



คู่มือปฏิบัติงานเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย
โรคอารมณ์สองขั้ว

ของ

นางวราพร ศรีภิรมย์

สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นหลัก ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหรือมีความบกพร่องในการควบคุมดูแลตนเองและการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ หลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นและอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ และมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากการเป็นกรรักษาอันดับแรกเพื่อควบคุมอาการและลดการกลับเป็นซ้ำ และยังมีบทบาทในการให้ความรู้ การฝึกทักษะเพื่อเสริมพลังการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเล่มนี้ ผู้จัดทำได้ค้นคว้าและรวบรวมความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว การพยาบาลและการป้องกันอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งกรณีศึกษาซึ่งครอบคลุมในระหว่างการเจ็บป่วย ระบุปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความสำเร็จของคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น ด้วยความกรุณาของนางสาว อุบล หุ่นแก้วชมภู พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรภัทร รัตอาภา อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และนางสาวรพีพรรณ วัจนลพงษ์ พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาคู่มือการพยาบาลดังกล่าว ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

วราพร ศรีภิรมย์
กุมภาพันธ์ 2565

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ค
สารบัญรูป	ง
บทที่	
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของคู่มือ	3
คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	4
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	9
โครงสร้างงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์	10
โครงสร้างหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์	11
บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษา	
ความหมายของโรคอารมณ์สองขั้ว	12
ระบาดวิทยาของโรคอารมณ์สองขั้ว	12
สาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว	13
อาการและอาการแสดงของโรคอารมณ์สองขั้ว	16
การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว	17
การรักษาและการบำบัดโรคอารมณ์สองขั้ว	20
ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	29

บทที่ 4 หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและกรณีศึกษา

หลักการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	34
การประเมินจิตสังคม	44
การประเมินสภาพจิต	45
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะอารมณ์เศร้าในบริบทผู้ป่วยนอก	53
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะอารมณ์คลุ้มคลั่งในบริบทผู้ป่วยนอก	67
กรณีศึกษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	90

บทที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้คู่มือ

ปัญหาและแนวทางแก้ไข	149
---------------------	-----

บรรณานุกรม	154
-------------------	-----

ภาคผนวก

แผ่นประเมินสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบ AAA (Alarm Alert Aware)

แบบประเมิน Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์

Flow การดำเนินการในหน่วยตรวจโรคจิตเวช

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางแสดงคำถามประเมินเนื้อหาความคิด	47
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะอาการเส้ร่าในบริบทผู้ป่วยนอก	54
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะอาการคลื่นคลั่งในบริบทผู้ป่วยนอก	68
ตารางแสดงกิจกรรมในการจัดการรายกรณี (Case Management)	106
ตารางที่ 1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 1	108
ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 2	114
ตารางที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 3	117
ตารางที่ 4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 4	120
การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณี	121
การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลแก่ญาติ โดยผู้จัดการรายกรณี	129

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1 ปัจจัยการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว	13
รูปที่ 2 ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ	15
รูปที่ 3 แผนผังครอบครัวผู้ป่วย	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอาการเด่น 2 แบบ คือ อารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) สลับกับอารมณ์ซึมเศร้า (depression) ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือทั้งสองอาการร่วมกัน (ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิตีทธิภิญโญและสุรพล วีระศรี, 2563) ในช่วงระยะอารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีคึกคักครื้นเครง พุดมาก พุดเร็ว มีความคิดอยากทำอะไรหลายอย่าง ขาดความยับยั้งชั่งใจจนนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวได้ ส่วนในช่วงที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (depression) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามาก รู้สึกเบื่อหน่ายสิ่งแวดล้อมรอบข้าง รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า และมีความคิดทำร้ายตัวเอง หากรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (Boland, Verduin, & Ruiz, 2021)

ปัจจุบันแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วเพิ่มสูงขึ้น พบความชุกตลอดชีพและความชุก 1 ปีของโรคอารมณ์สองขั้วที่ประมาณร้อยละ 2.4 และ 1.5 ตามลำดับของประชากรโลก (Carvalho, Firth & Vieta, 2020) องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วถึง 60 ล้านคน และจัดผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับ 6 (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทย จากรายงานการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต และคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งสิ้น 32,502 คน จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 712,359 คน คิดเป็นร้อยละ 4.56 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สำหรับโรงพยาบาลศิริราช ปี 2561 -2563 มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มารับบริการในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1099, 1,067, 1,183, 1304, และ 1337 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจัดอันดับ ตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ตาม 5 อันดับโรคแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการสูงสุด คือ 1. Depressive episode 2. Other anxiety disorders 3. Bipolar affective disorder 4. Persistent mood (affective) disorders และ 5. Schizophrenia พบว่าโรคอารมณ์สองขั้วจัดอยู่ในลำดับที่ 2 และ 3 ของ 5 อันดับแรกของโรคทางจิตเวชใน 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นคิดเป็น 17% จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว (รายงานสถิติบริการประจำปี ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2567)

โรคอารมณ์สองขั้วมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง พบมีการกำเริบของโรคได้บ่อยครั้ง และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำภายใน 5 ปีถึงร้อยละ 59.7 (Pinto et al., 2020) โดยอาการกำเริบที่รุนแรง ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเกิดความเสียหายขึ้นต่อผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้งจึงต้องกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาล (กมลเนตร วรรณเสวก, 2558) อีกทั้งยังเป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือทางด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย ทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ความสูญเสียและผลกระทบของโรคจึงมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและระบบเศรษฐกิจ (Rowland & Marwaha, 2018) ปัจจุบันการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วนั้นมีหลายวิธี จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ การรักษาด้วยยากลุ่ม mood stabilizer การรักษาด้วยจิตบำบัด (psychosocial therapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2560) ซึ่งการรักษาจำเป็นต้องได้รับอย่างต่อเนื่องระยะยาว เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ การจัดการปัญหาของตนเอง และความสามารถสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดอาการกำเริบขึ้น เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการป่วยซ้ำหรือลดความรุนแรงของโรคลงได้

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้เห็นอาการและอาการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกระยะของโรค คือ ไม่ว่าจะเป็นช่วงอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากเกินปกติ (mania หรือ hypomania) การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจึงจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาลในการให้ความรู้เรื่องโรค การรับประทานยา การจัดการปัญหาของตนเอง การจัดสภาพแวดล้อม การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ เพื่อการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและครอบคลุมสภาพปัญหา หาสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการและอาการกลับเป็นซ้ำได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติในสังคม ผู้เขียนจึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วฉบับนี้เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค อาการ และอาการแสดง การรักษาและการบำบัด และหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว
2. เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีคู่มือการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในระยะคลุ้มคลั่ง ระยะซึมเศร้า ในบริบทสำหรับผู้ป่วยนอก

คำจำกัดความเบื้องต้น/นิยามศัพท์

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด อารมณ์ที่ผิดปกติมีสองชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้า (depression) และอารมณ์คลุ้มคลั่ง (mania) อารมณ์ที่ผิดปกติส่งผลให้การคิด พฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและหน้าที่การทำงานผิดปกติตามไปด้วย (กมลเนตร วรรณเสวก, 2558)

บทที่ 2

บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ

หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ ให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วย 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัญหาเกี่ยวข้องกับการเรียน อายุ 5-18 ปี ที่ตีความมินทราพิตร 84 พรรษา ชั้น 15 และผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ตีผู้ป่วยนอกชั้น 7 โดยให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาด้านจิตเวชและสุขภาพจิตแบบองค์รวม ครอบคลุม ด้วยการใช้ร่วมกับการบำบัดทางจิตและสังคมแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำปรึกษาและข้อมูลเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและพึงพอใจ สามารถควบคุมอาการทางจิต ดำรงชีวิตกับครอบครัวและสังคมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้คำแนะนำครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยทั้งจากทางโรคทางกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมทั้งการสร้างเสริมพฤติกรรมให้มีสุขภาพจิตที่ดี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทางด้านจิตเวชในวันและเวลาราชการ กลุ่มโรค 5 อันดับที่สำคัญที่ผู้มารับบริการสูงสุด คือ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจเบื้องต้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำ ปรึกษา รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลรักษา

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. คัดกรอง ประเมิน สังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงดูแลคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วย (screening & triage) โดยประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนเข้าพบแพทย์ ซึ่งมีการประเมินอาการและอาการแสดง (clinical symptom) และประเมินสัญญาณชีพ (vital sign) โดยใช้แบบประเมินคัดกรองของหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์

2. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยประเมินอาการและอาการแสดง สอบถามความคิดการฆ่าตัวตายและสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และหากพบว่ามี

ความคิดฆ่าตัวตาย ใช้แบบประเมิน M.I.N.I suicidality ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เพื่อ
จำแนกประเภทผู้ป่วยรอได้ เร่งด่วน นุกเงิน ตรวจสอบอาวุธหรืออุปกรณ์ที่จะสามารถทำร้ายตนเอง
ได้ พร้อมทั้งให้การพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. คัดกรองผู้ป่วยที่มีประวัติการทำร้ายตนเอง (self-harm) โดยประเมินอาการและอาการ
แสดง สอบถามประวัติการทำร้ายตนเองและสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อพบผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ใช้
แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองเพื่อประเมินความเสี่ยง จำแนกประเภทผู้ป่วยรอได้ เร่งด่วน นุกเงิน
ตรวจสอบอาวุธหรืออุปกรณ์ที่จะสามารถทำร้ายตนเองได้ พร้อมให้คำแนะนำตามแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองในแผนกจิตเวช clinical tracer plus for self-harm

4. คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะนุกเงินเร่งด่วนทางจิตเวช เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดัง
โวยวาย ทำทีคุกคาม มีประวัติทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีอาการทางจิต หูแว่ว ภาพหลอน หลงผิด
รุนแรง โดยประเมินอาการและอาการแสดง สอบถามประวัติการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและสังเกต
อาการผิดปกติ ประเมินเป็นผู้ป่วยนุกเงินแยกผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด
พร้อมแจ้งแพทย์และทีมการรักษา

5. ดูแลความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการรับบริการ

6. ให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรวจสอบคำสั่งการรักษากับใบสั่งยาให้ถูกต้อง
ครบถ้วน ทำหัตถการ ได้แก่ เจาะเลือด ฉีดยา ตามคำสั่งรักษาของแพทย์ และเตรียมความพร้อม
ผู้ป่วยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินขั้นตอนการนอนโรงพยาบาล (admit) และกรณี
ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น (refer)

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามแผนการรักษาของแพทย์
ประสานงานบริการดูแลรักษาแบบองค์รวมกับทีมสหสาขา เพื่อให้การตรวจและส่งปรึกษาให้
ครบถ้วน รวมทั้งติดตามผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม
และรวดเร็ว

8. ให้การพยาบาล ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติดังนี้

8.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะนุกเงินเร่งด่วนทางจิตเวช ป้องกันความเสี่ยงในการ
ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและการทำลายข้าวของ ดูแลสงบอาการผู้ป่วยตามคำสั่งการรักษา ดังนี้

8.1.1 ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดังโวยวาย ทำที
คุกคาม มีประวัติทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีอาการทางจิต หูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดรุนแรง ดูแล
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับความรุนแรง แยกผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการหรือมุมที่สงบ แจ้งทีม
เฝ้าระวังอาการ กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมตามทีมรักษาความปลอดภัย (รปภ.) เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่าง

ใกล้ชิด ป้องกันความเสี่ยงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น แยกผู้ป่วยรายอื่นๆ และจัดสิ่งแวดล้อม เคลื่อนย้ายสิ่งของที่อาจเป็นอาวุธออกจากบริเวณนั้น

8.1.2 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

- จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ

- ตรวจสอบอาวุธหรืออุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจจะนำมาใช้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

หากพบให้นำออกห่างจากผู้ป่วย พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

- จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือ หรืออาวุธในการทำร้ายตนเอง เช่น ขงมีคมทุกชนิด ของแตกหัก หรือของแข็งที่อาจใช้เป็นอาวุธ น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น

8.1.3 รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที ปฏิบัติตามแผนการรักษา chemical/physical restraint หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือ แจ้ง Code Violence (V) for Safety: ขอทีมรักษาความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วยพฤติกรรมเสี่ยงอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น

8.1.4 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินความเสี่ยงเป็นระยะ ป้องกันอุบัติเหตุและการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น

8.1.5 จำกัดพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือสภาพการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลถึงการจำกัดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ

8.1.6 ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับลักษณะ พฤติกรรม อาการ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา

8.1.7 ดูแลบริหารยาตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

8.1.8 ร่วมกันค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการ/พฤติกรรมที่รุนแรง พร้อมทั้งผลกระทบจากพฤติกรรมที่รุนแรง และร่วมกันหาวิธีจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบมากขึ้น

8.2 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม โดยประเมินคัดกรองตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มสำหรับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (Fall Prevention in Adult) โดยประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ร่นั่ง/เปลนอน/สูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีประวัติช้ำที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ ดูแลให้ร่นั่งมีพนักแขนกันลื่นจนสิ้นสุดการรักษา ตรวจสอบเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง และแนะนำญาติให้เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

8.3 ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และสอนสุขศึกษา ดังนี้

8.3.1 ให้ความรู้สุขศึกษาผู้ป่วยใหม่ ในเรื่องการรักษา การดูแลตนเอง การรับประทานยา และอาการผิดปกติที่ควรมาก่อนนัด

8.3.2 ให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายใน Clinical Tracer Plus for Major Depressive Disorder (MDD) (การตาม-รอยขบวนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) ด้วยโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการรับประทานยาพร้อมผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ครั้งที่ 2 การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) หลังพบแพทย์ 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามการรับประทานยาและการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 3 ให้คำแนะนำการสังเกตอาการเตือนเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบและเน้นย้ำให้เกิดความตระหนักในการรับประทานยาและการมาติดตามนัดเพื่อเพิ่มโอกาสในการพ้นหายจากโรคในสัปดาห์ที่ 8

8.3.3 ให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยทำร้ายตนเองเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตนเอง (Self-Harm)

8.3.4 ให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มอาการทางจิต (psychotic) ที่ได้รับยาต้านโรคจิตแบบฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะยาว Long Acting ได้แก่ Fluphenazine decanoate, Haloperidol decanoate, Fluanxol depot, Invega sustenna และ Abilify naintena ดูแลติดตามให้ได้รับการฉีดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

8.3.5 ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติที่ต้องการคำปรึกษาหรือพบปัญหาในการปฏิบัติตัว

9. ให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ และประสานงานกับแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง

10. ให้บริการพบแพทย์ออนไลน์ (Telemedicine) โดยตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และดำเนินการติดต่อผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อม

11. รวบรวมสถิติผู้ป่วยทั้งในเรื่องการติดตามการรักษาและผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยในคลินิกสุขภาพอารมณ์ Mood clinic Clinical tracer plus for Major Depressive Disorder (MDD) และ Clinical tracer for Self-Harm และติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด ค้นหาสาเหตุและติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยมารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง

12. ให้คำแนะนำการปฏิบัติกรพยาบาลตลอดจนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่บุคลากรรองลงมาและผู้มาศึกษาดูงาน บริหารจัดการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าในระบบการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาคณะอื่น และบริหารจัดการคัดกรองผู้ป่วยให้เข้าในระบบการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์

13. ดูแลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงาน และ ยึดหลัก universal precaution technique ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

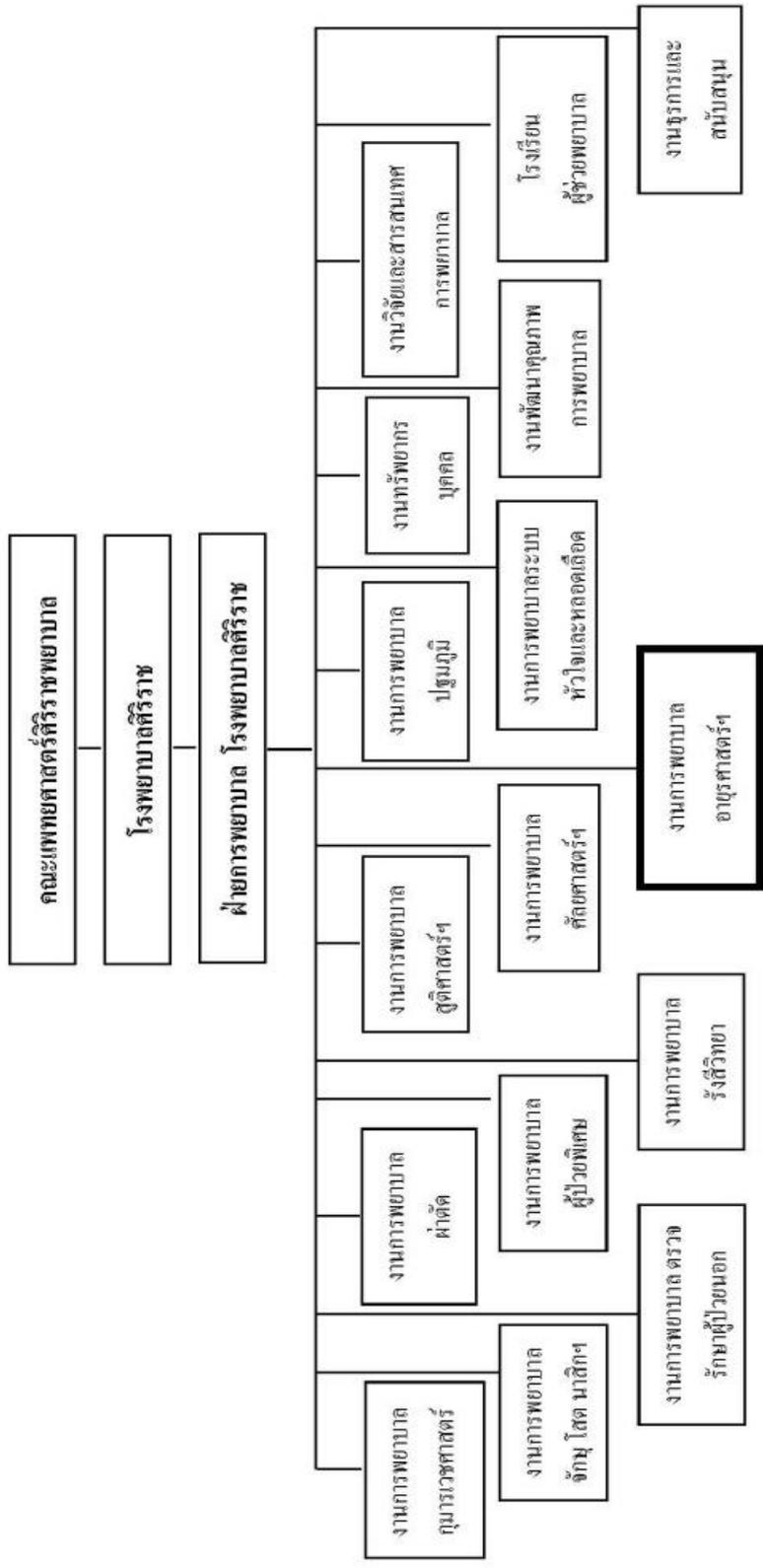
14. ตรวจสอบพร้อมทั้งจัดเตรียมยา อุปกรณ์และรถช่วยฟื้นคืนชีพ emergency cart ให้พร้อมใช้งาน

15. จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือตรวจพิเศษให้เพียงพอและพร้อมใช้ รวมถึงสำรวจความต้องการใช้งาน การดูแลและบำรุงรักษา การดำเนินการเพื่อซ่อมแซมเครื่องมือและครุภัณฑ์ต่างๆ

