลันแล่น หรือ ทำเพราะต้องการประท้วง ต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิด เพราะรู้สึกโกรธ หรือหาทางออกกับสถานการณ์ในขณะนั้นไม่ได้
- ข. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide)** หมายถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยซึ่งมีความผิดปกติทางจิตเวชมาก่อน ที่พบบ่อยคือเป็นจากโรคซึมเศร้า

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

มีหลายประการ ได้แก่

มีอาการซึมเศร้า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามาก ๆ จะคิดว่าตนเองไร้ค่าอยู่ไปไม่มีประโยชน์ ความรู้สึกซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถทนอยู่กับอาการต่าง ๆ ซึ่งทรมาณได้อีกต่อไป ส่วนใหญ่ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีอาการรุนแรงถึงขนาดฆ่าตัวตายได้

มีอาการโรคจิต ผู้ที่เป็นโรคจิต มักมีอาการหูแว่ว, หลงผิด และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ลำบาก บางครั้งเกิดอาการซึมเศร้าจากการป่วยโรคจิตอย่างเรื้อรัง ไม่มีความหวังในชีวิต ก็คิดอยากตายได้ บางคนมีหูแว่วเป็นเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ก็ทำตามเสียงนั้น บางชนิดจะสับสน มีภาพหลอน เกิดตกใจวิงวอน ทำให้เกิดอุบัติเหตุเหมือนฆ่าตัวตายได้

ผู้ที่ติดเหล้าหรือสารเสพติด เกิดอาการซึมเศร้า และขาดการยับยั้งใจตัวเอง ฆ่าตัวตายด้วยความโกรธ และก้าวร้าวต่อตนเองได้

ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ จะเกิดปัญหาทางอารมณ์ได้ง่ายและอยากฆ่าตัวตายได้



ลักษณะที่บ่งว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจฆ่าตัวตาย

1. ทำในที่ห่างไกล ยากแก่การพบเห็น
2. ทำในเวลาที่ต้องการช่วยเหลือทำได้ลำบาก
3. เตรียมการเรื่องทรัพย์สิน จดหมายลาตาย
4. เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยามาสะสมไว้
5. ครุ่นคิดเรื่องการฆ่าตัวตายนานพอสมควร (นานเป็นชั่วโมงๆ ก่อนทำ)
6. ใช้วิธีการที่รุนแรง
7. ไม่เรียกร้องขอความช่วยเหลือหลังทำ

ผู้ป่วยที่อาการสาหัสอาจไม่จำเป็นต้องมีความเสี่ยงสูงเสมอไป โดยเฉพาะการรับประทานยา ซึ่งเป็นสิ่งที่ประเมินยากว่าผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่ายาตัวไหนมีอันตรายอย่างไร รับประทานแล้วถึงตายหรือไม่. แต่หากเป็นการทำโดยใช้วิธีที่รุนแรง เช่น กระโดดตึก, ยิงตัวตาย ก็ค่อนข้างแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความต้องการฆ่าตัวตายสูง



โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

Adjustment disorder ผู้ป่วยเดิมปกติดีมาก่อน เกิดความกดดันหรือปัญหา แล้วปรับตัวหรือหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ อาจเครียด วิตกกังวลหรือซึมเศร้า

Major depression อาจมีความกดดันหรือไม่ได้ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ที่มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือรู้สึกผิด เป็นต้น

Personality disorder บุคลิกภาพผิดปกติ มักพบเป็นแบบที่ผู้ป่วยสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องจากผู้อื่นอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสับสนในชีวิต

Schizophrenia มีอาการวิกลจริต เช่น หูแว่ว หลงผิดว่ามีคนปองร้าย หรืออาจมีความหลงผิดอื่น ๆ อาการเป็นมาหลายเดือน บุคลิกภาพแย่งลง

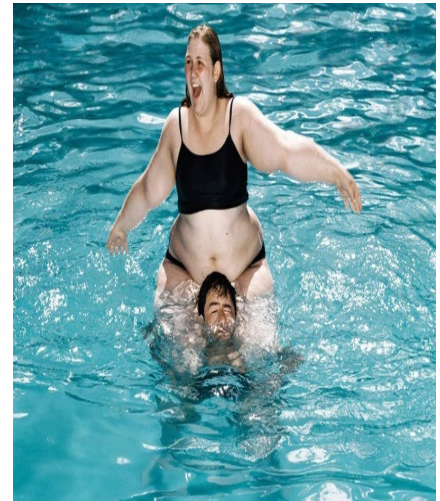


หัวข้อการประเมินผู้ป่วยที่ attempt suicide

โดยสรุปแล้วมีที่สำคัญอยู่ 3 หัวข้อ ในการประเมินผู้ป่วยแต่ ละราย คือ

1). Precipitating factors ผู้ป่วยที่ attempt suicide มี เหตุการณ์ที่กดดันต่อตนเองภายในช่วง 6 สัปดาห์ ก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย มากกว่าผู้ป่วยที่ depress อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่าง เหตุการณ์ที่กดดัน เช่น ความสูญเสียคนใกล้ชิด ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น การที่ต้องถามในเรื่องของ precipitating factor นั้น มีความสำคัญอยู่ 3 ประการ ได้แก่