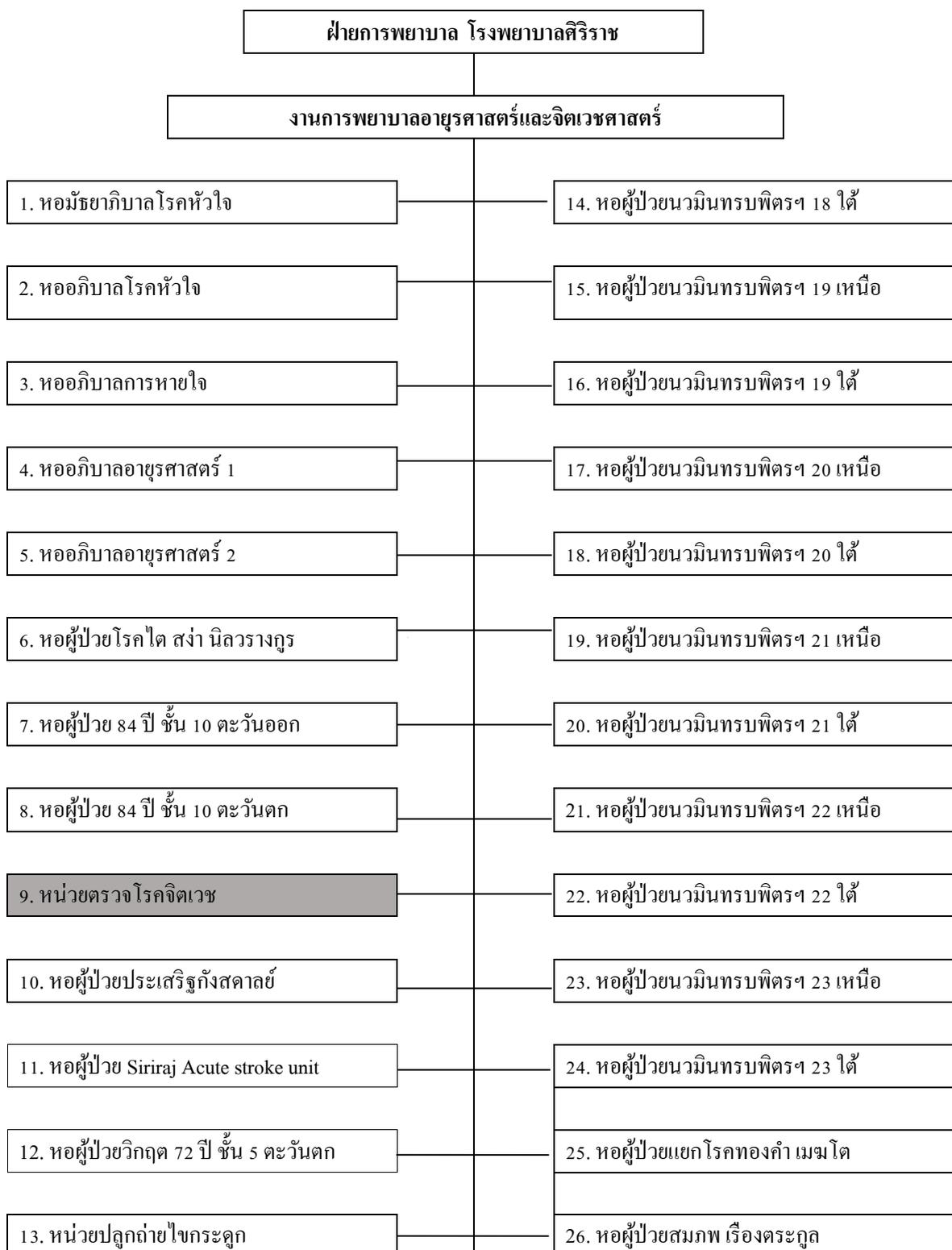
16. รับผิดชอบดูแลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ให้บริการให้สะอาดถูกสุขลักษณะปลอดภัย ให้อำนวย ในการปฏิบัติงานสำหรับผู้มาใช้บริการและบุคลากรในทีมสุขภาพ

17. เข้าร่วมประชุมความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและร่วมประชุมคลินิกเฉพาะ โรค Mood clinic, Clinical tracer plus for MDD และ Clinical tracer for self-harm ในระดับภาควิชาและหน่วยงานเพื่อการดำเนินงานในคลินิกและแนวทางในการปฏิบัติ

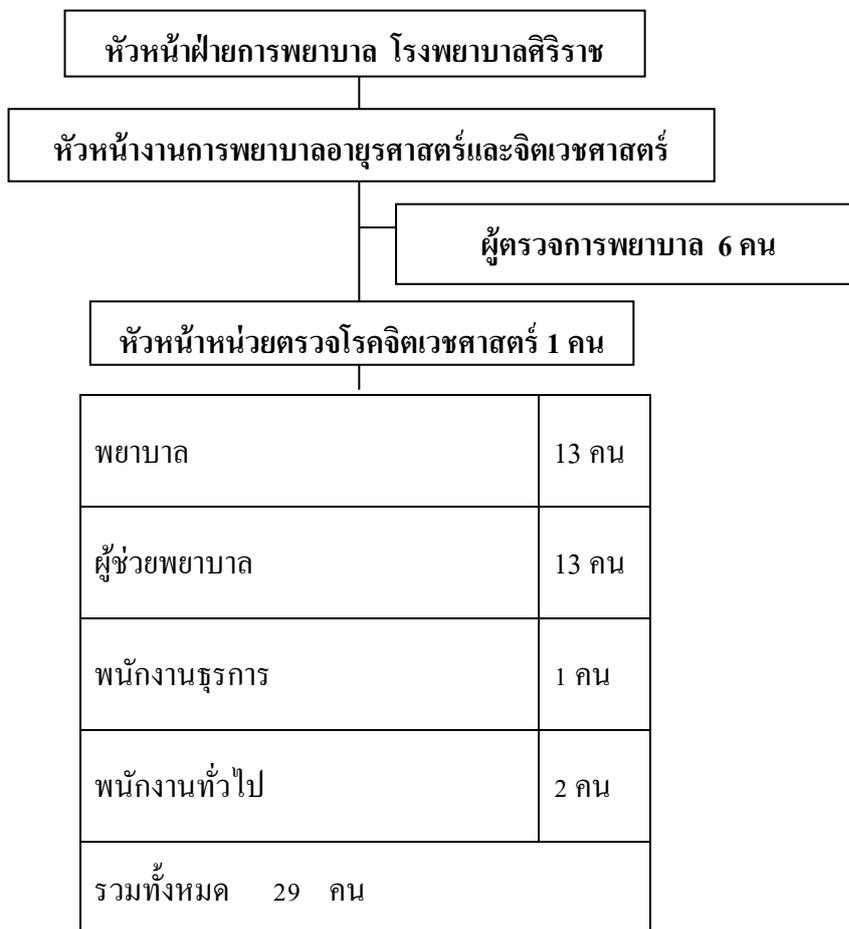
โครงสร้างการบริหารจัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



โครงสร้างงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์



โครงสร้างหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์



บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษา

ความหมายของโรคอารมณ์สองขั้ว

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของอารมณ์ (mood disorder) เป็นอาการสำคัญ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน 2 แบบ แบบที่ 1 มีลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมแบบซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้ อายตาย แบบที่สองมีลักษณะคึกคักพลุ่งพล่านหรือมีอารมณ์ดีมากผิดปกติ พุดมาก ซึ่งเรียกว่าแมเนีย (mania) และอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มากจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ หรือรู้สึกเป็นทุกข์ ส่งผลต่อความคิดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน รวมทั้งความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือยาที่เป็นสาเหตุอาการดังกล่าว (ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศรินภา อภิสัทธีภิญโญและสุรพล วีระศรี, 2563) ปัจจุบันมีการแบ่งชนิดของโรคอารมณ์สองขั้วออกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่ โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 (bipolar I disorder) โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 2 (bipolar II disorder) โรคอารมณ์สองขั้วชนิดอ่อน (cyclothymic disorder) โรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือยา (substance/ medication- induced bipolar and related disorders) โรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากภาวะของโรคทางกายอื่นๆ (bipolar and related disorders due to another medical condition) และโรคอารมณ์สองขั้วชนิดอื่นๆ (other specified bipolar and related disorders) ส่วนชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ 1) โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 (bipolar I disorder) การมีอาการของภาวะ Mania ที่ชัดเจนและมักจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 2) โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 2 (bipolar II disorder) ผู้ป่วยมีอาการ Hypomania (อาการ Mania ที่น้อยกว่า) และภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยและ 3) โรคอารมณ์สองขั้วชนิดอ่อน (cyclothymic disorder) ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอาการ Hypomania และภาวะซึมเศร้าในระยะยาวติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี

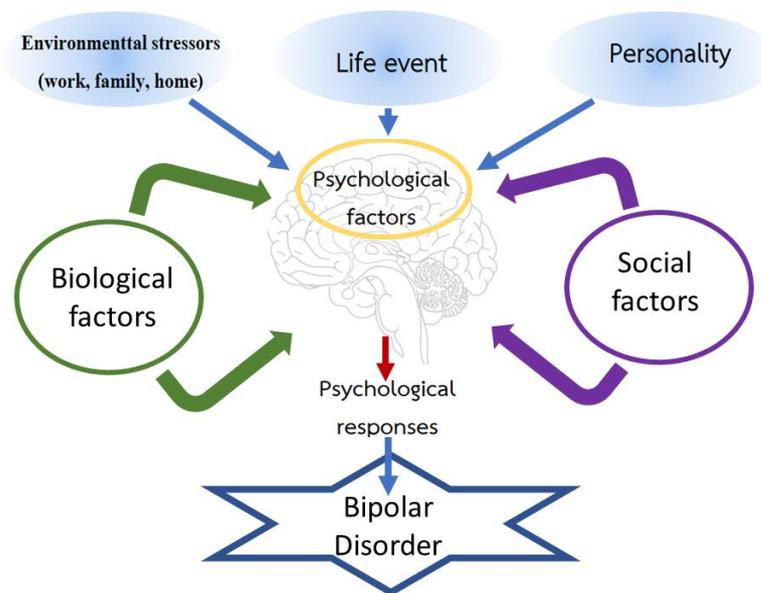
ระบาดวิทยาของโรคอารมณ์สองขั้ว

จากการสำรวจความชุกของโรคอารมณ์สองขั้วพบความชุกตลอดช่วงชีวิตและ 12 เดือนของโรคอารมณ์สองขั้วที่ประมาณร้อยละ 2.4 และ 1.5 ตามลำดับของประชากรโลก โดยอัตราส่วนความชุกตลอดชีวิตของเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 1.1:1 (Carvalho, Firth & Vieta, 2020) ในต่างประเทศ พบความชุกตลอดชีพของโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 ร้อยละ 52.9-79.0 โรคอารมณ์

สองขั้วชนิดที่ 2 ร้อยละ 17.0-36.4 โรคอารมณ์สองขั้วชนิดอื่นๆ ร้อยละ 4.0-10.7 (Correard et al., 2017) และ โรคอารมณ์สองขั้วชนิดอ่อน (cyclothymic disorder) ร้อยละ 0.4 – 1.0 (Bressert, 2018) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาอัตราความชุกของโรคอารมณ์สองขั้วในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกตลอดชีพของโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 และ 2 จำนวน 21,950 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 0.3 (สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, คุชฎี อุดมอิทธิพงศ์ และวัฒนภรณ์ พิบูล อาลักษณ์, 2559)

สาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว

สาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วนั้น ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีสาเหตุดังนี้ คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยด้านสังคม (social factors) ดังแสดงในรูปที่ 1



วาดโดย
นาง อรภาพ ศรีภิรมย์

รูปที่ 1 ปัจจัยการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว

ที่มา : วาดโดย นางอรภาพ ศรีภิรมย์

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors)

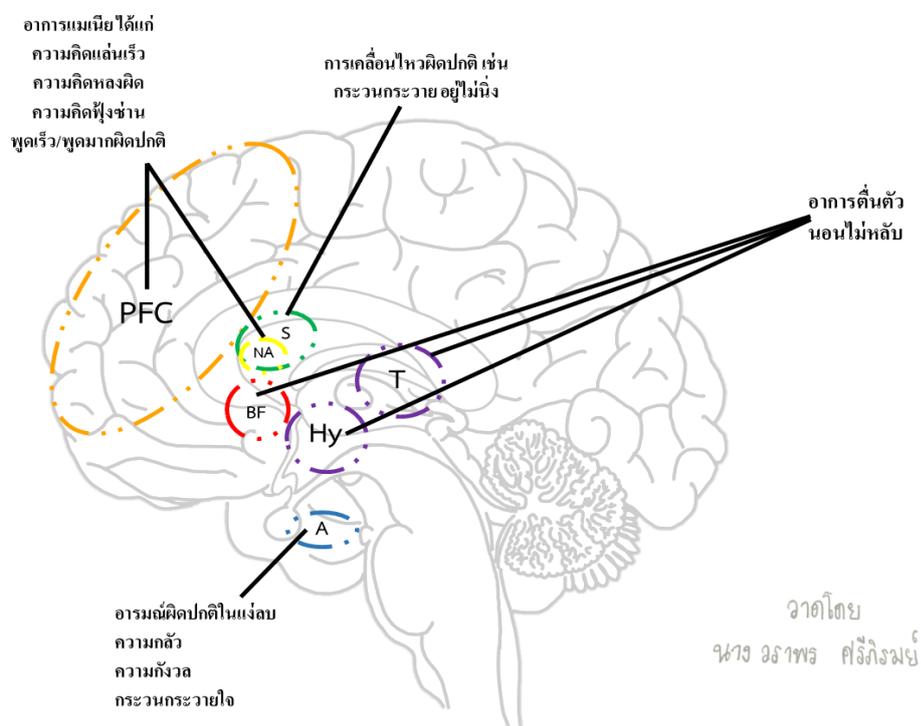
1.1 พันธุกรรม (genetics) จากการศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรมในครอบครัว และฝาแฝด พบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว มากกว่าฝาแฝดไข่คนละใบ (dizygotic twins) โดยพบอัตราการเกิดโรคในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน ร้อยละ 33 – 90 และฝาแฝดไข่คนละใบร้อยละ 14 และจากการศึกษาในครอบครัว พบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่หรือพี่น้องที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้วมีโอกาสเป็นโรคมกกว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ไม่เป็นโรคถึง 4 – 6 เท่า (Bowden, Mintz, & Tohen, 2016) และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ชนิดที่ 1 มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ ของปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีผลกระทบต่อ การเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งเป็นความซับซ้อนทาง พันธุกรรมและฟีโนไทป์ของยีน (Carvalho, Firth & Vieta, 2020)

1.2 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) โดยเฉพาะระบบ โมโนเอมีน (monoaminergic system) ที่สัมพันธ์กับการเกิด ความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ การตื่นตัว ความอยากอาหาร โดปามีน (dopamine) จะทำหน้าที่เกี่ยวกับแรงขับ การรู้สึกว่ามีความสุข เพศ รวมถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิด ความเพลิดเพลิน และซีโรโตนิน (serotonin) จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการแสดงสีหน้าท่าทาง การนอน หลับ ความอยากอาหาร การควบคุมตนเอง โดยในช่วงระยะซึมเศร้า (major depressive episode) จะ พบว่าสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) ซีโรโตนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) ลดต่ำลง ส่วนระยะแมนี (manic episode) จะพบว่าสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) สูงขึ้น สำหรับสารสื่อประสาทซีโรโตนิน (serotonin) นั้น จะต่ำลงในทั้ง 2 ระยะ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของสารสื่อประสาทอื่นๆ ด้วย เช่น กลูตามัท (glutamate) และกาบา (GABA) ซึ่งพบว่าหากค่าต่ำลงจะทำให้มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าได้ (Boland, Verduin, & Ruiz, 2021)

1.3 ความผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine dysregulation) พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความผิดปกติของ hypothalamic pituitary adrenal axis: HPA axis โดยมีระดับคอร์ติซอล (cortisol level) สูงขึ้นในช่วงที่มีอาการซึมเศร้าและอาการแมนี (Aas et al., 2016)

1.4 ความผิดปกติสรีรวิทยาของระบบสมอง พบความผิดปกติของโครงสร้างและ การทำงานของสมองในส่วนต่างๆ ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรค ดังนี้ Prefrontal cortex (PFC), Nucleus accumbens (NA) ที่ผิดปกติส่งผลต่อการเกิดอาการแมนี ได้แก่ ความคิดแล่นเร็ว ความคิด หลงผิด ความคิดฟุ้งซ่าน พุดเร็วและพุดมากผิดปกติ ในส่วน Basal forebrain (BF) Thalamus (T)

และ Hypothalamus (Hy) ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลับตื่น หากผิดปกติจะส่งผลต่ออาการตื่นตัว นอนไม่หลับ Striaum (S) มีส่วนสัมพันธ์ต่อการเคลื่อนไหว มักพบการเกิดพยาธิสภาพขึ้นส่งผลต่อการเคลื่อนไหว ทำทางที่ผิดปกติ เช่น กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง และ Amygdala (A) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ในแง่ลบ ความกลัว ความกังวล กระวนกระวายใจ หากผิดปกติจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หงุดหงิด (Stahl, 2021) ดังแสดงในรูปที่ 2



- PFC - Pre-frontal cortex
- NAc - Nucleus accumbens
- S - Somatosensory corticed
- A - Amygdala
- Hy - Hypothalamus
- T - Thalamus
- BF - Basal forebrain

รูปที่ 2 ความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ

ที่มา : วาดโดย นางสาวอรภาพ ศรีภิรมย์

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors)

ปัจจัยทางจิตใจที่อธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มี

ดังนี้

- **เหตุการณ์ชีวิต (life event)** พบว่าผู้ป่วยที่มีแนวโน้มอารมณ์ผิดปกติ เหตุการณ์ของชีวิตอาจเป็นปัจจัยกระตุ้น (precipitants) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสีย การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตมีผลต่อความผิดปกติของอารมณ์ ทำให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้า (Sato, Hashimoto, Kimura, Niitsu, & Iyo, 2018)

- **บุคลิกภาพก่อนการเกิดโรค (premorbid personality)** บุคลิกภาพชนิด ย้ำคิดย้ำทำ (obsessive – compulsive) ยึดติดกับบรรทัดฐานทางสังคม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น อารมณ์เศร้า และบุคลิกภาพแบบการแสดงออกเกินจริง (histrionic) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด อาการแมเนียขึ้น เป็นต้น (Sparding, Palsson, Joas, Hansen, & Landen, 2017)

- **ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory)** ในระยะ Oral sadistic ของ พัฒนาการบุคลิกภาพ ทารกจะหลงรักตนเองที่เรียกว่า infantile narcissism ดังนั้นถ้ามีเหตุการณ์ที่ทำให้ทารกเกิดความผิดหวัง ทารกจะเกิดบาดแผลทางใจที่เรียกว่า infantile trauma และเกิดอารมณ์ เศร้าเป็นครั้งแรกของชีวิต ผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง มักจะจินตนาการว่าตนเองเป็นคนเดียวกับคนที่ เก่งมาก ๆ จินตนาการแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีอำนาจมีความสามารถทุกด้าน (omnipotent) และตนเองมีความสามารถพิเศษ และยังใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (denial) อย่างมาก และพบว่าอาการเกิดอาการแมเนีย (manic episode) เป็นกลไกป้องกันตนเองที่บุคคลใช้เพื่อเผชิญกับ ภาวะซึมเศร้า (depressive episode) เนื่องจากบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธหรือกลบเกลื่อนความเศร้า นั้นด้วยการแสดงท่าทางโกรธหรือคลุ้มคลั่ง (Ventimiglia, 2018)

3. ปัจจัยด้านสังคม (social factors) พบว่า ความสัมพันธ์ของครอบครัว สถานภาพทาง สังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาหน้าที่การงานและอาชีพ และการขาดการสนับสนุนทางสังคมล้วนเป็น ปัจจัยกระตุ้น ทำให้เกิดอาการแมเนียและอาการ ซึมเศร้า (Davarinejad, Hosseinpour, Majd, Golmohammadi, & Radmehr, 2020) จากการสูญเสียสัมพันธ์ภาพทางสังคม ขาดเพื่อน ได้รับความ รังเกียจจากสังคม เผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ถูกทอดทิ้ง ตกงาน และผู้ที่มีฐานะยากจน การ ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต (Rowland & Marwaha, 2018)

อาการและอาการแสดงของโรคอารมณ์สองขั้ว

ผู้ป่วยจะมีอาการของระยะแมเนีย (manic episode) หรือระยะไฮโปแมเนีย (hypomanic episode) สลับกับระยะซึมเศร้า (major depressive episode) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่มีเพียงอาการระยะแมเนีย (manic episode) เท่านั้น โดยไม่มีระยะซึมเศร้า (major depressive episode) ซึ่งอาการในระยะแมเนีย (manic episode) แบ่งได้เป็น 3 ด้าน

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมากอารมณ์ดีมีอารมณ์ขัน ก็กคะนอง มีการแสดงออกทางอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจไม่คำนึงถึงกฎเกณฑ์ของสังคม หรือผู้อื่น หากถูกขัดขวางหรือห้ามปรามจะหงุดหงิดฉุนเฉียว เกรี้ยวกราดได้ง่าย (ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิสัทธ์ภิญโญและสุรพล วีระศิริ, 2563)

2. ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์มีโครงการทำกิจกรรมต่างๆ มากมายเกินตัวเชื่อมั่นในตนเองมาก ในขณะที่การตัดสินใจมักไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุผล ไม่รับฟังผู้อื่น ความคิดแล่นเร็วเปลี่ยนแปลงได้ง่าย บางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย โดยเนื้อหาของเรื่องมักเกี่ยวข้องกับอำนาจวิเศษ ศาสนา เป็นต้น (ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิสัทธ์ภิญโญและสุรพล วีระศิริ, 2563)

3. ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะรู้สึกหึกคัก มีพลังมาก ขยันมากกว่าปกติแต่ผลงานไม่ค่อยดี ความต้องการการนอนลดลง ชอบพูดคุยกับผู้อื่นแม้แต่คนแปลกหน้า พูดมาก พูดเร็ว ใช้จ่ายสิ้นเปลือง กิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น (ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิสัทธ์ภิญโญและสุรพล วีระศิริ, 2563)

ส่วนในระยะซึมเศร้า (major depressive episode) ผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญ คือ เศร้า ไม่สนใจ ใยดี ไม่ร่าเริงไม่รู้สึก สนุกสนาน (loss of pleasure) ผู้ป่วยจะรู้สึกสิ้นหวัง (hopeless) รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกว่าจิตใจเจ็บปวด (emotional pain) รู้สึกว่าพลังงานลดลง (reduce energy) มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทำงานเสร็จยาก (difficult to finish tasks) ขาดแรงจูงใจที่จะริเริ่มงานใหม่ ๆ การเรียนและการงาน ถูกกระทบกระเทือน (จารุรินทร์ ปีตานพวงศ์, 2563)

การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว

การจำแนกระยะของอารมณ์ที่ผิดปกติ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition: DSM - 5) (American Psychiatric Association (APA), 2013)

1. ระยะแมนี (manic episode) มีเกณฑ์ในการจำแนกดังนี้ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์สนุกสนาน ครื้นเครงมากผิดปกติหรือมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายร่วมกับมีกิจกรรมหรือพลังเร็วแรงมากขึ้น มีอาการเกือบทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน นานอย่างน้อย 1 สัปดาห์ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น ผู้ป่วยต้องมีอาการที่ผิดปกติไปจากเดิมดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อหรือถ้ามีอารมณ์เป็นแบบหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายต้องมีอาการอย่างน้อย 4 ข้อ (ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิสัทธ์ภิญโญและสุรพล วีระศิริ, 2563)

- (1) มีความคิดว่าตนเองเป็นคนสำคัญหรือเป็นใหญ่เป็นโต (grandiosity)
- (2) ความต้องการการนอนลดลง เช่น นอนได้ 3 ชั่วโมงก็รู้สึกว่ามันนอนพอแล้ว
- (3) พูดมากกว่าปกติหรือพูดไม่หยุด
- (4) รู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว เปลี่ยนเรื่องเร็ว (flight of idea)
- (5) เปลี่ยนความสนใจไปตามสิ่งเร้าภายนอกอย่างรวดเร็ว วอกแวกง่าย
- (6) ทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าที่เคย เช่น การปะสังสรรค์การทำงานหรือหมกมุ่นเรื่องเพศ รวมถึงมีพฤติกรรมกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง (psychomotor agitation)

(7) ทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองเพลิดเพลินมากเกินไป ทั้งที่มีความเสี่ยงหรือผลเสียตามมา ซึ่งแสดงถึงการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หรือสำส่อนทางเพศ อาการดังกล่าวทั้งหมดนี้ไม่ได้เป็นผลจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด มีผลทำให้การทำงานที่ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเสียไป หรือจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

2. ภาวะไฮโปแมนเนีย (hypomanic episode) มีอาการเหมือนกับภาวะแมนเนีย (manic episode) แต่เป็นนานอย่างน้อย 4 วัน โดยที่มีอาการเปลี่ยนไปจากลักษณะเดิมของบุคคลอย่างชัดเจน แต่อาการไม่รุนแรงจนถึงกับมีผลกระทบให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่มีอาการทางจิตร่วมและไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Boland, Verduin, & Ruiz, 2021)

3. ภาวะซึมเศร้า (major depressive episode) มีเกณฑ์ในการจำแนกดังนี้ ผู้ป่วยต้องมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะเดิม คือมีอาการมึนเศร้า และ หรือมีความสนใจหรือเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยทำปกติลดลงอย่างมาก ซึ่งจะมีอาการแทบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและผู้อื่นสังเกตได้เป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยหากผู้ป่วยมีทั้งอารมณ์เศร้าและความสนใจหรือเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยทำปกติลดลงอย่างมาก จะต้องมีอาการดังต่อไปนี้ร่วมด้วยอย่างน้อย 3 อาการ แต่หากผู้ป่วยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างอารมณ์เศร้ากับความสนใจหรือเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยทำปกติลดลงอย่างมาก ต้องมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้ร่วมด้วยอย่างน้อย 4 อาการ (ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริินภา อภิลิทธิภักญ์และสุรพล วีระศิริ, 2563) ได้แก่

- (1) น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น โดยที่ไม่ได้ตั้งใจที่ควบคุมหรือเพิ่มน้ำหนัก เช่น เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน มีอาการเบื่อหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน
- (2) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน
- (3) เชื่องช้าลงหรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งจนคนอื่นสังเกตเห็นได้และมีอาการเกือบทุกวัน

- (4) อ่อนเพลียหรือรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน
- (5) รู้สึกผิดมากเกินไปหรือรู้สึกไร้คุณค่าในตนเองเกือบทุกวัน
- (6) ไม่มีสมาธิหรือความสามารถในการคิดและตัดสินใจลดลง ทั้งที่ตนเองรู้สึกและผู้อื่นสังเกตเห็นเป็นเกือบทุกวัน
- (7) มีความคิดเกี่ยวกับความตายอยู่ซ้ำๆ คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนที่จะทำ

อาการดังกล่าวเหล่านี้ไม่ได้เป็นผลจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด มีผลทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือเสียการทำหน้าที่ด้านการทำงาน การใช้ชีวิตในสังคม โดยไม่รวมถึงปฏิกิริยาของความ โศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก (bereavement) ซึ่งอาจมีอาการคล้ายกับระยะซึมเศร้าได้แต่อาการดังกล่าวยังเหมาะสมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทหรือวัฒนธรรมนั้นๆ

โรคอารมณ์สองขั้วแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยได้ดังนี้คือ

1. โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 (bipolar I disorder) ผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับอาการของระยะแมนี (manic episode) อย่างน้อย 1 ครั้งหรือมากกว่า และมักมีอาการระยะซึมเศร้า (major depressive episode) ร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ครั้งหรือมากกว่า โดยที่อาการต้องไม่ได้เกิดจากกลุ่มโรคจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (schizoaffective disorder) หรือโรคจิตชนิดอื่นๆ (จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, 2563)

2. โรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 2 (bipolar II disorder) ผู้ป่วยมีหรือเคยมีอาการของระยะไฮโปแมนี (hypomanic episode) อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีหรือเคยมีอาการของระยะซึมเศร้า (major depressive episode) อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยที่ไม่เคยมีอาการของระยะแมนี (manic episode) และอาการของโรคไม่ได้เกิดจากโรคจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (schizoaffective disorder) หรือโรคจิตชนิดอื่นๆ (Boland, Verduin, & Ruiz, 2021)

3. โรคอารมณ์สองขั้วชนิดอ่อน (cyclothymic disorder) ผู้ป่วยมีอาการของระยะไฮโปแมนี (hypomanic episode) อยู่บ่อยและมีอาการระยะซึมเศร้า (major depressive disorder) หลายครั้ง มีอาการติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 ปี แต่อาการดังกล่าวยังไม่เข้าเกณฑ์ที่จะวินิจฉัย ระยะไฮโปแมนี (hypomanic episode) ระยะแมนี (manic episode) หรือระยะซึมเศร้า (major depressive disorder) โดยต้องมีช่วงที่มีอาการไฮโปแมนี (hypomanic episode) รวมกับช่วงที่มีอาการซึมเศร้า (major depressive episode) อย่างน้อยครั้งหนึ่งของระยะเวลาทั้งหมด และไม่มีระยะที่เป็นปกติหรือไม่มีอาการนานกว่าครึ่งละ 2 เดือน ซึ่งอาการไม่ได้เป็นผลจากยาหรือสารเสพติดหรือโรคทางกายรวมถึงโรคทางจิตเวชอื่นๆ (ศรีัญญา จริงมาก, 2563)

4. โรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือยา (substance/ medication– induced bipolar and related disorders) เป็นโรคในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง เป็นลักษณะอารมณ์ดีหรือเศร้าหรือหงุดหงิดมากกว่าปกติโดยมีหรือไม่มีอารมณ์เศร้า และมีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการดังกล่าวเกิดในระหว่างหรือหลังจากการเสพหรือหยุดใช้สารทันทีโดยที่สารหรือยานั้นต้องมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการดังกล่าวได้และอาการไม่ได้เกิดในระยะของภาวะเพ้อ (delirium) (จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์, 2563)

5. โรคอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากภาวะของโรคทางกายอื่นๆ (bipolar and related disorders due to another medical condition) เป็นโรคในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งลักษณะเด่นคือ มีอารมณ์ดี ครั่นเครงหรือหงุดหงิดมากกว่าปกติ และมีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการดังกล่าวเป็นผลโดยตรงจากสรีรวิทยาของโรคทางกายซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากโรคทางจิตเวชอื่นๆ และไม่ได้เกิดในระยะของภาวะเพ้อ (delirium) (จารุรินทร์ ปิตานูพงศ์, 2563)

6. โรคอารมณ์สองขั้วชนิดอื่นๆ (other specified bipolar and related disorders) ใช้วินิจฉัยโรคในกลุ่มที่มีอาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่กล่าวมาข้างต้น (Boland, Verduin, & Ruiz, 2021)

การรักษาและการบำบัดโรคอารมณ์สองขั้ว

การบำบัดรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีหลายลักษณะซึ่งประกอบด้วย 1.การบำบัดด้วยยา 2.การบำบัดด้วยไฟฟ้า 3.การบำบัดทางจิตสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การบำบัดด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาว

1.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องระวังต่อการเกิดการบาดเจ็บ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการของโรคค่อนข้างรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มีอาการโรคจิตร่วมหรือไม่พักผ่อนรบกวนคนในครอบครัวหรือผู้อื่น ญาติไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้เป็นต้น ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาในระยะนี้เพื่อลดอาการของผู้ป่วย และควบคุมอาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้นโดยเร็วที่สุดโดยการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล กลุ่มยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วได้แก่ 1) ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) 2) ยาต้านเศร้า (antidepressant) 3) ยารักษาโรคจิต (antipsychotic) 4) ยาคลายกังวล (anxiolytic drugs) (มาโนช หล่อตระกูล, 2560) ดังนี้

1) ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer) เป็นกลุ่มยาที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วในปัจจุบัน เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงและบรรเทาอาการของแมเนียได้ดี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. ลิเทียม (lithium) และ 2. กลุ่มยากันชัก (anticonvulsant drugs) ที่นิยมใช้ คือ วาลโพรเอท (valproate), คาร์บามาซีปีน (carbamazepine) (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- ลิเทียม (lithium) นิยมใช้เป็นยาอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการแมเนียรุนแรง ออกฤทธิ์โดยการแทนที่โซเดียมในการผ่านเข้าออกของประตูลิเทียม (sodium channel) ของเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย และเพิ่มการเก็บกลับของสารสื่อประสาทต่างๆ เข้าในเซลล์ เช่น ซีโรโทนิน โดปามีน นอร์อีพิเนฟฟรีอะเซทิลโคลีน ทำให้อาการแมเนียบรรเทาลง ขนาดที่ใช้ในการรักษา คือ 900-1,800 มิลลิกรัม/วัน โดยระดับยาในเลือดที่มีผลต่อการรักษาอยู่ระหว่าง 0.6-1.2 mEq/L หากได้รับยาเกินขนาดอาจเกิดภาวะลิเทียมเป็นพิษ (lithium toxicity) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

ผลข้างเคียงจากการใช้ลิเทียม พบว่า ลิเทียมมีผลต่อร่างกายในหลาย ระบบที่พบได้ดังนี้ อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเดิน อาการของระบบประสาท ได้แก่ อ่อนเพลีย มือสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง พูดไม่ชัด สูญเสียการทรงตัว ง่วงนอน อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะมากและกระหายน้ำ เนื่องจากลิเทียมมี ผลต่อฮอร์โมนต้านไดยูเรติก (antidiuretic hormone) และผลข้างเคียงในระยะยาวที่พบคือ หิวน้ำบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่ม ต่อมาไทรอยด์มีประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจเกิดผื่นและผมร่วงได้ เป็นพิษต่อ ทารกในครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ห้ามรับประทานลิเทียม (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- ยากันชัก (anticonvulsant drugs) พบว่านิยมใช้ วาลโพรเอท (valproate) และ คาร์บามาซีปีน (carbamazepine) เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคอารมณ์สองขั้วมากที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- วาลโพรเอท (valproate) ออกฤทธิ์ โดยเพิ่มการผลิตของสารสื่อประสาท Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยยับยั้ง (inhibitor) ที่สำคัญของ สมอง และลดการสลายไปของ GABA ผ่านตัวรับชนิดบี GABA ซึ่งจะช่วยลดอาการแมเนียลง ขนาดที่ใช้ในการรักษา คือ 600-1,800 มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งการใช้เป็น 2 รอบต่อวัน ระยะแรกอาจเพิ่มปริมาณยาทุกๆ 2-3 วัน จนถึงระดับที่เหมาะสมภายใน 2 สัปดาห์ (Stahl, 2021; มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

ผลข้างเคียงของยาลิวาลโพรเอท (valproate) พบว่า ผลข้างเคียงที่มักเกิดในระบบย่อยอาหารและระบบประสาท อาการที่พบบ่อยคือ สั่น คลื่นไส้ อาเจียน ผม่วง่วงนอน รับประทานหรืออาจเบื่ออาหาร น้ำหนักเพิ่ม อาการข้างเคียงดังกล่าวมักพบในระยะแรกของการรักษาและเป็นอยู่เพียงชั่วคราว ในกรณีที่ได้รับผลข้างเคียงรุนแรงอาจตรวจพบว่ามีค่าเอนไซม์ตับเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะตับเป็นพิษหรือตับอ่อนอักเสบได้ ยานี้มีผลต่อทารกในครรภ์ดังนั้นห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนรับประทาน

- คาร์บามาซีปีน (carbamazepine) หรือ tegretol เป็นยากันชักที่ใช้รักษา อาการชักแบบ tonic-clonic และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 ที่มีอาการแมเนีย ออกฤทธิ์โดย ปรับการทำงานของระบบลิมบิก (limbic system) ในสมองให้อยู่ในภาวะสมดุล มีผลต่อช่องเปิดปิด ไอออนต่าง ๆ เช่น การปิดกั้นของช่องเปิดปิดของโซเดียม เพื่อลดการกระตุ้นของเซลล์ประสาท การส่งสัญญาณเข้าสู่เซลล์ (transduction) และระบบไซแนปของเซลล์ (synaptic system) ขนาดที่ใช้ในการรักษา คือ 800-1,200 มิลลิกรัม/วัน สูงสุดไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม (National Institute of Mental Health, 2017) ปัจจุบันแนะนำให้พิจารณาส่งตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 ก่อนเริ่มยาคาร์บามาซีปีน เนื่องจากพบว่ายีน HLA-B*1502 มีความสัมพันธ์กับการเกิดการแพ้แบบรุนแรงในผู้ป่วยที่ใช้คาร์บามาซีปีน การส่งตรวจก่อนเริ่มใช้ยาจึงสามารถป้องกันการแพ้ยารุนแรงทางผิวหนังได้ เช่น Stevens-Johnson Syndrome และ Toxic Epidermal Necrolysis เป็นต้น (Chung WH, Hung SI, Hong HS, et al., 2004)

ผลข้างเคียงของยาคาร์บามาซีปีน (carbamazepine) พบว่า ผลข้างเคียงจากการใช้ยาส่วนใหญ่ร้อยละ 34.5 เป็นอาการทางระบบประสาท อาการข้างเคียงที่พบ คือ การเห็นภาพซ้อน ง่วงนอน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน สูญเสียการทรงตัว ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ในช่วง 3 เดือนแรก ที่ได้รับยาอาจทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (agranulocytosis) ภาวะโลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ (aplastic anemia) และอาจมีพิษต่อตับได้ ยานี้ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีผลต่อทารกในครรภ์ (National Institute of Mental Health, 2017)

2) ยาด้านเศร้า (antidepressant drugs) มักใช้ยาในกลุ่มนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเศร้า รุนแรงโดยให้ร่วมกับยาปรับอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 34 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า การให้ยาด้านเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วควรให้ในระยะเวลาสั้น ๆ และจำเป็นต้องให้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากยาอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาจจะกลับจากอาการซึมเศร้าเป็นอาการแมเนียแทนได้ (Grohol, 2016) ดังนั้นการให้ยาด้านเศร้าควรให้ในระยะสั้นหากผู้ป่วยเริ่มมีอาการแมเนียต้องหยุดยาทันที โดยกลุ่มยาด้านเศร้าที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

กลุ่มยา Selective Serotonin Reuptake Inhibitors และกลุ่มยา Selective Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors และกลุ่มยา Tricyclic Antidepressant (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- กลุ่มยา Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (serotonin) ส่วนใหญ่มักจะให้ยาในกลุ่มนี้เป็นลำดับแรกในการรักษา เพราะมีโอกาสทำให้เกิดอาการแฉะน้อยกว่ายาต้านเศร้าในกลุ่ม Tricyclics Antidepressants (TCAs) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Prozac (Fluoxetine), Paxil (Paroxetine), LuVOX (Fluozamine), Zoloft (Sertraline), Lexapro (Escitalopram), Celexa (Citalopram) เป็นต้น (Stahl, 2021; มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

ผลข้างเคียงของยากลุ่ม SSRIs ผลข้างเคียงที่พบได้ในระยะแรก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกหรือท้องเดิน อาหารไม่ย่อย ปวดท้อง ปวดศีรษะ ง่วงนอนหรือนอนไม่หลับ ปากแห้ง ซึ่งมักจะพบใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังรับประทานยา ผลข้างเคียงในระยะยาวทำให้เบื่ออาหาร มีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การหลังช้า การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ความรู้สึกถึงจุดสุด ยอดลดลงหรือหมดไป ความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- กลุ่มยา Selective Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) ออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (serotonin), นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ โดปามีน (dopamine) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Venlafaxine XR (Effexor), Desvenlafaxine (Pristiq), Milnacipran (Ixel, Toledomin), Duloxetine (Cymbalta), Mirtazapine (Remeron) (Stahl, 2021; มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

ผลข้างเคียงของยากลุ่ม SNRIs ผลข้างเคียงปกติที่พบได้ คือ มีความผิดปกติทางเพศ เช่น การหลังช้า ความสนใจทางเพศลดลง หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น ผลข้างเคียงอื่น ๆ คือ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ตื่นเต้นง่าย มีความผิดปกติด้านการนอน ท้องผูก ส่วนผลข้างเคียงรุนแรงที่พบได้น้อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง, หัวใจขาดเลือด, เอนไซม์ตับและไขมันสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- กลุ่มยา Tricyclic Antidepressants (TCAs) ออกฤทธิ์ โดยการเพิ่ม monoamine transmitter อย่างเฉียบพลัน และในระยะยาวจะมีผลต่อ receptors ของระบบ monoaminergic โดยออกฤทธิ์ที่เรียกว่า down regulation คือ ลดปริมาณ beta - adrenoreceptor ในขณะที่ช่วยเพิ่มการตอบสนองต่อ alpha - adrenoreceptor และ serotonin receptor ยาในกลุ่มนี้

ได้แก่ Amitriptyline (Elavil), Desipramine (Norpramin/ Pertofrane), Nortriptyline (Pamelor), Imipramine (Tofranil) (Stahl, 2021; มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

ผลข้างเคียงของยากลุ่ม TCAS อาการที่พบได้ คือ เหนื่อย วิงเวียนศีรษะ เหงื่อออกมาก มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาด้านการนอน ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปากแห้ง ผื่น ลมพิษ และ ผิวหนังไวต่อแสง น้ำหนักเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำ มีอาการสั่น กล้ามเนื้อกระตุก เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด ผลข้างเคียงรุนแรงที่พบ คือ ผลต่อระบบหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลต่อระบบเลือด ทำให้มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำทั้งชนิด agranulocytosis, leukopenia และ eosinophilia การให้ยากลุ่ม TCAS ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวัง และหากได้รับยาเกินขนาด อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

3) ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drugs) ยาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ที่สารเคมี ในสมองหรือสารสื่อประสาท โดยเฉพาะโดปามีน นิยมใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีอาการแมนีย์ และผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (National Institute of Mental Health, 2016; Royal College of Psychiatrists, 2016) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ยาในกลุ่ม Dopamine antagonist หรือ First generation (typical) antipsychotics ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ dopamine โดยจับกับ receptor ของ dopamine ในสมอง โดย dopamine pathway ในสมองแบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ คือ mesolimbic pathway เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน neocortical pathway เกี่ยวข้องกับการรักษาอาการด้านลบ เช่น เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (affective flattening) พุดน้อย หรือไม่พุด (alogia) ไม่มีแรงจูงใจ (avolition) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) nigrostriatal pathway เกี่ยวข้องกับการเกิดผลข้างเคียง Extrapyrimal side effects (EPS) พบว่ายาจะมีฤทธิ์รักษาอาการ psychotic เมื่อจับกับ D₂ receptor ในสมองประมาณร้อยละ 60-80 ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ คลอโพรมาซีน (Chlorpromazine), ไทโอริดาซีน (Thioridazine), ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol), เพอร์เฟนนาซีน (Perphenazine), ฟลูเพนนาซีน (Fluphenazine), ฟลูเพนไทซอล (Flupentixol), พิโมไซค์ (Pimozide) โดยเฉพาะ haloperidol ที่ใช้รักษาโรคอารมณ์สองขั้วได้ผลดี ขนาดที่ใช้ในการรักษาเท่ากับ 10-15 มิลลิกรัมต่อวัน การใช้ยารักษาโรคจิตในกลุ่มเดิม โดยเฉพาะ haloperidol ควรใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการแมนีย์เท่านั้น เนื่องจาก ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การไม่ร่วมมือรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