1.1 precipitating factor บางอย่าง พบในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายสูง เช่น การหย่าในผู้ป่วยที่เป็นโรค พิษสุราเรื้อรัง การเข้าใจถึงปัญหาที่มากกระทบต่อ ผู้ป่วย ทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น เห็นถึง แนวคิดของผู้ป่วยต่อปัญหา และแนวการแก้ปัญหา ของเขา

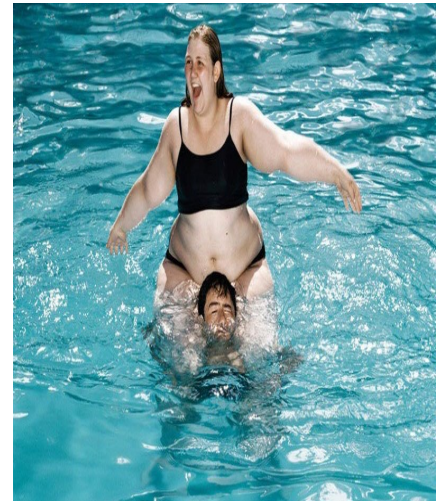


หัวข้อการประเมินผู้ป่วยที่ attempt suicide

โดยสรุปแล้วมีที่สำคัญอยู่ 3 หัวข้อ ในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย คือ

1.2). Motivation ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีได้อยากตายจริง ๆ ไปทั้งหมด โดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยรุ่นหนุ่มสาว ซึ่งโดยมากพบว่า เป็นเพราะต้องการให้สิ่งที่ตนเองกระทำส่งผลต่อผู้อื่น (เช่น เพื่อเรียกร้องความสนใจ เพื่อให้คนอื่นรู้สึกผิด ลักษณะของ motivation นี้มีผลต่อการวางแผนช่วยเหลือ ผู้ป่วยผู้ป่วยเช่นนี้ ต้องให้การช่วยเหลือโดยด่วน จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ความต้องการฆ่าตัวตาย (suicidal intent) มีได้หลายระดับ ต้องประเมินจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อนการฆ่าตัวตายด้วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่วางแผนอย่างรอบคอบ เขียนจดหมายลาตาย แอบจัดการเรื่องทรัพย์สิน ทำการขงณะไม่ผู้คนอยู่ ใกล้เคียง

1.3). ความรุนแรงของอาการทางกาย (lethality) ความรุนแรงของอาการมีผลต่อการวางแผนการรักษาทางกาย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องมีความเสี่ยงเสมอไป ควรประเมินจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายร่วมด้วย โดยเฉพาะ การกินยาซึ่งเป็นสิ่งที่ประเมินยากว่าผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่ายาตัวไหนมีอันตรายอย่างไร กินแล้วถึงตายหรือไม่ แต่ถ้าเป็นฆ่าตัวตายโดยการยิงตัวตาย กระโดดจากที่สูง ก็ค่อนข้างจะแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความต้องการฆ่าตัวตายสูง



ข้อควรปฏิบัติในการซักรั้วและตรวจ ผู้ป่วย

1. คอยระวัง ให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตา
ตลอด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาการดีแล้ว
ผู้ป่วยบางคนอาจหลบหนีออกไปขณะที่
บุคลากรทำหน้าที่อื่นอยู่
2. การซักรั้วผู้ป่วยหากเป็นไปได้
ควรทำในที่เป็นส่วนตัว เนื่องจากบาง
เรื่องผู้ป่วยไม่ต้องการให้ใครทราบ หรือ
ลำบากใจที่จะเล่าหากมีคนมาก