- ยาในกลุ่ม Serotonin - Dopamine antagonist หรือ Second generation (atypical) antipsychotics ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของโดปามีน 2 (D₂) receptor และ

ยับยั้งการทำงานของ 5HT - 2A receptor เพื่อหวังผลในการลดการเกิดอาการ EPS และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษากลุ่มอาการด้านลบและอาการด้านความคิด โดยจะเห็นผลดีนี้อย่างช้า ๆ ยา รักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีประสิทธิภาพสูง ช่วยบรรเทาอาการได้ดีและมีผลข้างเคียงน้อย (Bressert, 2016) เช่น ริสเพอริโดน (Risperidone) ขนาดที่ใช้ในการรักษาเท่ากับ 4-6 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับ โอลแลนซาปีน (Olanzapine) ขนาดที่ใช้ในการรักษาเท่ากับ 10-20 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับควิไทอะปีน (Quetiapine) ขนาดที่ใช้ในการรักษาเท่ากับ 300-800 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับอะริพิพราโซล (Aripiprazole) ขนาดที่ใช้ในการรักษาเท่ากับ 10-15 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นต้น (Grohol, 2016)

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต อาการข้างเคียงทางระบบประสาทจากการที่โดปามีนถูกปิดกั้นจาก pathway ต่างๆ ได้แก่ ง่วง (sedation) และอาการ EPS เป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อย โดยเฉพาะยาในกลุ่มเดิม แบ่งออกเป็น อาการดิสโทเนียเฉียบพลัน (acute dystonia) อาการที่พบ คือ ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อบิดเกร็ง ลิ้นแข็ง พุดหรือกลืนลำบาก ตาเหลือก คอบิด หรือมีหลังแอ่น ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีอาการเกร็งบริเวณกล่องเสียง (laryngospasm) ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยอาการนี้อาจเป็นขึ้น ๆ ลง ๆ มักจะเกิดหลังได้รับยาในไม่กี่ชั่วโมง หรือ ภายใน 1 สัปดาห์แรก สำหรับอาการอะคาธิเซีย (akathisia) อาการที่พบ คือ ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ รู้สึกกระวนกระวาย นั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมาตลอดเวลา มักเกิดในช่วง 2 - 3 สัปดาห์แรกหลังได้ยา สำหรับอาการพาร์กินสัน (parkinsonism) อาการที่พบ คือ ผู้ป่วยจะมีลักษณะกล้ามเนื้อเกร็งแข็ง ตัน เคลื่อนไหวช้า เดินไม่แกว่งแขน มักเกิดในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังได้ยาและสัมพันธ์กับขนาดยาที่ใช้ สำหรับอาการทาร์ดีฟ ดิสโคนีเซีย (tardive dyskinesia) อาการที่พบ คือ มีลักษณะสำคัญที่เรียกว่า buccolinguo-masticatory triad ได้แก่ อาการคุดหรือขมิบปาก การเคลื่อนไหวบริเวณขากรรไกรหลัง (lateral jaw movement) และมีลิ้นม้วนไปมาในปากหรือลิ้นคุดแค้น ผู้ป่วยอาจแลบลิ้นออกมาเอง หากบอกรู้ อ้าปาก อาจมีอาการขยับนิ้ว บีบมือ คอบิดเอียง มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยามานาน สำหรับกลุ่มอาการ Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญที่พบ คือ กล้ามเนื้อเกร็งอย่างมาก ไช้ขึ้นสูง ความดันโลหิตและชีพจรขึ้นไม่คงที่ การตรวจเลือดจะพบเม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงขึ้น เอนไซม์ตับ creatinine phosphokinase ขึ้นสูง และ ปัสสาวะมีโปรตีนจากกล้ามเนื้อออกมา (myoglobinuria) ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลข้างเคียงที่พบได้น้อย แต่อันตรายอาจทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อ สงสัยภาวะนี้ให้หยุดยาทันที (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

4) ยาคลายกังวล (anxiolytic drugs) ออกฤทธิ์ โดยเพิ่มสารสื่อประสาท GammaAminobutyric Acid (GABA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีฤทธิ์ยับยั้งที่สำคัญของสมอง ช่วยให้มีสมอง ลดกิจกรรมต่าง ๆ ลง ยาคลายกังวลไม่ใช่กลุ่มยาหลักที่ช่วยบรรเทาอาการแมเนีย แต่ช่วย

ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากขึ้น ลดความวิตกกังวล ลดอาการพุ่งพล่านหรือกระวนกระวาย (Goldberg, 2016) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อัลปราโซแลม (Alprazolam) โคลนาซีแปม (Clonazepam) ไดอะซีแปม (Diazepam), ลอราซีแปม (Lorazepam) โดยเฉพาะ Clonazepam ที่นิยม นำมาใช้รักษาพร้อมด้วย และช่วยเสริมประสิทธิภาพของ haloperidol เพื่อช่วยลดอาการเมเนีย ขนาดที่ใช้ในการรักษาเท่ากับ 2 - 4 มิลลิกรัมต่อวัน และใช้รักษาในระยะสั้นๆ เท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสพติดได้ และเป็นอันตรายหากใช้ในผู้ป่วยที่ดื่ม แอลกอฮอล์ (Goldberg, 2019)

ผลข้างเคียงกลุ่มยาคลายกังวล อาการที่พบ คือ ง่วงนอน วิงเวียน สับสน อ่อนเพลีย การประสานงานบกพร่อง ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นและการพูด อาจสูญเสียความจำได้ในกรณีที่รับประทานเกินขนาด ผู้ป่วยจะง่วงมาก สูญเสียการทรงตัว หายใจช้า ซึ่พจรช้า ความดันโลหิตต่ำ และอาจเสียชีวิตได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

โรคอารมณ์สองขั้วในระยะเฉียบพลัน ใช้ยาในการรักษาเป็นหลักโดยใช้ยาในกลุ่มยาควบคุมอารมณ์ กลุ่มยาด้านเศร้า กลุ่มยารักษาโรควิต และกลุ่มยาคลายกังวล เพื่อบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงมักใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษา มากกว่าการให้ยาเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น การเลือกให้ยาจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช แบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ความปลอดภัยในการให้ยาของผู้ป่วย

1) พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการออกฤทธิ์ของยา กระบวนการดูดซึมของยา การกระจายยา การขับยา การเก็บและรักษาอย่างถูกต้องในที่ที่ปลอดภัย รวมทั้งการเตรียมยาและข้อกฎหมายต่างๆ เกี่ยวกับยา

2) บันทึกการให้ยา อาการก่อนการให้ ขณะให้ และหลังจากการให้ยา ให้ครอบคลุมชัดเจน และถูกต้อง รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการให้ยา ทั้งในระยะ เฉียบพลันเรื้อรัง มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการข้างเคียงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง (แพ จันทรสุข และพิศิษฐ์ พลชนะ, 2556)

3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามจำนวน ถูกวิธีตามหลักของการ บริหารยา (แพ จันทรสุข และพิศิษฐ์ พลชนะ, 2556)

สำหรับแนวทางในการให้ยาทางจิตเวชในปัจจุบันมีการเสนอไว้ด้วยหลัก 7 Rs ได้แก่ right diagnosis, right drug, right dose, right time/right duration, right route of administration, right

choice for patients/right preference และ right for economic reason สามารถสรุปแนวทางในการใช้ยาจิตเวชและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชตามหลักของการบริการยาได้ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

Right diagnosis ให้ยาถูกโรค แพทย์มีหน้าวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคในการเลือกให้ยาจึงควรเลือกให้ยาให้ตรงกับอาการและการวินิจฉัย พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและยาที่ใช้ในการรักษา และตรวจสอบยาที่ แพทย์สั่งการรักษาว่าตรงกับโรคหรืออาการของผู้ป่วยหรือไม่ก่อนที่จะให้ยาอีกครั้ง

Right drug ให้ยาถูกชนิด แพทย์จะเลือกให้ยาที่เหมาะสมกับ ลักษณะอาการของผู้ป่วย เพราะในผู้ป่วยจิตเวชแต่ละราย การวินิจฉัยเหมือนกันแต่การรักษาที่ได้รับอาจต่างกัน พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องยารักษาภาวะใด คุณสมบัติของยา อาการข้างเคียงที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างปลอดภัย ตรวจสอบชื่อยาในใบสั่งยาให้ถูกต้อง ตรวจสอบยาที่สั่งให้ถูกต้องกับโรคหรืออาการของผู้ป่วย ก่อนจัดยาทุกครั้งต้องมี ใบสั่งยา ฉลากยา ระบุชื่อยาชัดเจน

Right dose ให้ขนาดถูกต้อง แพทย์จะให้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับ อาการของผู้ป่วย ซึ่งการปรับขนาดยานั้นเป็นบทบาทของแพทย์ที่จะต้องคำนึงถึงขนาดยาที่เหมาะสมในแต่ละโรค รวมถึงการตอบสนองต่ออาการข้างเคียงจากยา พยาบาล ควรตรวจสอบขนาดยาในใบสั่งยาให้ถูกต้อง ตรวจสอบขนาดยาที่สั่งให้ถูกต้องกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

Right time/right duration ให้ถูกเวลา การตอบสนองของผู้ป่วยต่อ ยาจิตเวชส่วนใหญ่จะไม่เป็นแบบทันทีทันใดเหมือนกับโรคทางกาย ในการรักษาแพทย์อาจจะยังให้ยา ต่อในระยะที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค พยาบาลควรตรวจสอบเวลาในการให้ยาแต่ละชนิดให้ถูกต้องจากใบสั่งยา ฉลากยา ให้คำแนะนำการรับประทานยา ให้ถูกเวลาแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ทุกครั้ง

Right route of administration ให้ถูกทาง ควรทราบว่ายาแต่ละ ชนิดมีการใช้รูปแบบใด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเต็มที่ พยาบาลควรตรวจสอบทางที่จะให้ยาให้ถูกต้อง เช่น ยารับประทานซึ่งอยู่ในรูปของยาเม็ด แคปซูล หรือน้ำ หรือยาฉีด เป็นต้น พยาบาลต้องตรวจสอบกับใบสั่งยาและฉลากยาทุกครั้งก่อนการให้ยา

Right choice for patient/right preference ให้ถูกใจ ตรงความ พึงพอใจของผู้ป่วย ควรให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา รับฟังความคิดเห็นและปัญหาจากการใช้ยาของ ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

Right for economic reason ถูกเงิน ควรเลือกให้ยาที่เหมาะสม กับเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย และคำนึงถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาถึง Right patient/client คือ

ให้ยาถูกต้อง โดยก่อนการให้ยา ควรตรวจสอบชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการให้ถูกต้องกับใบสั่งยา ก่อนให้ยาต้อง ถามชื่อ-สกุลก่อนให้ยาทุกครั้ง โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณชื่อ-นามสกุล อะไรคะ” ห้ามใช้คำถาม ปลายปิด “คุณชื่อ...นามสกุล...ใช่ไหมคะ” เพราะบางครั้งผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ อาจไม่ได้ตั้งใจฟัง ได้ยิน ไม่ชัดเจน อาจเกิดความผิดพลาดได้

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยาที่ใช้ พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำ ยาไปใช้ได้ด้วยตนเองได้อย่าง ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในการใช้ยา และไม่เกิด อันตรายขณะใช้ยา โดยควรให้ ความรู้ในเรื่องต่อไปนี้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

1) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยา อย่างต่อเนื่องเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน เพื่อควบคุมอาการทางจิตไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ ไม่ควรหยุด รับประทานยาเอง และ ควรรับประทานยาตรงเวลา

2) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักลักษณะของยาทั้งชื่อการค้า และชื่อ สามัญ ขนาด และเวลา ในการรับประทานยาให้ถูกต้อง

3) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การสังเกต อาการของตนเอง อาการข้างเคียงที่รุนแรงผู้ป่วยควรรายงานผู้บำบัด เช่น คอบิดเกร็ง ตาเหลือก และอาการข้างเคียง บางอย่างที่ไม่เป็นอันตราย เช่น ปากแห้ง คอแห้ง และง่วงนอน เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ในการใช้ยา ต่อไป และการแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา

4) แนะนำญาติในการช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้รับผิชอบการรับประทาน ยาเองเพราะจะ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกในการควบคุมตนเองได้ของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ รับประทานยา ตามเวลาได้ จะช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง

5) แนะนำญาติเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยที่อาจกลับมาใหม่ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย แยกตนเอง ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง ควรรับนำผู้ป่วยมาพบแพทย์

1.2 ระยะต่อเนื่อง (continuation) เป็นการรักษาเพื่อเฝ้าระวังการมีอาการกำเริบ เกิดขึ้น การรักษาระยะนี้ยังต้องคงยาในระดับเดิมที่ต่อไปเพื่อป้องกันการกำเริบ อาจใช้เวลา 3-5 เดือน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการรักษาและจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายเป็นปกติ ระยะนี้เน้น การป้องกันและการตอบสนองต่อการรักษา โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยเป็นหลักอาจมีปรับ ลดยาหรือหากมีอาการเพิ่มขึ้นจำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

1.3 ระยะยาว (maintenance or prophylaxis) หรือระยะอาการสงบ ผู้ป่วยโรค อารมณ์สองขั้วส่วนใหญ่ต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิตเนื่องจากมีการเป็นกลับซ้ำ ในระยะนี้ วางแผนค่อยๆ ปรับลดยาที่รักษาอาการลง สิ่งที่ควรพิจารณาในการรักษาระยะยาวมีหลายปัจจัยทั้ง ปัจจัยจากผู้ป่วย ความร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการทนต่อยา (tolerability) จาก

อาการหรือการดำเนินโรคว่ามีการป่วยด้วยระยะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งมากกว่ากัน ความรุนแรงของอาการป่วย การมีอาการโรคจิตร่วมด้วยซึ่งโรคอารมณ์สองขั้วสามารถเกิดอาการทางจิตเกิดร่วมได้ จำนวนครั้งของการป่วยที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย รวมถึงปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย เนื่องจากโรคนี้เป็น การเจ็บป่วยระยะยาวจึงต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เลือกใช้ยาที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ ใช้ยาน้อยชนิดที่สุด และรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาโดยเร็วและเต็มที่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2560)

โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความซับซ้อนเรื้อรังการกลับเป็นซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ตลอด ชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การรักษาในปัจจุบันเน้นที่การรักษา ระยะยาว เนื่องจากมักพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการมากที่สุดในระยะยาว หลักในการรักษา ในระยะยาวนอกจากจะพิจารณาเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพแล้วยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆที่มี ผลต่อการพยากรณ์โรค รวมถึงการใช้การรักษาทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย

2. การบำบัดด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นเป็น การใช้ไฟฟ้าไปเหนี่ยวนำให้เกิดอาการชักเพื่อเปลี่ยนแปลงความสมดุลของระบบสื่อประสาทใน สมองทำให้เกิดความสมดุลของระบบสื่อประสาททั้งในระดับ presynaptic และ postsynaptic โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยชัก จะพบว่ามีการปล่อยไปเลี้ยงสมองมากขึ้น เกิดเมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ ออกซิเจนและกลูโคสมากขึ้น แต่หลังจากชักแล้ว เมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้ง การลดลงของเมตาบอลิซึมนี้เองคือสิ่งสำคัญของการรักษาด้วยวิธีนี้ โดยการรักษาด้วยไฟฟ้ามีข้อบ่งชี้ ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือทนฤทธิ์ข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือเคยได้รับการ รักษาวิธีนี้ได้ผล หรือในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องการความเร่งด่วนในการรักษา เช่น มีอาการ catatonia หรือ พฤติกรรมแยกตัว มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาท หลอนรุนแรง หรือมีความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งมีความจำเป็นต้องควบคุมอาการของผู้ป่วยให้สงบโดยเร็ว ข้อห้ามใน การใช้วิธีนี้คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดและหัวใจเพราะในระหว่างการชักผู้ป่วยจะมีการเต้น ของหัวใจเร็วขึ้น ร่วมกับการใช้ยาในช่วงนำสลบอาจมีโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีปัญหา cardiac arrhythmia ได้ (พิชัย อิฏฐสกุล, 2565) ซึ่งการบำบัดด้วยไฟฟ้าของโรงพยาบาลศิริราชเป็นการรักษา แบบผู้ป่วยใน ในบริบทของผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ ทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อม ก่อนการบำบัดด้วยไฟฟ้า โดยการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ความเสี่ยงทางจิตใจของผู้ป่วย และบันทึกสัญญาณชีพที่มารับการบำบัดด้วยไฟฟ้ารายใหม่และรายเก่า รวมทั้งการตรวจสอบ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบยินยอมในการรักษา การประเมินคัดกรองอาการ เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังหอผู้ป่วย และการประเมินอาการผู้ป่วยหลังการ

บำบัดด้วยไฟฟ้า โดยประเมินอาการข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ ความจำไม่ดี หลงลืมมากขึ้น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลต่อการรักษา เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์ผู้รักษา

3. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychotherapy) การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการใช้หลักการของสัมพันธภาพทั้งรายบุคคลและกลุ่ม ผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การเข้าใจ การยอมรับปัญหา สาเหตุของปัญหาและมุ่งหาทางแก้ไข โดยการบำบัดทางจิตสังคมมักจะทำในรายการบำบัดทางจิตสังคมที่นิยมใช้ ดังนี้

3.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา(psychoeducation) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการของการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรืออารมณ์ รวมถึงอธิบายการรักษา และการจัดการกับความเจ็บป่วย และผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น สุขภาพจิตศึกษาเป็น โปรแกรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้เรื่องโรค หรือ ภาวะความผิดปกติ และการช่วยเหลือเพื่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ใน ชีวิตประจำวัน โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เฉพาะ โรค เพื่อช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงความเจ็บป่วย หรือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้ทราบถึงปัจจัยของการเจ็บป่วย โดยมีรูปแบบที่สั้น กระชับและได้ใจความ และเป็นแนวทางในการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยและการติดตามอาการในระยะยาว และ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Rabelo, Cruz, Ferreira, Viana, & Barbosa, 2021) โดยแบ่งรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาได้ดังนี้ (Williams, 1989)

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psycho-education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงเวลาที่รับการรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการรักษา โดยได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (group psycho-education) เป็นรูปแบบ ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย

3. การให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (family psycho-education) เป็นรูปแบบ จา เพราะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยมีลักษณะที่สำคัญคือการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บ ำบัดกับครอบครัวในการสร้างสัมพันธที่ดีในครอบครัว

ในหน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ เอง มีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยพัฒนางานวิจัย R2R เรื่องผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีจำนวน 4 ครั้ง คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า 3. การฝึกทักษะด้านความคิด 4. การป้องกันการป่วยซ้ำ ติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนหลังครบโปรแกรมฯ โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับมีอาการเล็กน้อยและมีอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกพบว่าอัตราการ Loss F/U ใน 3 เดือนแรกของกลุ่มผู้ป่วยปี 64 น้อยกว่าตัวชี้วัดการ Loss F/U ในกลุ่มผู้ป่วยปี 62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) (วราพร ศรีภิรมย์, นฤมล จงจิตวิบูลย์ผลและกมลพร วรณฤทธิ์, 2565) และปัจจุบันได้พัฒนาต่อยอดในรูปแบบออนไลน์ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายบุคคลผ่านการพบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดยเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยใหม่โรคซึมเศร้า จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 หลังพบแพทย์ สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค) ครั้งที่ 2 ในรูปแบบพบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) หลังพบแพทย์ 1 สัปดาห์ ติดตามอาการและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และครั้งที่ 3 ในรูปแบบพบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เมื่อครบ 2 เดือนของการรักษา ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม และยังมีกรให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องอื่นๆ เช่น ทักษะการสื่อสารโดยการใช้ I-message ซึ่งเป็นการสื่อสารเชิงบวกรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ เปิดใจรับฟัง และไม่เกิดการต่อต้านด้วยอารมณ์ ตลอดจนสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อีกด้วย ขั้นตอนการสื่อสารด้วย I-message ทำได้โดย

1. บอกความรู้สึกของตัวเองและเริ่มต้นประโยคด้วย “ฉัน”
2. บอกความต้องการของตนเองว่าต้องการให้คู่สนทนาทำอะไร
3. ถามความคิดเห็นของคู่สนทนา ถ้าต้องการตรวจสอบว่าคู่สนทนา มีความรู้สึกต่อต้านหรือเห็นด้วยอย่างไร
4. ขอบคุณ หรือกล่าวคำชมเชยคู่สนทนาเมื่ออีกฝ่ายทำตาม

3.2 การบำบัดการรู้คิด (cognitive-behavior therapy) โดยแพทย์เป็นผู้บำบัด ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในช่วงอาการซึมเศร้าก็มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและในช่วงที่มีอาการระยะแมนีย์ (manic episode) ก็เชื่อว่ามีกรอบแนวคิดในการเกิดอาการเช่นเดียวกัน ดังนั้นหลักการในการรักษาด้วยการบำบัดการรู้คิดก็เช่นเดียวกับในโรคซึมเศร้า นั่นคือ มุ่งเน้นที่การ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำรู้จักและจัดการกับอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ได้ (Newman, 2021)

3.3 การบำบัดสัมพันธ์ทางภาพระหว่างบุคคล (interpersonal and social rhythm therapy) โดยแพทย์เป็นผู้บำบัด เนื่องจากความเครียดในครอบครัวและความผิดปกติของวงจรการหลับการตื่น (sleep wake cycle) สามารถทำให้อาการของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกำเริบได้ การบำบัดชนิดนี้จะเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไขกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ส่งผลต่อการนอนของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดและการนอนกลับมาเป็นปกติ (Newman, 2021)

3.4 ครอบครัวบำบัด (family intervention หรือ family focus-therapy) โดยแพทย์เป็นผู้บำบัด เป็นที่ทราบกันดีว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อความเครียดในครอบครัวและชีวิตสมรสเป็นอย่างมาก การบำบัดชนิดนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้มีการสื่อสารกันในครอบครัวและช่วยให้ผู้ป่วยกับครอบครัวมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้ดีขึ้น ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) นานขึ้น และช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษามากขึ้นด้วย (Newman, 2021)

ผลกระทบของโรคอารมณ์สองขั้วต่อผู้ป่วย

เนื่องจากโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่รุนแรงผู้ป่วยเป็นซ้ำได้หลายครั้งตลอดชีวิต เป็นโรคที่พบอาการหลงเหลือและทุพพลภาพได้บ่อย ความสูญเสียและผลกระทบของโรคจึงมีได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

1. **ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย** โรคอารมณ์สองขั้วถือเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคในระยะยาว เรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านความสามารถทำหน้าที่ในสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะส่งผลเสียต่อการทำงาน บกพร่องในการทำหน้าที่ และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคู่สมรสและอยู่ในช่วงอาการซึมเศร้าพบอัตราการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่เพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Lafer & Oquendo, 2020) และพบว่าหากอยู่ในระยะซึมเศร้าที่รุนแรงคือ ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย มองว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงที่สำคัญคือการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนในระยะคลุ้มคลั่งผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น ได้ อีกทั้งผู้ป่วยบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากและต้องใช้เวลาในการรักษาระยะยาวทำให้ส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจครอบครัวจากการสูญเสียรายได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (Rowland & Marwaha, 2018) นอกจากนี้การเจ็บป่วยจากโรค

ทางจิตเวชยังเป็นตราบาปในใจ (stigma) ที่ส่งผลกระทบต่อการรักษา (Carvalho, Firth, & Vieta, 2020)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะได้รับผลกระทบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ ครอบครัวจะเป็นกังวล เนื่องจากต้องเฝ้าระวังและป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียดเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 89 เกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากในการดูแลและจัดการกับอาการของผู้ป่วย (Morton et al., 2018)

3. ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงและการทำผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคม การศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำผิดกฎหมาย มีรายงานถึงอัตราการเป็นโรคอารมณ์สองขั้วของผู้ต้องขังในเรือนจำสูงเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป (Verdolini et al., 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน ลางาน หรือตกงานได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วประมาณร้อยละ 30-60 อาจไม่สามารถกลับสู่ปกติทางสังคมหรือการทำงานแม้อาการจะหมดไป (Bonnín et al., 2018) และจากการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทย พบว่าต้นทุนประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผล 1 ราย ต้องมีต้นทุนถึงประมาณ 72,000 ถึง 82,000 บาทต่อปี (สินเงิน สุขสมปอง, สาทวีร์ แสงสว่าง, คุษฎี อุดมอิทธิพงษ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2559)

บทที่ 4

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วสำหรับกรณีหน่วยตรวจฯ และกรณีศึกษา

โรคอารมณ์สองขั้วมีอาการแสดงของโรคที่มีลักษณะอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) และมีความรุนแรงถึงการฆ่าตัวตาย อีกทั้งมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้บ่อยครั้ง พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้เห็นอาการ อาการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกระยะของโรค พยาบาลจึงต้องประเมินและให้การพยาบาลทั้งในระยะอารมณ์คลุ้มคลั่ง และระยะอารมณ์เศร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับบริการในหน่วยตรวจจิตเวชศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพียง 5-6 ชั่วโมงต่อวันเท่านั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนความรู้ อย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยนอก เพื่อนำความรู้มาพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยและให้การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและครอบคลุมกับสภาพปัญหา ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และสามารถดูแลปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองสอดคล้องกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่เป็นภาระของญาติ ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
3. เพื่อให้สามารถประเมินภาวะจิตสังคม การตรวจประเมินสภาพจิต เพื่อรวบรวมข้อมูลและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและใช้ในการศึกษาอย่างกว้างขวาง
5. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

สำหรับคู่มือการพยาบาลเล่มนี้จะครอบคลุมถึงการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โดยในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในบริบทของหน่วยตรวจฯ โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 2 ระยะ คือ 1.) การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน 2.) การพยาบาลผู้ป่วยระยะสงบหรือคงที่ ดังนี้

- 1.) การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยจะมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) กับอารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) ในระยะนี้ผู้ป่วยและครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการของ

โรคค่อนข้างรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ บางรายมีอาการโรคจิตร่วมด้วยรบกวนคนในครอบครัวหรือผู้อื่น หรือมีอาการเศร้ามาก เบื่อหน่ายท้อแท้ มีความคิดทำร้ายตนเอง เป็นต้น ดังนั้น เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้เพื่อลดอาการของผู้ป่วย และควบคุมอาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยเร็วที่สุดโดยการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งการดูแลเป็น 2 ประเภทได้แก่

1.) การพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์เศร้า ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเด่นในเรื่องอารมณ์เศร้ามาก เบื่อหน่ายท้อแท้ มีความคิดทำร้ายตนเอง การประเมินคัดกรองความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อมุ่งเน้นการป้องกันอันตรายจากการทำร้ายตนเอง รวมทั้งการประเมินสุขภาพทางกายเพื่อคัดกรองความเร่งด่วนและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานและเป็นสื่อกลางระหว่างทีมผู้รักษาและญาติผู้ป่วย และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ โดยการนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (นพพร ว่องสิริมาศ, พวงเพชร เกสรสมุทร, 2561) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1.1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นโดยพยาบาลเป็นผู้วางแผนและดำเนินการเข้าไปติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และเป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยเฉพาะการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด และเทคนิคในการสนทนาติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนแน่นอน

1.2) การป้องกันอันตราย โดยการซักประวัติ คัดกรองกรองอาการ ดังนี้

1. การคัดกรองทางสุขภาพจิตและสังเกตอาการผิดปกติ โดยประเมินอาการและอาการแสดงทางจิตเวช 4 ด้านได้แก่

- ด้านที่ 1 : การรับรู้ : การรับรู้ วันเวลาและสถานที่/บุคคล
- ด้านที่ 2 : การจัดการความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตนเอง
- ด้านที่ 3 : ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ
- ด้านที่ 4 : ความร่วมมือในการรักษา

ร่วมกับใช้แผ่นประเมินสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบ AAA (Alarm Alert Aware) เพื่อ Quick look อาการเบื้องต้น (ภาคผนวก) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (ภาคผนวก)และแบบคัดกรองการทำร้ายตนเองสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ (ภาคผนวก) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า

2. การประเมินสุขภาพกาย ประเมินการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะทางระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะซึมเศร้า การเจ็บปวดเรื้อรัง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเบาหวาน หรือภาวะหมดประจำเดือน ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ การผ่าตัด การรักษาตัวในโรงพยาบาล การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับการรู้สติ การตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง เป็นต้น รวมไปถึง การใช้อาาอื่นๆ และสมุนไพร เหตุผลที่ใช้ หรือใช้มานานเท่าไร การประเมินด้านร่างกายควรจะคำนึงสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง โดยรวบรวมข้อมูลการคัดกรองทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เพื่อให้การพยาบาลตามแนวทางการคัดกรองทางจิตเวชในหน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ (หน้า 38) และจำแนกผู้ป่วยตามระดับดังนี้

ระดับ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (stable phase) สามารถตรวจดูได้

ระดับ 2 คือ ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการ (stabilization phase) แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น สามารถตรวจดูได้

ระดับ 3 คือ ผู้ป่วยประเภทวิกฤต (critical phase) เป็นอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่น จากการคัดกรองและซักประวัติร่วมกับมีคะแนนแบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ ดังนี้

9-11 คะแนน เสี่ยงเฝ้าระวัง เป็นประเภทเร่งด่วน ต้องได้รับการตรวจภายใน 30 นาที ติดป้าย AAA เพื่อสื่อสารในทีม ให้การดูแลโดยจัดแยกผู้ป่วยเฝ้าระวังในโซน Rest seat เฝ้าระวังผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

> 11 คะแนน เสี่ยงสูง จำเป็นต้องได้รับการตรวจภายใน 10 นาที ติดป้ายแสดงความเสี่ยง "S" (suicide) ไว้ชัดเจนที่หน้าแฟ้มประวัติ เพื่อสื่อสารในทีมและเฝ้าระวังผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ให้การดูแลโดย

1. จัดแยกผู้ป่วยเฝ้าระวังในห้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์และแจ้งทีมการรักษา

2. ตรวจสอบความปลอดภัยและเก็บอาวุธหรืออุปกรณ์ที่จะสามารถทำร้ายตนเองได้

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง

- จัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวนขณะพูดคุยกับ

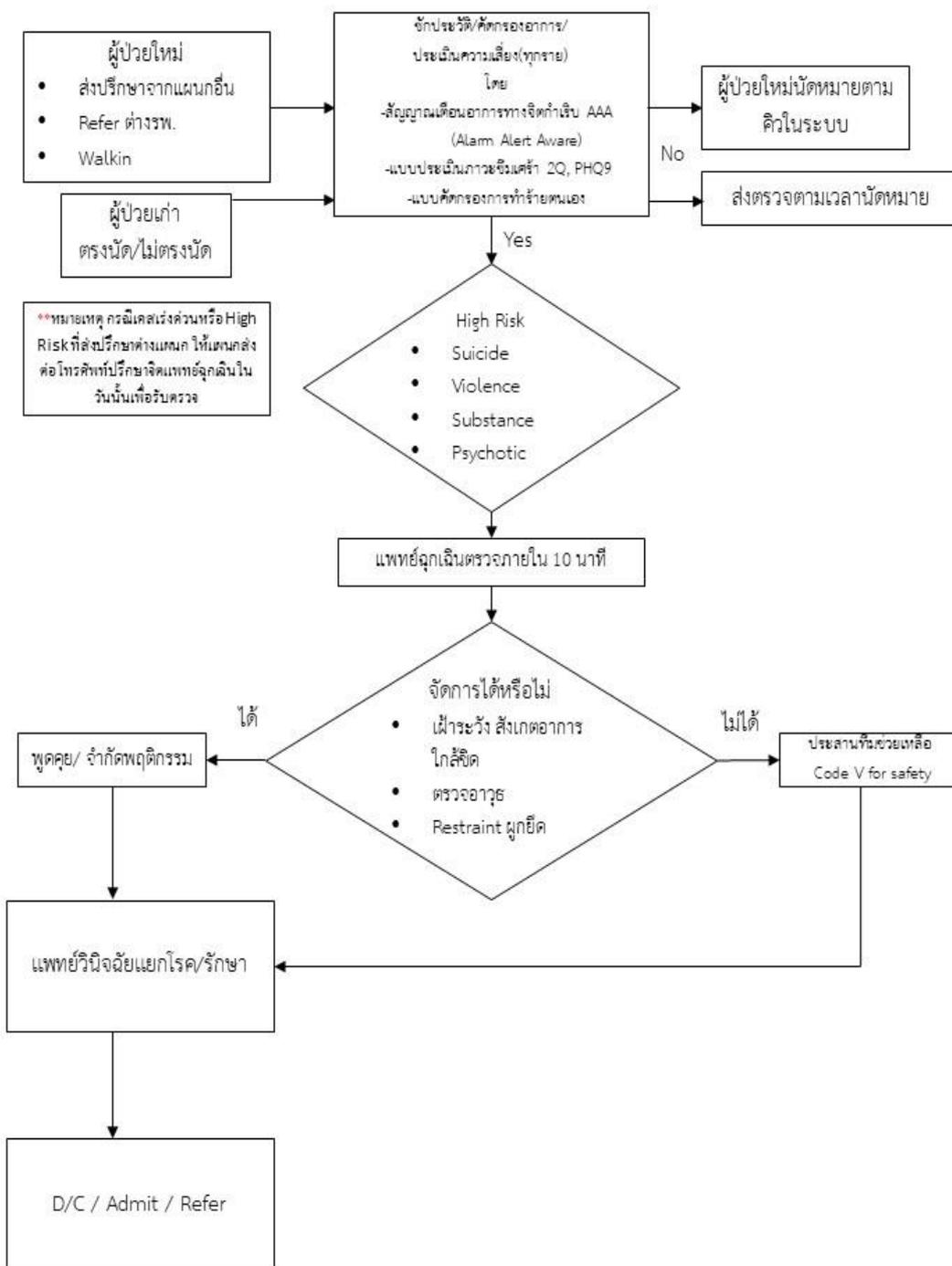
ผู้ป่วย

- จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ

- จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือ หรืออาวุธในการทำร้ายตนเอง เช่น ของมีคมทุกชนิด ของแตกหัก หรือของแข็งที่อาจใช้เป็นอาวุธ น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น

4. **กรณีผู้ป่วยไม่ร่วมมือ** ตาม Code Violence (V) ที่ศูนย์รพ. โทร 97272 เพื่อเข้าช่วยเหลือสงบอาการผู้ป่วยด้วยผูกมัดผู้ป่วย (psysical restraint) ตามคำสั่งการรักษาด้วยสายผูกยึดบริเวณข้อมือ 2 ข้างและข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง และใช้ยาฉีดเพื่อควบคุมอาการ (chemical restraint) ตามแผนการรักษา โดยพบว่ามักนิยมใช้ยา กลุ่มรักษาอาการทางจิต (antipsychotic) ได้แก่ Halopridol และกลุ่มยานอนหลับ (benzodiazepine) ได้แก่ Dormicum Diazepam ในการสงบอาการดูแลบริหารยาตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เฝ้าระวังอาการความดันโลหิตต่ำ โดยบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 3 ครั้ง กรณีพบความดันโลหิตต่ำกว่า 90/50 mmHg ให้รายงานแพทย์ทันที หากคงที่ให้บันทึกต่อทุกครึ่งชั่วโมง และหลังได้รับยา 30 นาทีพบว่าอาการยังไม่สงบให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ

แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์



1.3) **การจัดสิ่งแวดล้อม (milieu therapy)** มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดการกระตุ้นอาการของโรคสำหรับผู้ป่วย และป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง เพราะฉะนั้น การสร้างบรรยากาศที่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชควรให้ความสำคัญ ในช่วงที่อยู่ในอารมณ์ซึมเศร้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุย ทำกิจกรรม ไม่อยู่คนเดียว ส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดและป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง และควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษหากผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับสูงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความคิดฆ่าตัวตาย 25-50% และพบการฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 8-19% (Latalova, Kamaradova & Prasko, 2014) พยาบาลต้องหมั่นสังเกตอาการ คำพูด และพฤติกรรม สัญญาณความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เช่น “ไม่มีใครต้องการเราแล้ว” “อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์” “ถ้าไม่มีเราสักคน ทุกคนคงสบายใจกว่านี้” เป็นต้น

1.4) **การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)** โดยการให้ความรู้ที่มีเป้าหมายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือทำให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องวางแผนเฉพาะราย โดยนำเอาความสามารถของผู้ป่วยความต้องการแหล่งประโยชน์ต่างๆ และระบบสนับสนุนของผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและจัดเตรียมการให้ความรู้ กระบวนการเรียนการให้ความรู้ที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้สอนจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายของการให้ความรู้ได้ (อรพรรณ ลีบุญวัชชัยและพีรพนธ์ ลีบุญวัชชัย., 2553)

1.5) **การฝึกทักษะ** โดยใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ ได้แก่

- การฝึกการผ่อนคลายเครียดด้วยการเทคนิคการหายใจ (breathing exercises) โดยการหายใจเข้าและออกช้า ๆ นับ 1-10 แนะนำให้ฝึกฝนเป็นประจำอาจจะหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือก่อนเข้านอน โดยใช้เวลาไม่น้อยกว่า 5-10 นาทีต่อครั้ง

- การใช้เทคนิคการผ่อนคลายจากกายสู่ใจ (Body to mind relaxation) เป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ลดอาการเกร็งหรือตึงที่เกิดขึ้นกับระบบกล้ามเนื้อของร่างกาย โดยนั่งในเก้าอี้ที่มีที่วางแขนขาและพนักเอนได้ตามสบาย หรือเก้าอี้ที่นั่งได้สบายๆ หรือนั่งฝึกให้หลังตรงพิงผนังและไม่เกร็ง ไม่งอเข่า ไม่ไขว้ขา วางเท้าทั้ง 2 ลงบนพื้น และปล่อยตัวตามสบาย ให้เกร็งกล้ามเนื้อจนรู้สึกแต่พอดีค่อยๆ คลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนอย่างช้าๆ ระยะเวลาเกร็งน้อยกว่าคลายประมาณ 2 เท่า หากเกร็งกล้ามเนื้อ 3-5 วินาที ช่วงผ่อนคลายต้องใช้เวลาประมาณ 6-10 วินาที เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เพื่อจดจำความรู้สึกผ่อนคลายได้อย่างแท้จริงมากขึ้น

1.6) **การให้คำปรึกษา เรื่องการปรับตัว** การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น

กิจกรรมกลุ่มพยาบาล Mood education ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวมากขึ้น การให้คำแนะนำการใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบวกด้วยการใช้ I-message การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยหรือญาติที่มีปัญหาจากการรับประทานยาหรือมีปัญหาในการปฏิบัติตัว

1.7) การติดตามการมารักษา โดยแนะนำการมาติดตามการรักษาตามนัด สามารถตรวจสอบวันนัดผ่านแอปพลิเคชัน และขอปรึกษาผ่าน Line official ของหน่วยตรวจฯ ได้ และผู้ป่วยจะได้รับการติดตามด้วยบริการพยาบาลออนไลน์ (Tele-nursing) เพื่อติดตามอาการและผลข้างเคียงการรับประทานยาแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการคำปรึกษาขณะอยู่บ้าน สามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้ที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชในวันเวลาราชการ และนอกเวลาราชการที่สายด่วนกรมสุขภาพจิต โทร 1323 กรณีอาการฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น อารมณ์เศร้ามาก เกิดความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามทำร้ายตนเอง สามารถมาพบาแพทย์โรงพยาบาลก่อนวันนัด หรือนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การรักษาได้ทันทั่วถึงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.) ระยะการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์คลุ้มคลั่ง เน้นการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

2.1) การดูแลความปลอดภัย โดยคัดกรองประเมิน สังเกตอาการผิดปกติที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทางจิตเวชตาม แนวทางการคัดกรองทางจิตเวชฯ (หน้า 38) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงดังโวยวาย ทำที่คุกคาม มีประวัติทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น โดยประเมินอาการและอาการแสดง สอบถามประวัติการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและสังเกตอาการผิดปกติ จัดลำดับความรุนแรงของอาการ ดังนี้ ระดับ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (stable phase) สามารถตรวจได้ ระดับ 2 คือ ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการ (stabilization phase) สามารถตรวจได้ และระดับ 3 คือ ผู้ป่วยประเภทวิกฤต (critical phase) ติดป้ายสัญลักษณ์ V (Violence) หน้าแฟ้มประวัติ การดูแลเช่นเดียวกับระยะการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์เศร้า (หน้า 35-37)

2.2) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจโดยใช้เทคนิคการสื่อสาร แสดงความเข้าใจและเข้าใจในขณะพูดคุยประเมินคัดกรอง กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจรับฟังด้วยความตั้งใจโดยปราศจากอคติ (active listening) เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสนทนาด้วย การยอมรับ (accepting) และการบอกสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย (sharing observation) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกถึงสิ่งที่คับข้องใจออกมาด้วย และรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ตั้งใจและเป็นมิตร