ข้อควรปฏิบัติในการชักประวัติและตรวจ

ผู้ป่วย

3. แสดงความเข้าใจถึงความทุกข์ใจของผู้ป่วย เห็นใจ ไม่แสดงท่าทีตัดสินถูกผิดต่อสิ่งที่เขาได้กระทำลงไป
4. เลี่ยงการถกกับผู้ป่วยถึงข้อดีข้อเสียของการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะการมีท่าทีลังเลหรือเห็นคล้อยตามไปกับผู้ป่วยว่าเขาไม่มีทางออกจริงๆ การมีความเข้าใจในผู้ป่วยเป็นสิ่งดี แต่การตัดสินใจหรือแนวทางในการช่วยเหลือนั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ควรมีท่าทีที่มั่นคง แสดงความเห็นอย่างชัดเจนว่าแม้ว่าปัญหาของผู้ป่วยดูจะยุ่งยาก แต่การตายไม่ใช่แนวทางในการแก้ปัญหา. ผู้ป่วยมักมีความคิดสองจิตสองใจ การแสดงท่าทีลังเลของแพทย์จะไปเสริมความรู้สึกไม่มั่นใจนี้



ข้อควรปฏิบัติในการซักรั้วและตรวจ

ผู้ป่วย

5. พบญาติหรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง ทั้งนี้ เพื่อจะได้ทราบถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยญาติอาจมีมุมมองต่างไปจากผู้ป่วย จากข้อมูลหลาย ๆ แห่งทำให้ประเมินปัญหาได้ตรงขึ้น. แต่ มิใช่ว่าจะเชื่อข้อมูลที่ได้ไปทั้งหมดโดยไม่พิจารณา หากญาติผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ อาจปกปิด หรือบิดเบือนข้อมูลบางส่วนได้ จะด้วยเหตุผลใดก็ตาม



แนวทางในการสัมภาษณ์

สิ่งสำคัญลำดับแรกคือการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะทางร่างกายให้พ้นภาวะฉุกเฉิน. หลังจากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วควรรหาประวัติและสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาให้ความช่วยเหลือต่อไป

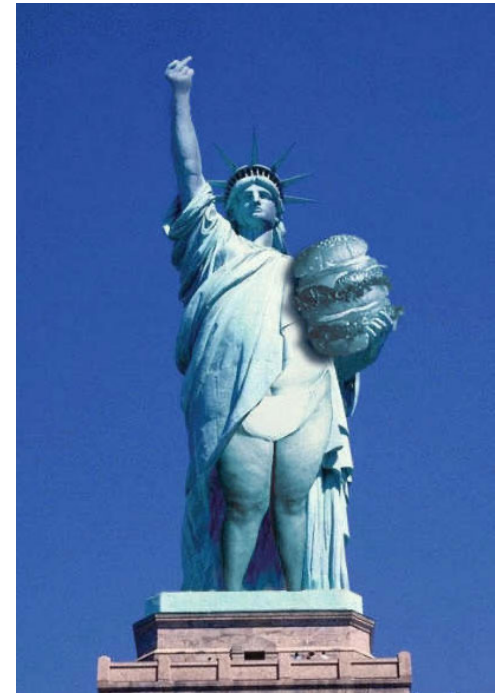
หัวข้อสำคัญในการสัมภาษณ์ ได้แก่

1. ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยมักประสบเหตุการณ์กดดันก่อนคิดฆ่าตัวตาย. ตัวอย่างเหตุการณ์ได้แก่ การสูญเสียคนใกล้ชิด ปัญหาด้านสัมพันธภาพ เป็นต้น การทราบถึงปัจจัยกระตุ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น เห็นถึงแนว้ของผู้ป่วยต่อปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่ก่อนหน้านี้ของเขา. นอกจากนี้การทราบถึงปัจจัยกระตุ้นจะทำให้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยทำได้ตรงจุดขึ้น
2. สิ่งที่ผู้ป่วยหวังผลจากการกระทำ ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวนหนึ่งทำไปเพราะหวังผลจากการกระทำ เช่น ประท้วง หรือเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์บางอย่าง เป็นต้น ผู้ป่วยดังกล่าวนี้จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอีกน้อยกว่าผู้ป่วยที่ทำเพราะรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง ฆ่าตัวตายเพราะอยากตาย. มีลักษณะช่วยบ่งหลายประการว่า



แนวทางในการสัมภาษณ์

3. อาการตลอดจนการวินิจฉัยทางจิตเวช มีการศึกษา ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่ม depressive disorders ถึงประมาณร้อยละ 75.7 การวินิจฉัยทางจิตเวชนี้ พบว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ถึงความรุนแรงของปัญหา
4. สภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะพบแพทย์ ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกว่หมดหนทางในชีวิต จะมีความเสี่ยงสูง
5. การช่วยเหลือคำจุนจากครอบครัวหรือความใกล้ชิดกับผู้อื่น ผู้ป่วยที่ญาติดูแลดี มักทำให้สถานการณ์ที่รุนแรงในช่วงก่อนหน้านั้นคลี่คลายลงได้.