2.3) การจัดสิ่งแวดล้อม (milieu therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดการกระตุ้นอาการของโรคสำหรับผู้ป่วย และป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเอง เพราะฉะนั้น การสร้างบรรยากาศที่ดี

การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากในช่วงที่อารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) ผู้ป่วยอาจเกิดอาการคลุ้มคลั่ง (mania) ควบคุมสิ่งกระตุ้นต่างๆ เลือกบรรยากาศที่เงียบสงบ ปลอดภัย โดยไม่มีสิ่งรบกวนภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่และญาติ

2.4) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาศักยภาพ สัมพันธภาพ และการปรับตัวอย่างเหมาะสม อธิบายเรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปใช้ในการดูแลตนเอง แนะนำญาติเรื่องการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยเน้นเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาและการสังเกตอาการผิดปกติก่อนการเกิดอาการกำเริบ

2.5) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย เมื่อเกิดปัญหาขณะอยู่บ้านเมื่อเกิดอาการฉุกเฉินเกิดขึ้น สามารถนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่โดยโทรแจ้งสายด่วน 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง หรือแจ้งตำรวจ โทร 191 หากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พกพาอาวุธ

2). ระยะเวลาหรือคงที่ ระยะเวลาผู้ป่วยจะพูดคุยรู้เรื่อง รู้สึกตัวดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ การรักษาระยะนี้ยังคงยาในระดับต่อเนื่องต่อไปอาจใช้เวลา 3-5 เดือน เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการกำเริบเกิดขึ้น จนกระทั่งโรคสงบอาจพิจารณาลดยาลง โดยอาการที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นแบบแมนีหรือซึมเศร้าควรกินยาป้องกันระยะยาวโดยทั่วไปแพทย์จะให้กินยานานอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป การกินยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถควบคุมอาการได้ดีรวมทั้งสามารถป้องกันการกำเริบในครั้งต่อไป และควรพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินผลการรักษาตลอดจนผลข้างเคียงจากยาแพทย์อาจปรับยาเป็นช่วงๆ ตามแต่อาการของโรค โดยพยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทในการส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

2.1 การให้ความรู้ (psychoeducation) คือ การให้ความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค อาการแสดง ประโยชน์และผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ที่สำคัญควรหมั่นสังเกตอารมณ์ของตนเอง เรียนรู้อาการแรกเริ่มของโรค และรีบไปพบแพทย์ก่อนจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น เพราะโรคนี้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำในขณะที่รับประทานยา (Helmer, 2011) อีกทั้งการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย มีกิจกรรมที่ช่วยคลายเครียด หลีกเลียงสุรา สารเสพติด การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง หากมีปัญหาผลข้างเคียงจากยา ควรปรึกษาแพทย์ก่อน ไม่ควรหยุดยาเอง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น (Khamkum, Keawkingkaew & Nintachan, 2011)

2.2 การทำกลุ่มจิตบำบัด (psychotherapy) โรคอารมณ์สองขั้วสามารถควบคุมอาการได้ด้วยยาแต่การทำกลุ่มบำบัดรวมกับการใช้ยาจะช่วยส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (National Institute of Mental Health, 2018) ซึ่งการทำกลุ่มบำบัดจะช่วยแนะนำ ส่งเสริม และคอยสนับสนุน ให้ความรู้ และเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและครอบครัวดูแลตนเองได้ กลุ่มบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิด การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม เพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ (Kingkaew, 2014) การทำจิตบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบดังนี้

- การปรับพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Behavioral Therapy--CBT) แม้ว่าการจัดกลุ่มให้กับผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหลากหลายรูปแบบ แต่โดยส่วนใหญ่จะพบการจัดกลุ่มบำบัดเพื่อการรักษามากที่สุด เป้าหมายในการทำ CBT คือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและพัฒนาความตระหนักรู้ อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

- จิตบำบัดครอบครัว (Family-focused therapy) เนื่องจากโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติและอยู่ในสังคมได้

- จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and social rhythm therapy) เป็นรูปแบบการบำบัดเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่นและจัดการกับกิจกรรมประจำวันซึ่งอาจจะช่วยป้องกันการเกิดอาการคลุ้มคลั่ง

- กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ส่งเสริมให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ อาการแสดง การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียด

2.3 การติดตามเยี่ยมในชุมชน (Home visit) มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินอาการผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือ ซึ่งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคอารมณ์สองขั้ว

ได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน บางราย 2 ปีหรือมากกว่านั้น เวลาที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มักเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว พยาบาลจิตเวชควรแนะนำให้ญาติหรือคนใกล้ชิดใส่ใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หากพบอาการผิดปกติใด ๆ ที่อาจเป็นการกลับเป็นซ้ำของโรค ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด การสังเกตอาการจากผู้ใกล้ชิดจึงเป็นวิธีการที่จะให้รู้ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นี้ได้แม่นยำและดีที่สุด นอกจากนี้ควรแนะนำให้ญาติสังเกตและสนใจในคำพูดที่สะท้อนความคิดของผู้ป่วย ในความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (Pheankead, 2009) และสนับสนุนให้ญาติรับฟังปัญหาของผู้ป่วยยามที่เขาทุกข์ใจมากที่สุด โดยญาติอาจมีส่วนร่วมในการชี้ให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาจากแง่มุมอื่นๆ ได้เห็นทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ควรกล่าวชื่นชม ให้รางวัล เมื่อผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น แนะนำสมาชิกในครอบครัวแสดงความรัก ความผูกพันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับในความแตกต่างของกัน

จากการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง นอกจากความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแล้วสิ่งที่สำคัญจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมคือการได้ข้อมูลซึ่งตรงกับสภาวะจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย การประเมินภาวะจิตสังคมและการตรวจประเมินสภาพจิตเป็นการช่วยทราบให้ภาวะด้านจิตสังคมของบุคคลนั้นเป็นอย่างไร และช่วยค้นหาความผิดปกติทางจิต ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้เข้าใจถึงสภาวะด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด ความเข้าใจ การรับรู้ปัญหา การเผชิญปัญหา การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย เพื่อสามารถนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรวมถึงวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การประเมินภาวะจิตสังคม (Psychosocial assessment)

เป็นการประเมินภาวะด้านจิตใจอารมณ์ของบุคคลที่แสดงออกให้เห็นได้จากสีหน้า ท่าทาง แววตา คำพูด น้ำเสียง อากัปกริยา ท่าทาง และพฤติกรรมอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ภาวะจิตสังคมนี้มีอิทธิพลต่อความคิด ทักษะคิด การรับรู้สติปัญญา แรงคลใจ การตัดสินใจ และการตอบสนองต่อพฤติกรรมอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน การแปรเปลี่ยนของภาวะจิตสังคม เกิดจากสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นในแต่ละวัน ทำให้สามารถบอกได้ว่าภาวะด้านจิตสังคมของบุคคลนั้นเป็นอย่างไรปกติหรือผิดปกติ เพื่อสามารถนำมารวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อไป การประเมินภาวะจิตสังคม มีหลายองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการประเมิน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มารับการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติส่วนบุคคล ประวัติครอบครัวละสัมพันธภาพในครอบครัว จุดแข็งหรือคุณสมบัติทางบวก การจัดการกับปัญหา

ลักษณะคำถาม ควรตั้งคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเหตุการณ์อย่างละเอียด ไม่ควรใช้คำถามปลายปิดหรือชี้นำเพราะจะทำให้ประเด็นการสัมภาษณ์ไม่ชัดเจนและขาดรายละเอียดไป เช่น ขณะนี้มีอะไรที่รบกวนจิตใจบ้าง อารมณ์ ความรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง เรื่องอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจ หลังจากเหตุการณ์นี้ เห็นตัวเองเปลี่ยนไปอย่างไร

การตรวจประเมินสภาพจิต (Mental Status Examination)

การตรวจสภาพการทำงานของจิตใจของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติทางจิต เปรียบได้กับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติทางกาย แล้วนำไปวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคจิตใจนั้น เป็นนามธรรมจึงไม่สามารถตรวจได้จาก การ ดู คลำ เคาะ ฟัง การตรวจทางจิตเป็นการอนุมานจากการสังเกตสิ่ง que ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ประเมินต้องใช้เทคนิคการสัมภาษณ์และทักษะในการสังเกต ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นผลมาจากสิ่งที่อยู่ในจิตใจ แล้วนำมาแปลความหมายและตัดสินใจว่าอาการเหล่านั้นผิดปกติหรือไม่ ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป (General appearance) การพูดและกระแสคำพูด (Speech and stream of talk) อารมณ์และอารมณ์ที่แสดงออก (Mood and Affect) ความคิด (Thinking and perception) การรับรู้สภาวะตนเองและสิ่งแวดล้อม (Cognition and Sensorium) หน้าที่เกี่ยวกับการใช้ความคิดปัญญา (Cognitive Function) การตัดสินใจ (Judgment) การหยั่งรู้ตนเองและแรงจูงใจในการรักษา Suicidal/Homicidal ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ชนา นิลชัย โกวิทย์, 2558 ; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556 ; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554 ; Sadock and Sadock, 2014 ; Shives, 2012)

1. ลักษณะทั่วไป (General Appearance) มีประเด็นที่พยาบาลต้องสังเกตและ บันทึกดังต่อไปนี้

1.1 รูปร่างลักษณะทั่วไป และสภาพความสมบูรณ์ทางร่างกาย ประเมินโครงสร้างทางร่างกายจากน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณค่า BMI พร้อมแปลความ หมายความเหมาะสมของร่างกายกับอายุรูปร่างมีความพิการหรือลักษณะเด่นในตัวผู้ป่วย

1.2 การแต่งกาย ลักษณะการแต่งกายของผู้ป่วย เป็นอย่างไร มีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น เรียบร้อย เหมาะสมตามวัย เสื้อผ้าสกปรกหรือมีกลิ่น แต่งกายย้วยวน นุ่งห่มน้อย หรือแต่งกายประหลาด สี ฉูดฉาด น ขี้มขัดมาคาดศีรษะ เป็นต้น

1.3 ท่าทาง (Posture) และการเคลื่อนไหว (Motor activity) ผู้ป่วยท่าทางผ่อนคลายหรือเกร็ง และมีกรเคลื่อนไหวอย่างไร เช่น ไม่เคลื่อนไหว กระวนกระวาย มีพฤติกรรมซ้ำๆ รวมถึงประเมินการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวด้วย

1.4 การแสดงสีหน้า การประเมินการแสดงออกทางสีหน้าจะช่วยบ่งบอก อารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นได้ เช่น สีหน้ากังวล เศร้า เรียบเฉย เกรียดยึดอัด ร่าเริง เป็นต้น

1.5 ปฏิกริยาขณะสัมภาษณ์ ลักษณะท่าทางของผู้ป่วยจะช่วยบ่งบอกว่าผู้ป่วยมี ทำที่ต่อผู้สัมภาษณ์อย่างไร เช่น ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือดีจะมีท่าที่ที่ผ่อนคลาย ตรงกันข้ามกับบาง รายที่นั่งเกร็ง กอดอก บางรายไม่ให้ความ ร่วมมือในการตอบคำถามสั้นๆ บางรายมีท่าทางยั่ววน หรือกรูมกริมกับผู้สัมภาษณ์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ สามารถสะท้อนถึงความเป็นตัวตน และสัมพันธภาพ ระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ป่วยได้

2. การพูดและกระแสคำพูด (Speech and stream of talk) การพูดเป็นการทำงานของระบบ กล้ามเนื้อผ่านกระบวนการคิด ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ทางกระบวนการคิดมักแสดงออกทาง คำพูด โดยสังเกตจาก อัตราการพูด (Rate) จังหวะ (Rhythm) ความดัง (Volume) ความผิดปกติของค าพูด และกระแสคำพูด (Stream of talk) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

อัตราการพูด (Rate) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เร็วหรือช้า

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

ความดัง (Volume) พูดค่อยหรือดัง เสียงดังอาจเพราะโกรธ

ความผิดปกติของคำพูด ได้แก่ คำพูดที่แปลกใหม่ที่ผู้อื่นไม่รู้จักความหมาย (Neologism) การ พูดโดยนำคำหรือวลีมาผสมกันแต่ไม่มีความหมาย (Word salad) พูดเสียงเดียว (Monotonous) พูด เสียงขึ้นๆลงๆ (Singsong)

กระแสคำพูด (Stream of talk) ความผิดปกติ ได้แก่ การพูดที่ไม่สมเหตุสมผล (Illogical) พูด ไม่ปะติดปะต่อกัน(Incoherence) พูดไม่รัดกุม(Unconscious) พูดไม่ได้ใจความตรงกับความเป็นจริง (Irrelevance) ความผิดปกติของกระแสคำพูดอาจเป็นแบบววนซึ่งมีรายละเอียดมากแต่ยัง ตอบ ตรงค ถามในที่สุด (Circumstantial) พูดออกนอกเรื่อง (Tangential) ตอบไม่ตรงคำถาม ตอบคำถาม เดิมซ้ำๆ แม้จะเปลี่ยนคำถาม (Perseveration) พูดลิ้นพันกัน (Slurred) พูดคำเสียงคล่องจอง กันแต่ไม่ มีความหมาย (Lang association) เช่น “ไปไหนไหนไป” พูดตามคำพูดคนอื่น (Echolalia) พูดคน เดียวซึ่งอาจเป็นการบ่นหรือพูดโต้ตอบกับเสียงจากหูแว่วก็ได้

การไม่เข้าใจความหมายของคำพูด (Sensory aphasia) และการไม่สามารถพูดตามที่ตน ต้องการ แม้จะเข้าใจคำพูดของผู้อื่น (Motor aphasia) ส่วนมากเป็นอาการของโรคสมองและระบบ ประสาท

3. อารมณ์และอารมณ์ที่แสดงออก (Mood and Affect) ในส่วนของอารมณ์ จะมีคำว่า mood and affect ซึ่งจะต่างกันตรง mood จะเป็น พื้นฐานของอารมณ์ของบุคคลคนนั้น ส่วน affect เป็น ภาวะของอารมณ์ในปัจจุบัน สำหรับการ ประเมิน mood อาจจะใช้คำถามว่า “โดยปกติทั่วไป คุณคิดว่าอารมณ์ของคุณเป็นอย่างไร” ส่วน การประเมิน affect ว่าเป็นอย่างไร อาจใช้คำถามว่า “ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร” นอกจากการถามเพื่อประเมินอารมณ์ ยังต้องใช้ในการสังเกตสีหน้าท่าทางและน้ำเสียงร่วมด้วย ว่ามีอารมณ์เศร้า (Depressed) โกรธ (Anger) กังวล (Anxious) พร้อมประเมินความสอดคล้องของอารมณ์โดย พิจารณาจากอารมณ์ที่สังเกตได้กับการแสดงออกว่า เหมาะสม (Appropriateness) หรือไม่เหมาะสม (Inappropriate) ถ้าไม่แสดงออกของอารมณ์ทั้งทางสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง เรียกว่า flat หรือ blunted affect ถ้าผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า มักจะเชื่องช้า หากกังวลหรือ ตื่นเต้น ก็จะกระสับกระส่าย ลูกลึกลุกลน เป็นต้น

4. ความคิด (Thinking and perception) ในการประเมินความคิดของผู้ป่วย พยาบาลอาจใช้คำถามและการสังเกต ดังนี้

4.1 กระแสความคิด (Stream of thought) ประเมินจากความต่อเนื่องและความสัมพันธ์กัน (association) ระหว่างเรื่องที่พูด ตรง เรื่องราวหรือกวน เร็วหรือช้า ดีที่สุดคือ การสังเกตตอนที่ผู้ป่วยเล่าประวัติของเขา

4.2 เนื้อหาความคิด (Content of thought) ประเมินเนื้อหาความคิดของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ผู้สัมภาษณ์ควรตรวจทานว่าความคิด นั้นอยู่ในความเป็นจริง ถูกต้อง มีเหตุผล และเหมาะสมหรือไม่ และแยกแยะให้ถูกต้องระหว่างความ ผิดปกติทางความคิดกับการรับรู้ ในการประเมินความคิดของผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากอาการสำคัญ การเจ็บป่วย ปัจจุบันและการเจ็บป่วยในอดีตมาประกอบกัน ซึ่งในการประเมินสภาพจิตนั้น พยาบาลควรใช้คำถาม ที่ประเมินความคิดแบบสั้น กระชับ รัดกุม ไม่ถามนำ ให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลใจในการตอบหรือใช้คำถาม กดดัน สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย (เอกอุมา อิมคำ, 2560) ดังเช่นตัวอย่างคำถามต่อไปนี้

ตารางแสดงคำถามประเมินเนื้อหาความคิด

ความคิด	คำถาม
ความคิดหลงผิด (delusion)	“คุณมีความเชื่ออะไรบ้าง ที่คนอื่นไม่เชื่อและอธิบายด้วยเหตุผล ไม่ได้”
หลงผิดคิดว่าถูกปองร้าย (delusion of persecution)	“ที่ผ่านมา คุณรู้สึกกลัวอะไรบ้าง ที่ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยเลย”... “แล้วทำอะไร”

ความคิด	คำถาม
	“คุณมีคู่อริบ้างไหม”... “คุณคิดว่าเขาจะทำ อย่างไรกับคุณ” “คุณรู้สึกว่าเป็นหรือคนรอบข้างรู้สึกอย่างไร กับคุณ”
หลงผิดคิดว่าตนเองเคยทำผิด ร้ายแรงหรือยก โทษไม่ได้ (delusion of sin and guilt)	“คุณคิดว่าตัวเองเคยทำผิดถึงขั้นให้อภัยไม่ได้ หรือไม่คะ” “คุณเชื่อเรื่องเวรกรรม บุญและบาปหรือไม่ อย่างไรคะ”
รู้สึกว่าการพูดคุยของคนอื่นมี ส่วนเกี่ยวข้องกับ กับตนหรือนินทา ตน(idea of reference)	“คุณคิดว่ามีคนก ลังนินทาคุณอยู่หรือไม่คะ” “เค้านินทาคุณว่าอย่างไรบ้าง”
รู้สึกว่าคุณเองถูกควบคุมหรือถูก บงการจาก ผู้อื่น (idea of influence)	“คุณเคยคิดว่าตนเองถูกควบคุมโดยบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่น ไหมครับ” “คุณเคยคิดว่าตนเองถูกควบคุมด้วยอำนาจ ลึกลับทางไสยศาสตร์บ้าง หรือไม่คะ”
ความรู้สึกว่าตนเองแปลก เปลี่ยนแปลงไปหรือ เสีย	“คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับอวัยวะของร่างกาย คุณ มันปกติดีหรือมี อะไรที่แปลกไปคะ”
ลักษณะประจำตัวไป (depersonalization)	
ความรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมแปลก ไปหรือ ห่างไกลออกไป (derealization)	“ที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่ามีสิ่งต่างๆรอบตัวของคุณ เหมือนเดิมหรือ เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่คะ”

5. การรับรู้สภาวะตนเองและสิ่งแวดล้อม (Cognition and Sensorium) การถามอาการของ
การรับรู้ที่ผิดปกติ สามารถถามผู้ป่วยได้โดยตรง เช่น “ขณะนั่งคุยกับ พยาบาลคุณ ได้ยินเสียงอื่นๆ
เช่นเสียงคนพูด โดยไม่เห็นตัวหรือไม่” หรือสังเกตจากพฤติกรรม บางอย่าง เช่น การพูดเพิ่มพำคน
เดียว การรับรู้ที่ผิดปกติมี 2 ประเภท ได้แก่

5.1 ประสาทหลอน (Hallucination) การแปลความหมายของประสาทการรับรู้
ทางหู ตา จมูก ลิ้น กาย ผิดไปทั้งที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น หูแว่ว ภาพหลอน

5.2 การแปลการรับสัมผัสผิด (Illusion) การแปลความหมายของประสาทการ
รับรู้ ทางหู ตา จมูก ลิ้น กาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่างๆ ผิดไป เช่น เห็นเชือกเป็นงู

6. หน้าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความคิดปัญญา (Cognitive Function)

6.1. ระดับความรู้สึกรู้ตัว (Consciousness) ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย ขณะทำการประเมินสภาพจิต ได้แก่ รู้สึกรู้ตัวดีสับสน ไม่ค่อยรับรู้สิ่งแวดล้อม หรือไม่รู้สึกตัว ระดับความรู้สึกรู้ตัวจะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ทราบความสามารถ ของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการ ประเมินสภาพจิต กับการแปลผลการประเมินสภาพจิต ในแต่ละด้านได้

6.2. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)

6.2.1 วัน เวลา : ควรถามถึงเวลาว่าขณะนี้เป็นเวลาเท่าไร รวมทั้ง วัน เดือน ปี ในกรณีที่ ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานผู้ป่วยอาจลืมวันที่ เดือน หรือปีพ.ศ. ไป ผู้สัมภาษณ์ อาจให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ก่อน แล้วจึงกลับมาประเมินใหม่ในช่วงท้าย

6.2.2 สถานที่ : โดยถามชื่อ โรงพยาบาล หอผู้ป่วย หรือต าแหน่ง ของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วย อยู่ขณะนั้น

6.2.3 บุคคล : โดยถามชื่อและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคล นั้นที่กล่าวถึงอาจเป็น บุคคลที่อยู่ในบริเวณนั้นที่ผู้ป่วยรู้จัก หรือเป็นคนในครอบครัวที่ผู้สัมภาษณ์ สามารถตรวจสอบสถานะบุคคลนั้นๆ ได้ รวมทั้งถามชื่อผู้ป่วย และสถานะของตนเอง หากผู้ป่วยไม่ ทราบแม้กระทั่งว่าตนเอง เป็นใคร ถือว่าเป็นกรณีที่อาการรุนแรงมาก

ความผิดปกติในส่วนนี้มักบ่งบอกความผิดปกติของสมอง (Organic brain disease) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะ delirium ผู้สัมภาษณ์ควรพยายามสืบหาความผิดปกติทางกายที่ท าให้เกิด อาการ ความผิดปกตินี้มักเกิดเรื้อรัง ดัดบ โดยสูญเสียการรับรู้วันเวลาก่อน ตามมาด้วยสถานที่ และ บุคคลตามล ดับ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นการรับรู้นี้จะดีขึ้นเป็นล ดับกลับกัน คือ บุคคล สถานที่ และ เวลา ที่สำคัญหากพบว่าผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่สามารถบอกข้อมูล ได้ถูกต้อง ผู้สัมภาษณ์ต้องให้ ข้อมูลที่ ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเสมอ

6.3 สมาธิ (Concentration) การตรวจสอบสมาธิและความตั้งใจ ทำได้หลายวิธี วิธีที่ นิยมได้แก่

6.3.1 การนับเลข (Digit span) โดยให้ผู้ป่วยนับเลขตามหลังจากที่ ผู้สัมภาษณ์บอกเลข ให้ฟังตามล ดับ ได้แก่การให้พูดตามตัวเลขโดยนับ ไปข้างหน้า (Digit span- forward) และการนับ ย้อนกลับจากที่ผู้สัมภาษณ์พูด (Digit span-backward) การทดสอบทั้งสอง แบบนี้ควรใช้ตัวเลข แยกกันคนละชุด การบอกเลขแต่ละตัวควรห่างกันประมาณ 1 วินาทีเท่าๆ กัน หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ในแต่ละหลักให้ทดสอบซ้ำด้วยเลขชุดใหม่ หากทดสอบสองครั้งไม่ สามารถท ำได้ให้หยุด ตัวเลขที่ ใช้สัมภาษณ์ไม่ควรเป็นตัวเลขที่เรียงกันเป็นระบบ โดยปกติแล้ว

ผู้ป่วยควรนับเลขไปข้างหน้าได้ 6 หลัก และนับย้อนหลังได้ 4 หลัก หากทำได้น้อยกว่านี้แสดงว่าทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ยกเว้นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ไม่ถือว่าเป็นผิดปกติ นอกจากนี้ความแตกต่างของจำนวนหลักที่ทำได้ระหว่างกรนับ เลขไปข้างหน้าและย้อนกลับหากมากกว่า 3 หลักถือว่าเป็นผิดปกติ

6.3.2 การลบเลขที่ละ 7 หรือที่ละ 3 (Serial 7's or Serial 3's) เป็นการตรวจวัด สมาธิโดยการลบเลขออกทีละ 7 จากจำนวน 100 โดยไม่ใช่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใด แม้แต่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังลบเลข เราสามารถสังเกตสมาธิและความตั้งใจของผู้ป่วยได้ ว่ามีการใช้เวลาคิดนาน มีการลังเลในการตอบ หากผู้ป่วยไม่สามารถคิด 100 - 7 ได้สามารถใช้ 20 - 3 แทนได้หากยังทำไม่ได้ให้พูดชื่อวันในสัปดาห์ย้อนหลัง หรือพูดชื่อเดือนใน 1 ปีย้อนหลังแทน

6.4 ความจำ (Memory) การทดสอบความจำแบ่งออกตามชนิดของความจำ ดังนี้

6.4.1 Immediate memory สามารถดูได้จาก digit span test หรือให้ผู้ป่วยพูดทวน ของสามสิ่งทันทีที่ผู้สัมภาษณ์พูดจบ

6.4.2 Recall memory โดยให้ผู้ป่วยจำของสามสิ่งทีพูดทวนไปแล้วให้กลับมาบอกอีก ครั้งเมื่อเวลาผ่านไป 5 นาที หรือการให้ผู้ป่วยบอกเล่าในสิ่งที่เพิ่งผ่านมาไม่นาน เช่น เมื่อเข้าทานข้าว กับอะไร

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

6.4.4 Remote memory โดยถามถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมาหลายปี เช่น วันเกิดของผู้ป่วย จำนวนและชื่อบุตร จำนวนและชื่อพี่น้อง ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมหรือมีปัญหาเรื่องความจำใหม่ๆ มักสูญเสีย Recent memory เป็นอันดับแรก และความจำที่ยาวนาน Remote memory มักเสียภายหลัง

6.5. ความรู้ทั่วไปและสติปัญญา (Intellectual function) ประเมินเชาวน์ปัญญาอย่างง่ายโดยการถามความรู้ทั่วไปที่คาดว่าบุคคลควรรู้จัก เช่น ธงชาติ ไทยมีกี่สี ได้แก่อะไรบ้าง วันสงกรานต์ตรงกับวันที่เท่าไร พระมหากษัตริย์ของประเทศไทยคือใคร หรือ พระอาทิตย์ขึ้นทางทิศไหน เป็นต้น หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้จริงอาจแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ต้องดูแลรักษาต่อไป

6.6 ความคิดแบบนามธรรม (Abstract thinking)

6.6.1 ความสามารถในการบอกความเหมือนกัน (Similarity)

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

6.6.2 ความสามารถในการบอกความแตกต่าง (Difference) การบอกความต่างไม่สามารถประเมินความคิดเชิงนามธรรมได้ แนวโน้มมักจะตอบเป็นรูปธรรมมากกว่า แต่เรามักนำมาใช้ในการเริ่มต้นคำถามในกลุ่มนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยต่อการตอบคำถามแบบเปรียบเทียบ

6.7 บอกความหมายของคำพังเพยและภายิต (Poverty Interpretation) การใช้สุภายิตเข้ามาถามอาจเป็นปัญหาหากเลือกสุภายิตที่ไม่คุ้นเคยและผู้ป่วยที่ถูกถามซ้ำๆ อาจมีการเรียนรู้และจดจำ ได้ ซึ่งยากต่อการประเมินแท้จริงโดยรวม วิธีการถามอาจเริ่มต้นว่า “คุณรู้จักสุภายิตคำพังเพยไหม” “คุณคิดว่าสุภายิตนี้หมายถึงอะไร” หรือ “คุณเข้าใจอย่างไร” คนที่มีระดับเขาวงกตปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยจะตอบได้ 4-5 คำ ในทางปฏิบัติผู้ป่วยสามารถตอบได้ 2 ใน 3 ถือว่าปกติ

7. การตัดสินใจ (Judgment) เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการวางแผน การกำหนดเป้าหมาย และการกระทำที่เหมาะสมของผู้ป่วย โดยใช้การพิจารณาตัดสินใจจากสถานการณ์ ตัวอย่าง ผู้สัมภาษณ์จะเล่า สถานการณ์สมมติแล้วให้ผู้ป่วยตอบว่าจะทำอย่างไร พร้อมถามเหตุผลประกอบ หลังจากนั้นจึง ประเมินว่าคำตอบที่ได้นั้นเหมาะสมหรืออยู่ในความเป็นจริงหรือไม่ ทั้งนี้ต้องพิจารณาประเด็นทางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและสถานะตามบริบทของผู้ป่วยร่วมด้วย

คำถามที่ 1 จะทำอย่างไรถ้าคุณเดินไปพบจดหมายที่เจ้าหน้าที่ของครบ คิดแสดมภ์เรียบร้อยตกอยู่ที่ถนน

การประเมิน เหมาะสม : หากผู้ป่วยทราบว่าจะส่งให้ถึงมือผู้รับ โดยวิธีที่เหมาะสม เช่น “หย่อนตู้ไปรษณีย์ที่อยู่ใกล้ๆ” หรือ “เอาไปส่งที่ทำการไปรษณีย์ที่อยู่ใกล้ๆ”

ปานกลาง : หากผู้ป่วยเห็นควรว่าให้คนอื่นเข้ามารับจดหมายนั้นต่อไปมากกว่าตนเอง เช่น “ส่งให้ตำรวจ” หรือ “ส่งแผนกจดหมายที่หาผู้รับไม่ได้”

ไม่เหมาะสม : หากผู้ป่วยไม่ทราบจะทำอย่างไรหรือถือวิสาสะในจดหมายนั้น เช่น “ทิ้งไว้เฉยๆ” หรือ “เปิดดู”

คำถามที่ 2 จะทำอย่างไรถ้าคุณนั่งดูภาพยนตร์ในโรงภาพยนตร์และเห็นกลุ่มควันไฟเป็นคนแรก การประเมิน เหมาะสม : หากผู้ป่วยแจ้งให้ผู้มีอำนาจในการจัดการของโรงภาพยนตร์นั้นๆ

ทราบ เช่น “บอกพนักงานในโรงภาพยนตร์”หรือ“ไปบอกผู้จัดการโรงภาพยนตร์” ปานกลาง : หากผู้ป่วยแสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์หรือจัดการด้วยตนเอง เช่น “ไปดึงสัญญาณไฟไหม้”หรือ “ไปดับไฟ”หรือ“โทรเรียกพนักงานดับเพลิง” ไม่เหมาะสม : หากผู้ป่วยไม่ทำอะไร หรือกระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดการตื่นตกใจอย่างมากต่อฝูงชน เช่น “ตะโกนดังกๆ ให้คนรู้ว่าไฟไหม้”หรือ“วิ่งหนี”

8. การหยั่งรู้ตนเองและแรงจูงใจในการรักษา (Insight and motivation) เป็นการรู้ตัวและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง แบ่งเป็น 6 ระดับดังนี้

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

ผู้สัมภาษณ์ควรประเมินสภาพจิตใจให้ครบทุกหัวข้อ แล้วจึงนำมาสรุปว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินนั้นมีการหยั่งรู้สภาพความเจ็บป่วยอยู่ระดับใดใน 6 ระดับนี้ และควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

9. Suicidal/Homicidal เป็นการประเมินความคิดฆ่าตัวตายและประเมินความตั้งใจฆ่าตัวตาย เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจรักษาอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น “เคยมีความคิดไม่ยอมมีชีวิตอยู่หรือไม่” “เคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองบ้างหรือไม่” “อาการที่คุณเป็นรบกวนชีวิตของคุณมากหรือไม่ บางคนเครียดมากจากอาการจนคิดฆ่าตัวตาย คุณเคยคิดหรือไม่” “มีความคิดอยากตายไหมคะ” และ “คุณมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่” “เครียดถึงขนาดคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ให้จบปัญหาไหม” “คุณมีปัญหาอะไรในชีวิตที่จะหนีปัญหาโดยการคิดฆ่าตัวตายไหม” และ “อะไรคือเหตุผลสำคัญที่ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่”

จากการนำเสนอข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การประเมินจิตสังคมและการตรวจประเมินสภาพจิตใจในข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เนื่องจากคู่มือเล่มนี้พัฒนาขึ้นมาสำหรับการดูแลในบริบทผู้ป่วยนอก จึงเหมาะสำหรับนำไปใช้ในหน่วยตรวจฯ โดยแบ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาลในระยะอาการเศร้าในบริบทผู้ป่วยนอก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะ กลุ่ม คลั่งในบริบทผู้ป่วยนอก โดย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะอาการเศร้าในบริบทผู้ป่วยนอก มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากรับรู้ต่อตนเองในทางลบ
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาด้านเศร้า
3. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหาร ไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซึมเศร้า
4. ผู้ป่วยบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเนื่องจากรับรู้ตนเองในทางลบ
5. ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะซึมเศร้า
6. ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า
7. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากได้รับยาที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง
8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง
9. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรงซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยยะอารมณ์เศร้าในบริบทผู้ป่วยนอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากรับรู้ต่อตนเองในทางลบ</p>	<p>1. จากการสังเกตและซักประวัติ เช่น ผู้ป่วยบ่นอยากตาย รู้สึกไร้ค่า สีหน้าเศร้าหมอง หงุดหงิด กระวนกระวาย มีความคิด/วางแผนทำร้ายตัวเองก่อนมารพ. ประวัติใช้สารเสพติด</p> <p>2. ประเมินคะแนน PHQ 9, แบบคัดกรองความเสี่ยงการทำร้ายตนเอง</p> <p>3. ตรวจร่างกายและบาดแผลต่างๆ เช่น ข้อมือ</p>	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการทำร้ายตัวเอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ขณะอยู่ในหน่วยตรวจฯ</p> <p>2. คะแนน ประเมิน PHQ 9 < 21, แบบคัดกรองความเสี่ยงการทำร้ายตนเอง < 8 คะแนน</p> <p>3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่มีความคิดอยากตาย</p>	<p>1. ประเมินคัดกรองอาการและสังเกตอาการผิดปกติ ตามแนวทางแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ (หน้า 34) เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยและให้การดูแล (หน้า 31-33) กรณี Admit/Refer ประสานส่งต่อข้อมูลการรักษา แจ้งญาติถึงขั้นตอนการรักษา ตาม Flow การดำเนินการในหน่วยตรวจโรคจิตเวช (ภาคผนวก)</p> <p>2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ความไว้วางใจ</p> <p>3. แสดงความเข้าใจ พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยการสบตา (eye contact) ให้ความสนใจในการสนทนาและรับฟังด้วยความตั้งใจโดยปราศจากอคติ (active listening) เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสนทนาด้วย การยอมรับ (accepting) และการบอกสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย (sharing observation) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกถึงสิ่งที่คับข้องใจออกมาด้วย และรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ตั้งใจและเป็นมิตร</p> <p>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้ง หาแนวทางร่วมรักษา เพื่อระบุปัญหา และตั้งเป้าหมายและแผนการรักษา โดยสนทนากับผู้ป่วยถึงข้อเสียที่ผู้ป่วยได้รับจากการทำร้ายตัวเอง ใช้</p>

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>เทคนิคการสนทนา การสำรวจข้อมูล(exploring) กระตุ้นในการค้นหาปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย</p> <p>7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยทันที ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบว่าความคิดนั้นเป็นจริงไหม แต่กลับเป็นความคิดที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น ไม่ควรที่จะปักใจเชื่อความคิดนั้นทันที ควรพิสูจน์ หรือตรวจสอบความคิดนี้ ก่อนว่าเป็นความจริงไหม หรือเป็นความคิดที่มีประโยชน์หรือเปล่า</p> <p>8. ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับลักษณะ พฤติกรรม อาการ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา</p>

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า	<p>1. ผู้ป่วยสีหน้ากังวล บอกว่ามีอาการปวดมีนศีรษะ คลื่นไส้ ท้องผูก ปากคอแห้ง กระวนกระวาย เบื่ออาหาร</p> <p>2. ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาไป หรือไม่อยากรับประทานยา</p>	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น สามารถรับประทานยาด้านเศร้าได้ต่อเนื่อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดมีนศีรษะ คลื่นไส้ ท้องผูก ปากคอแห้ง กระวนกระวาย เบื่ออาหารลดลง</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ต่อเนื่อง</p>	<p>1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษา และระบายความรู้สึกหลังรับประทานยาพิจารณาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยา พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ</p> <p>2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ปวดศีรษะ ง่วงนอน คลื่นไส้ ซึ่งอาการเหล่านี้มักไม่รุนแรงและจะหายไปเองในเวลาต่อมา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับหรือลดผลข้างเคียงและให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การลุกเปลี่ยนท่าช้าๆ และนั่งห้อยเท้าข้างเตียงประมาณ 1 นาทีก่อนลงจากเตียงเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนอิริยาบถ การรับประทานยาหลังอาหารทันทีหรือรับประทานพร้อมกับอาหารจะช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้ การดื่มน้ำเพื่อลดอาการปากคอแห้ง และการรับประทานผักผลไม้ให้เพียงพอเพื่อป้องกันอาการท้องผูก แต่ถ้าอาการข้างเคียงมีผลรบกวนกิจกรรมประจำวัน แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนชนิดหรือขนาดของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้</p> <p>3. ให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเรื่อง โรคอารมณ์สองขั้วและการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง การรับประทานยาสม่ำเสมอ เนื่องจากการรับประทานยาจะช่วยให้อาการซึมเศร้าทุเลาเร็ว เริ่มต้นใช้เวลารอ</p>

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>ยาออกฤทธิ์ประมาณ 2 สัปดาห์ และควรรับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับยาให้สารเคมีในสมองกลับสู่ภาวะปกติ</p> <p>4. ติดตามอาการทาง Tele-nursing หลังเริ่มรับประทานยาได้ 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการและการรับประทานยาของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาในการดูแลปฏิบัติตนและการจัดการปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดผลข้างเคียงขึ้นแก่ผู้ป่วย</p>

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยได้รับ สารน้ำ และ สารอาหารไม่ เพียงพอเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้า	<p>1. ผู้ป่วยบ่นเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า Fluoxetine Sertraline ซึ่งอาจมี ผลข้างเคียงเรื่องคลื่นไส้ เบื่อ อาหาร</p> <p>3. ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย มี น้ำหนักลดลงไปมากกว่า 5-10% ของน้ำหนักตัวภายใน 1 เดือน จากการรับประทานอาหารได้น้อยลง</p> <p>4. ผู้ป่วยผิวหนังแห้ง ตรวจ ร่างกายพบความตึงตัวของ ผิวหนังไม่ดี (poor skin tugor)</p>	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและ อาหารเพียงพอต่อความ ต้องการของร่างกาย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ได้มากขึ้น</p> <p>2. ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) อยู่ ในเกณฑ์ที่เหมาะสมระหว่าง 18.50-22.90 kg/m²</p>	<p>1. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เช่น โรค ประจำตัว นิสัยการรับประทานอาหาร แผลในช่องปากและฟัน เป็นต้น</p> <p>2. ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ปลา ไข่ขาวและนม เป็นต้น</p> <p>3. แนะนำการทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร เพื่อช่วยลด อาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>4. สอบถามและบันทึกจำนวนอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน</p> <p>5. ให้คำแนะนำญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้รับประทานโดยไม่ขัดแผนการ รักษา</p> <p>5. ให้แนะนำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหาร แนะนำให้ญาติชักชวนและกระตุ้นให้รับประทานอาหาร</p> <p>6. ติดตามชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา หากพบน้ำหนักลดผิดปกติ ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำและกำหนดสัดส่วนในการ รับประทานอาหาร</p> <p>7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความ ต้องการของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของสารอาหารที่ ร่างกายควรได้รับ</p>

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
4. ผู้ป่วยบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเนื่องจากรับรู้ตนเองในทางลบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสีหน้าเศร้าหมอง กังวล นั่งเหม่อเป็นพักๆ 2. มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ค่อยพูดกับใคร 3. ผู้ป่วยรู้สึกไม่ไว้วางใจใคร กังวล ในการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง 4. ผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้า หดหู่ ประเมิน PHQ 9 >21 5. ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความต้องการกับผู้อื่นได้ มักปฏิเสธเข้าร่วมกิจกรรม 	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ ป ว ย ส า ม า ร ถ ส ร ี า ง สัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น 2. ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการสื่อสาร โดยใช้ i-message สามารถสื่อสารความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่นได้มากขึ้น 4. สีหน้าสดชื่น ไม่แสดงความกังวล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความร่วมมือและความพร้อมในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเหมาะสมกับบุคคลอื่น หากพบว่าผู้ป่วยไม่ยินยอม สอบถามความรู้สึกและเหตุผลในการปฏิเสธ รับฟังปัญหาของผู้ป่วย พร้อมเชิญชวนและให้ข้อมูลรวมทั้งวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกเมื่อต้องพูดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ และความวิตกกังวลของตนเอง 3. ให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา ไตร่ตรองในสิ่งที่เกิดขึ้น คิดถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเอง และพยายามให้ผู้ป่วยคิดในทางที่ดี 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล ว่าบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม การที่จะทำให้อึดใจสงบสุข ต้องยอมรับในความแตกต่างนั้น 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงจุดดีของตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมอย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น กล่าวพูดกล้าแสดงออก และให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รู้จักการสื่อสารอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวย และให้แรงเสริม 6. แนะนำการใช้ I- message เพื่อบอกความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง (รายละเอียดในบทที่ 3)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
5. ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะซึมเศร้า	1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ บางครั้งฝันร้าย 2. สีหน้าอ่อนเพลีย 3. ผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้าหลุดประเมิน PHQ 9 >21	เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการนอนหลับเป็นปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง 2. คะแนนประเมิน PHQ 9 < 21 3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใสไม่อ่อนเพลีย	1. ประเมินแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยและการพักผ่อนเพียงพอในแต่ละวัน เช่น แผนการนอนหลับในแต่ละวันก็ชม เข้านอนเวลาใด มีการนอนหลับในช่วงกลางวันหรือไม่ กิจกรรมประจำวัน แผนการออกกำลังกาย แผนการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร 2. แนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับไม่มีการรบกวนการนอนของผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - เลี่ยง หลีกเลี่ยงเสียงดังหรือการเปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ เนื่องจากจะเป็นกระตุ้นรบกวนการนอน - แสง/อุณหภูมิ จัดบรรยากาศโดยรวมของห้องนอนให้ชวนพักผ่อน หลีกเลี่ยงแสงสว่างมากเกินไป อุณหภูมิพอเหมาะไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป - ใช้อาสาถ่ายเทสะดวก - ใช้เตียงนอนเพื่อการนอนเท่านั้น ห้ามใช้ทำกิจกรรมอื่น เช่น อ่านหนังสือหรือทำงาน 3. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายจะทำให้สุขภาพแข็งแรง จิตใจแจ่มใส