แนวทางในการสัมภาษณ์

6. **ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น** การทราบความคิดของผู้ป่วยอาจทำให้พอประเมินได้ว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงสูงอยู่หรือไม่. ผู้ป่วยบางคนหลังจากผ่านเหตุการณ์มาแล้ว เกิดการเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาชีวิตของตนใหม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กระทำลงไปอย่างหุนหันพลันแล่น. ผู้ป่วยที่ยังคงมีมุมมองเหมือนเดิม หรือหมดหวัง ท้อแท้ จัดว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอีกสูง

สิ่งควรตระหนักคือ ภาวะความเสี่ยงนี้มีใช้สิ่งที่อยู่คงที่ตลอดไป ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยทำการฆ่าตัวตายนั้นเป็นจังหวะที่ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลรวมกันร่วมกับสภาพกดดันบางอย่าง จนผู้ป่วยทนอีกต่อไปไม่ได้. เมื่อได้ทำการช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ภาวะความเสี่ยงจะเปลี่ยนไปจากเดิม



ผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล



1. จากประวัติมีลักษณะตั้งใจฆ่าตัวตายสูง
2. ยังมีความคิดอยากตายอยู่
3. มีอารมณ์เศร้ามาก
4. รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดหนทาง
5. มีโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคจิต เช่น หูแว่ว
6. ปฏิเสธการช่วยเหลือ
7. อยู่คนเดียว ไม่มีผู้สามารถดูแลได้

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย บางรายดูเหมือนไม่รุนแรง แต่เมื่อประเมินจากข้อมูลโดยรวมแล้วกลับมีความเสี่ยงสูง ดังนั้นการสอบถามถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากผู้ป่วยและผู้อื่นจึงเป็นสิ่งจำเป็น. โดยเฉพาะเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและความรู้สึกที่มีขณะทำว่าเป็นอย่างไร หากยังได้คลุมเครือหรือไม่เข้าใจแน่ชัด แสดงว่าผู้ป่วยอาจปกปิดบางสิ่งไว้ ให้กลับมาสังเกตถึงท่าทีของตนเอง หากคิดว่าตนเองมีท่าทีที่เหมาะสมแล้ว แต่ก็ยังไม่ได้ข้อมูล ให้ถือไว้ก่อนว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล. อย่างไรก็ตาม เราจะบอกผู้ป่วยโดยเน้นถึงการเห็นถึงความปลอดภัยในชีวิตของเขาเป็นสำคัญ มิได้นำเอาการอยู่โรงพยาบาลมาเป็นเงื่อนไขต่อรองให้ผู้ป่วยบอกความจริงทุกอย่าง



😊😊 การปฏิบัติการพยาบาลและการให้การช่วยเหลือ



1. พยาบาลต้องป้องกันการฆ่าตัวตาย พยาบาลควรจะตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยซึมเศร้าไม่ใช่ว่าจะฆ่าตัวตายหมด มีเพียงจำนวนน้อยที่ฆ่าตัวตายก็ตาม ก็นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอยู่ดี พยาบาลจะต้องแยกผู้ป่วยจำนวนนี้ให้ได้ และให้การดูแลอย่างระมัดระวัง
2. สิ่งแวดล้อม ต้องจัดในรูปของการรักษา คือ
 - 2.1 สถานที่ต้องไม่ล่อแหลมต่อการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ควรจัดในลักษณะที่กักขังผู้ป่วย ต้องมีอิสรภาพพอสมควร เติงควรอยู่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาล ไม่อยู่ใกล้หน้าต่าง. ให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง แม้แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องน้ำจะต้องติดตามไปด้วย มีให้ส่งกลอนประตู. หากพยาบาลไม่เพียงพอควรให้ญาติอยู่ด้วยแทน โดยให้คำแนะนำแนวทางในการดูแล
 - 2.2 ของใช้ต่าง ๆ ต้องระมัดระวัง ไม่ให้ผู้ป่วยเก็บของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกร กระจก ควรระวังเรื่องยาอันตรายต่าง ๆ เช่น ยาฆ่าเชื้อโรค ยาที่จัดให้ ผู้ป่วยรับประทาน เชือก ผ้าขาวม้า ผ้าปที่นอน เข็มขัด เพราะผู้ป่วยอาจจะเอามาแขวนรัดคอได้ พยาบาลจำเป็นต้องตรวจสอบของใช้ของผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้ตัว
 - 2.3 บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทุกคน จะต้องมีความจริงใจ เอาใจใส่ โอบอ้อมอารีเป็นมิตร และ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจในปัญหา ความต้องการและพฤติกรรมของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง (security) ปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ (Trust) เพื่อว่าผู้ป่วยจะได้พูดถึงปัญหา ระบายความคับแค้นและความวิตกกังวลให้พยาบาลฟัง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี มีความเข้าใจตนเอง (Self understanding)

การปฏิบัติทางการแพทย์และการให้การช่วยเหลือ

- ต้องคอยสังเกตทั้งพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วยอย่างรอบคอบ แต่ต้องคอยระวังท่าทีของพยาบาลที่คอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแล้วมีอาการดีขึ้นทันทีทันใด พยาบาลจะต้อง สังเกตอย่างใกล้ชิด เพราะอาจเป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้หาทางออกให้กับความทุกข์ของเขาได้แล้ว โดยการฆ่าตัวตาย ซึ่งเขาได้วางแผนไว้แล้ว
 - การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่จะฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักไม่พร้อมที่จะเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มใหญ่ แต่อาจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเล็กบางประเภทได้ พยาบาลจะต้องเข้าใจและเลือกกิจกรรม ที่เหมาะสมให้ ต้องช่วยกระตุ้นและคอยให้กำลังใจ อาจให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมง่าย ๆ การเข้ากลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวเองได้มาก มองเห็น ปัญหาชีวิตของคนอื่น ๆ ได้กว้างขวางขึ้น
 - ถ้าจำเป็นควรรับผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายไว้รักษาในโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลโดยใกล้ชิด ให้ญาติมาเยี่ยมเป็นประจำ เพื่อไม่ให้รู้สึกว้าเหว่ตนเองถูกทอดทิ้ง
7. เมื่อพบผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลฝ่ายกาย ในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการส่งต่อ (refer) ไปพบจิตแพทย์หรือผู้มีหน้าที่ช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อร่วมมือกันแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย
 8. การวิเคราะห์พฤติกรรม ข้อมูลที่บันทึกไว้ในรายงานควรได้รับการวิเคราะห์ทุกระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยขณะนั้น

เป้าหมายในการพยาบาล

เป้าหมายที่ 1 : ผู้ป่วยไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

1. ประเมินความเสี่ยงและวางแผนการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายทุกเวอร์ จากคำพูด ท่าทาง การกระทำ ความคิด ความรู้สึกและสถานการณ์แวดล้อม
2. ชี้แจงแผนแก่บุคลากรในทีมการพยาบาลเพื่อให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการปรับแผนให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย
3. จำกัดบริเวณหรือผูกมัดได้เมื่อมีความจำเป็น มีคำเตือน “ระวังผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง” ติดไว้หน้ารายงาน และ KARDEX
4. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรตลอด 24 ชั่วโมง
5. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย
 - 5.1 จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอและอากาศถ่ายเทได้ดี
 - 5.2 จัดเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตาย เช่น
 - ของมีคมทุกชนิด
 - อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นสาย
 - ของที่แตกหักหรือของแข็งที่อาจใช้เป็นอาวุธ
 - ยา น้ำยาเคมี ฯลฯ
 - 5.3 จัดอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นและทำจากพลาสติก เช่น แก้วหรือ
6. รายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับส่งเวรทุกเวอร์
7. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา



บรรณานุกรม

- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร. (2534). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สุวิชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์.(2548).จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3) .พิษณุโลก : รัตนสุวรรณ 3.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- อรพรรณ ลือบุญอวัชชัย. (2545) . การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: หจก.วี.เจ.พริ้นติ้ง.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2) . กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- Aguilera D.C., and Messick J.M. (1982). Crisis Intervention theory and methodology. Missouri. The C.V. Mosby Company.
- Beck, L.A. et al. (2001) . Mental Health Psychiatric Nursing. A Holistic Life—Cycle approach. Toronto : The .V. Mosby Comp.
- Cunningham J.M.: Crisis Intervention, In: McFarland G.K., and Thomas M.D., eds.(1991). Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Proces. Pennsylvania, Philadelphia, J.B.Lippincott Company.: 759-765.
- Kaplan, H.I. & Saock, B.J (2002) . Synopsis of Psychiatric Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. (8 th ed). Maryland :William & Wikins.
- Rawlins,WB. (1993). Mental Health psychiatric Nursing A holistic Life cycle approach. Philadelphia:F.A.Davis.
- Sechultz, J.M. and Dark, S.L. (1982). Manual of Psychiatric Nursing Care Plans. Boston : Little Bruwnand.
- Staurt, G.W. & Larsia, M.T. (1998). Principle and Practice of Psychiatric Nursing .(6thed) . St.louis : Mosby Comp.
- Varcorolis, E.W. (1998). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. (3th ed). Philadelphia : W.B. Saunders Comp.