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>4. แนะนำออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดีแข็งแรงสดชื่น</p> <p>4. ร่วมกันค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ พร้อมซักถามถึงวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อนอนไม่หลับ และแนะนำให้ทดลองปฏิบัติ โดยพยาบาลติดตามประเมินผลซ้ำ หากไม่ได้ผลให้ร่วมกันวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการหาวิธีการอื่น เช่น วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมการหายใจ เป็นต้น</p> <p>5. แนะนำผู้ป่วยงดงีบหลับในช่วงกลางวัน เนื่องจากจะทำให้มีปัญหาการหลับตอนกลางคืนได้</p> <p>6. แนะนำเตียงเครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานก่อนนอน และส่งเสริมให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน</p> <p>7. ประสานทีมแพทย์หากยังมีอาการนอนไม่หลับเพื่อวางแผนการรักษาเพิ่มเติม เช่น การปรับยาปรับประทาน</p>

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
6. ผู้ป่วยมีการ ดูแลตนเองลดลง เนื่องจากมีภาวะ ซึมเศร้า	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้าหดหู่ ประเมิน PHQ 9 >21 2. ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย สายตา เหม่อลอย 3. มีอาการแยกตัว ไม่สนใจ กิจวัตรส่วนตัว 4. ญาติบอกว่าสนใจดูแลตนเอง ลดลง 5. สุขอนามัยไม่ดี มีกลิ่นตัว เสื้อผ้าไม่สะอาด 	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดีขึ้น ทำความสะอาดร่างกาย ได้สะอาดมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีสุขอนามัยดีขึ้น 2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น 3. คะแนน ประเมิน PHQ 9 < 21 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความสะอาดของร่างกาย สุขอนามัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพใน การดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. ให้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองให้สะอาด การ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง ให้คำชมเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ของตนเองให้สะอาด เช่น การอาบน้ำ สระผม การล้างหน้า 3. สอบถามความต้องการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และให้คำแนะนำหากิจกรรมที่ ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การฟังเพลง การสวดมนต์ เพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย 4. ให้คำแนะนำญาติควรหมั่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตัวเอง

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
7. เสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากได้รับยา ที่มีฤทธิ์กด ประสาท ส่วนกลาง	1. ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ง่วงซึม มึนงง 2. ได้รับยาในกลุ่ม มีฤทธิ์กด ประสาทส่วนกลาง	เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิด อุบัติเหตุและได้รับพิษจาก ฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆ 2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจาก ภาวะพิษของยาที่ใช้ในการ รักษา ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือ สั่น ปากแห้ง และคอแห้งมาก ขึ้น	1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ง่วงซึม เหนื่อย เวียน ศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น 2. ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด 3. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจาก การได้รับยาหรือไม่สุขสบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้ 4. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 5. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ การเกิดความรู้สึก สูญเสียคุณค่าใน ตนเอง	1. ผู้ป่วยมีอาการเศร้าบอกว่า รู้สึกตนเองเป็นภาระของคนอื่น 2. ผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้า หดหู่ ประเมิน PHQ 9 >21 3. ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ไม่พยายาม ช่วยเหลือตนเอง 4. ผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉย สายตา เหม่อลอย	เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยเห็นข้อดีในตนเอง ไม่ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และสามารถช่วยเหลือตนเอง ได้มากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเอง ได้ 2. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่า ในตนเองได้ 3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น สบตาเวลาพูดคุย	1. สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อตนเองและผู้อื่น 2. สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัว 3. สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกควมมีคุณค่าในตนเอง การ สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง ตลอดจนการแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย 4. ร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการให้ผู้ป่วยยอมรับและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปรับตัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไป 5. พยายามกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และชมเชยเมื่อปฏิบัติได้เอง หรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พร้อมทั้งแนะนำ กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จเพื่อเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 6. พยายามพูดคุยให้กำลังใจและให้ผู้ผู้ป่วยได้บอกถึงข้อดีในตนเองเพื่อ เสริมสร้างคุณค่าในตนเอง

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
9. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ อาการเสี ร่า รุนแรง ซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วย ขาดความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการ ปฏิบัติตัวเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน	1. ผู้ป่วยหยุดยากินเอง คิดว่าหาย แล้วหรือมีอาการข้างเคียงจากยา 2. ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดหมาย 3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจไม่ ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอาการสอง ซีกและการรักษา	เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอาการ เสี ร่า รุนแรง ซ้ำ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอาการ สองซีกและการรักษา 2. ผู้ป่วยร่วมมือในการ รับประทานยา ไม่มีอาการ กำเริบจากการขาดยา 3. ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่อง	1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการสองซีกและการรักษา 2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน โดยมี QR code กลับไปอ่านเพิ่มเติมขณะอยู่บ้าน ดังนี้ - สาเหตุของโรคอาการสองซีกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคอาการ สองซีก - ความสำคัญของการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา เน้นให้เห็น ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัดเพื่อ ป้องกันการป่วยซ้ำ - หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดด้วยตนเองเบื้องต้น ได้แก่ เทคนิคการหายใจผ่อนคลาย การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง - ประเมินและให้คำแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เช่น คนในครอบครัวที่ตนไว้วางใจ สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น - ให้คำแนะนำอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น อาการเสี ร่ามาก ขึ้น เกิดความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรือคิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หรือเกิดความเครียดที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ เป็นต้น 3. ประเมินปัญหา ความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและการ ดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>4. แนะนำครอบครัวเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การดูแลและการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ เน้นไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ครอบครัว/ผู้ดูแลควรช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานตรงเวลา การสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดไปจากเดิมให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้อาการของโรคกำเริบ</p> <p>5. ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนและแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ โรงพยาบาลใกล้บ้านที่มีแผนกจิตเวช กรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบสามารถพาไปรักษายังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>6. ติดตามทางโทรศัพท์กรณีไม่มาตามนัด เพื่อป้องกันการขาดยาและขาดการติดตามอาการ ลดความเสี่ยงการเกิดอาการกำเริบรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคลุ้มคลั่งในบริบทผู้ป่วยนอก มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

2. มีภาวะหลงผิดจากเนื้อหาความคิดที่ผิดปกติ

3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากมีความบกพร่องทางอารมณ์

4. ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากบกพร่องทางอารมณ์

5. มีอาการประสาทหลอนทางหูเนื่องจากการรับรู้ที่บกพร่อง

6. ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

7. ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนไม่ถูกต้องเนื่องจากอยู่ในระยะอารมณ์คลุ้มคลั่ง

8. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาที่มีฤทธิ์กด

ประสาทส่วนกลาง

9. ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาควบคุมอารมณ์

10. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเป็นพิษจากได้รับยา Lithium เกิน (Lithium Intoxication)

11. ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องเนื่องจากอยู่ในระยะอารมณ์คลุ้มคลั่ง

12. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

13. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะอาการคลุ้มคลั่งในบริบทผู้ป่วยนอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรง หงุดหงิดก้าวร้าว ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ขณะอยู่ในหน่วยตรวจฯ</p>	<p>1. ผู้ป่วยสีหน้าบึ้งตึง ไม่เป็นมิตร กระวนกระวาย เดินไปมา หงุดหงิด</p> <p>2. พูดเสียงดัง คำว่าข่มขู่ ควบคุมตนเองไม่ได้ ก้าวร้าวไม่ร่วมมือ</p> <p>3. มีประวัติทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>4. มีประวัติขาดการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง</p>	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยอาการสงบ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นขณะอยู่ในหน่วยตรวจฯ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3. ผู้ป่วยอาการสงบลง ให้ความร่วมมือในการรักษา</p>	<p>1. ประเมินคัดกรองอาการและสังเกตอาการผิดปกติ ตามแนวทางแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ (หน้า 34) เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยและให้การดูแล (หน้า 31-33) กรณี Admit/Refer ประสานส่งต่อข้อมูลการรักษา แจ้งญาติถึงขั้นตอนการรักษา ตาม Flow การดำเนินการในหน่วยตรวจโรคจิตเวช (ภาคผนวก)</p> <p>2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร สงบ จริ่งใจ ให้เกียรติ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย</p> <p>3. จำกัดพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือสภาพการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลถึงการจำกัดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ</p> <p>4. ประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>5. ประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ป้องกันพฤติกรรมรบกวน การเตรียมพร้อมจัดการ Code V ขณะเกิดเหตุการณ์</p> <p>6. ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับลักษณะ พฤติกรรม อาการ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>7. ทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมซ้ำ โดยค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการ/พฤติกรรมที่รุนแรงพร้อมทั้งผลกระทบจากพฤติกรรมที่รุนแรง และร่วมกันหาวิธีจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบ</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีภาวะหลงผิดจากเนื้อหาความคิดที่ผิดปกติ	1. ผู้ป่วยมีการรับรู้ผิดปกติ 2. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว พูดคนเดียว ทำท่าพยักหน้ากับคนอื่นแต่ไม่มีคนอยู่ใกล้ๆ	เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพตามความเป็นจริง เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยรับรู้สภาพตามความเป็นจริงใน 1 สัปดาห์	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยให้ความสนใจ ทักทายพูดคุยกับผู้ป่วยสม่ำเสมอ เมื่อพบกัน 2. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าถึงความคิดหลงผิดโดยไม่ขัดจังหวะ แต่ใช้เทคนิคการตั้งข้อสงสัยใน ขณะสนทนากับผู้ป่วยว่า “มันไม่น่าเชื่อ ที่คุณจะเป็นผู้วิเศษ หรือเป็นผู้หยั่งรู้” บอกถึงเหตุผลที่เป็นไปได้ ความไม่น่าเป็นไปได้ 3. อธิบายถึงความจริงที่พิสูจน์ได้ โดยอธิบายถึงความสัมพันธ์ตามหลักวิทยาศาสตร์ ส่วนตัวคุณไม่มีอะไรเป็นเครื่องมือ ถ้าคิดเอง คาดเดาเอง ย่อมมีความเป็นไปได้น้อยมาก แนะนำให้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผลและอธิบายได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งเกิดตามการคำนวณของนักวิทยาศาสตร์ที่มีเครื่องมือตรวจสอบ 4. เบี่ยงเบนความสนใจจากความคิดหลงผิด ให้ผู้ป่วยอยู่ในโลกของความเป็นจริง โดย บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ตอนนี้คุณกำลังมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช กำลังคุยอยู่กับพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากมีความบกพร่องทางอารมณ์	1. ผู้ป่วยถามซ้ำๆ ในเรื่องเดิม 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางวิตกกังวล	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าสดชื่น เข้าใจในแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</p> <p>2. ประเมินลักษณะของความวิตกกังวลที่เป็นปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือ</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และได้พูดสิ่งที่ตนคิดหรือกังวลให้ฟัง และร่วมกันหาแนวทางทางแก้ไข</p> <p>4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลทุกครั้งที่ทำให้กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้สังเกตสิ่งเร้าหรือสัญญาณเตือนถึงความวิตกกังวล</p> <p>6. แนะนำหากิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือก</p> <p>7. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความคิดวิตกกังวลและความคิดฟุ้งซ่าน</p> <p>8. แนะนำเรื่องการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความคิดวิตกกังวลและความคิดฟุ้งซ่าน</p> <p>9. ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เน้นการจัดการด้านอารมณ์ เช่น การรับรู้อารมณ์ความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักรับรู้อารมณ์ของตนเองว่าขณะนี้รู้สึกอย่างไร</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			เช่น ตอนนี้กำลัง โกรธ หรือ กำลังกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยเอาตนเองออกจากความรู้สึกนั้นๆ ได้เร็วขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>4. ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากบกพร่องทางอารมณ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว 2. ผู้ป่วยตำว่าคนอื่นเมื่อไม่ได้ตั้งใจ 3. ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมไม่เหมาะสมเมื่อหาทางออกของปัญหาไม่ได้ เช่น กำหมัดแน่น โวยวาย เสียงดัง ทำร้ายข้าวของ 4. มีประวัติเคยทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นในอดีต 	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยปรึกษากับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา มีสัมพันธภาพกับครอบครัวมากขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ปลอดภัยและมั่นใจในการที่จะบอกเล่าความคิด ความรู้สึก ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม 2. หลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำที่แสดงให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่มีศักดิ์ศรี เช่น “ทำอะไรไม่ได้สักอย่าง” 3. เอาใจใส่ รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีจริงใจและเป็นมิตร พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง 4. ประเมินวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งผลของการใช้วิธีการนั้นเพื่อประเมินความสามารถในการจัดการปัญหา อภิปรายวิธีการแก้ปัญหาในอดีต เวลาเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ โกรธ เสียใจ ผิดหวัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการปรับตัวต่อความเศร้า โศก สูญเสีย มองว่าการมีความโกรธ ไม่พอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ต้องเรียนรู้ที่จะยอมรับและแก้ไขในทางที่เหมาะสม ไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือหลบหนีปัญหา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		<p>3 . ผู้ป่วยบอกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ปัญหาได้</p>	<p>5. ร่วมกันกับผู้ช่วยวิเคราะห์ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาและพูดคุยถึงทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ฝึกการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการแก้ปัญหาคด้วยตนเองให้สำเร็จด้วยการสอนทักษะการเผชิญปัญหา</p> <p>6. ฝึกทักษะให้ผู้ช่วยแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ด้วยเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น การใช้ I- message</p> <p>7. กระตุ้นให้ผู้ช่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่เห็นผลในระยะสั้นและสามารถเห็นผลสำเร็จของกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและภูมิใจในตัวเองมากขึ้น เช่น กลุ่มส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิต</p> <p>8. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยการวิเคราะห์สาเหตุความขัดแย้งร่วมกันและช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวที่ผิดปกติของผู้ป่วยด้วยการใช้กลไกทางจิตเพื่อลดความกังวลและหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้าใจจะสามารถวางแผนการดูแลได้ตรงปัญหา นำไปสู่การแก้ปัญหาตามขอบเขตหน้าที่ สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาท ทำให้เกิดความเข้าใจและดูแลช่วยเหลือกันได้</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			9. ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือหรือให้การปรึกษา เช่น ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สายด่วนสุขภาพจิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
5.มีอาการประสาทหลอนทางหูเนื่องจากการรับรู้ที่บกพร่อง	1. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว 2. ผู้ป่วยนั่งพยักหน้าตอบคนเดียว บางครั้งทำปากขมุบขลิบคนเดียว	เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าสิ่งที่ได้ยินเป็นอาการทางจิต ไม่ใช่ความจริง	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยให้ความสนใจ เอาใจใส่ ทักทายผู้ป่วย สม่ำเสมอ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าถึงอาการประสาทหลอนและหลงผิด โดยไม่ได้แย้งและไม่ขัดจังหวะ แต่ใช้เทคนิคตั้งข้อสังเกตในขณะสนทนากับผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยเล่าว่าตนเองเป็นผู้สำเร็จโพธิญาณ สามารถล่วงรู้ถึงเหตุการณ์ก่อนหน้าได้ พยาบาลจึงบอกถึงสภาพความเป็นจริงและให้เหตุผลที่พิสูจน์ได้ ใช้เทคนิคตรวจสอบความเข้าใจ และขอความคิดเห็นของผู้ป่วยเพื่อสะท้อนความคิดของผู้ป่วย ในขณะสนทนาโดยพูดว่า “ดิฉันยังไม่เข้าใจมันหมายถึงอะไร คุณช่วยเล่าให้ดิฉันเข้าใจ ด้วยได้ไหม” 2. ประเมินอาการประสาทหลอนจากพฤติกรรมและคำพูด เช่น พบว่า ขณะที่ผู้ป่วยนั่งอยู่พบว่าพูดพึมพำโต้ตอบคนเดียว พยาบาลจึงซักถามว่า “คุณกำลังทำอะไร” ผู้ป่วยตอบว่า “พูดคุยกับพระพุทธเจ้า “ พยาบาลจึงชี้แจงสถานการณ์ความเป็นจริงว่า “ขณะนี้คุณกำลังคุยกับพยาบาลคนเดียวและดิฉันไม่ได้ยินเสียงนั้นเลย เรามาคุยกันเรื่อง.....ต่อกันดีกว่า” 3. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากสภาวะประสาทหลอนทางหู โดยพยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยสนทนากับญาติเพื่อเบี่ยงเบนจากอาการประสาทหลอน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
6.ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น	<p>1. ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ขาดสัมพันธภาพทางสังคม เช่น แชนกิว พูดแทรก</p> <p>2. ผู้ป่วยแสดงอาการข่มขู่ผู้อื่น</p>	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยเข้าใจกฎระเบียบการอยู่ร่วมกับผู้อื่น</p> <p>2. ผู้ป่วยแสดงท่าที และพฤติกรรมได้เหมาะสมเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทียอมรับและรับฟังผู้ป่วย พูดด้วยความสนใจตลอดเวลา</p> <p>2. แนะนำการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ท่าทีที่เป็นมิตร และใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก เช่น ให้คุณคิดถึงเวลาที่คุณเจ็บป่วย คุณอยากให้ผู้อื่นช่วยเหลืออย่างไร คุณก็ควรปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างนั้น ไม่แสดงท่าทีข่มขู่เมื่อต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม</p> <p>3. แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ที่สนใจ เช่น การเข้ากลุ่มออกกำลังกาย เพื่อให้ได้ฝึกการอยู่ร่วมกับผู้อื่น</p> <p>4. ชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นเพิ่มมากขึ้น</p> <p>5. ให้ผู้ป่วยบอกข้อดีของการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น</p> <p>6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ เช่น ช่วยดูแลความสะอาดเตียงนอนของตน ห้องนอน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งในบ้านที่จะร่วมช่วยกันรักษา ความสะอาด และสร้างความเป็นระเบียบให้กับสิ่งแวดล้อมในบ้าน</p> <p>7. แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เช่น ทักทายเพื่อนก่อน</p> <p>8. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
7. ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับไม่ถูกต้องเนื่องจากอยู่ในระยะอาการคลุ้มคลั่ง	1. ผู้ป่วยไม่นอนหรือจำนวนชั่วโมงการนอนลดลงมาก 2. แบบแผนการนอนไม่ถูกต้อง เช่น นอนกลางวัน แทนการนอนกลางคืน 2. สีหน้าหงุดหงิด	เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใสไม่หงุดหงิด	1. ดูแลแบบแผนการนอนของผู้ป่วยเพื่อประเมินการนอน และเสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือปรับแผนการนอน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานก่อนนอน - จัดตารางเวลาเข้านอนและตื่นนอนให้ตรง เวลาเดิมทุกวัน - ไม่นอนในเวลากลางวัน - จัดเตียงเครื่องนุ่มห่มที่มียาลดอาการง่วง คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน - ออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ แต่ไม่ควรทำก่อนนอน - ห้องนอน: อุณหภูมิพอเหมาะ อากาศถ่ายเทสะดวก เงียบ แสง สว่างไม่มากเกินไป - เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง นอนในท่าที่สบายที่สุด - ถ้าไม่สามารถนอนหลับได้ใน 15-30 นาที ให้ลุกขึ้นจากเตียง ไปทำกิจกรรมอื่นจนกว่าจะง่วง แล้วจึงกลับเข้านอน 2. แนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับไม่มีการรบกวน <ul style="list-style-type: none"> - เสียง หลีกเลี่ยงเสียงดังหรือการเปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ เนื่องจากจะเป็นกระตุ้นรบกวนการนอน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>- แสง/อุณหภูมิ จัดบรรยากาศโดยรวมของห้องนอนให้ชวนพักผ่อน หลีกเลี่ยงแสงสว่างมากเกินไป อุณหภูมิพอเหมาะไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป อากาศถ่ายเทสะดวก</p> <p>- ใช้เตียงนอนเพื่อการนอนเท่านั้น ห้ามใช้ทำกิจกรรมอื่น เช่น อ่านหนังสือหรือทำงาน</p> <p>3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษา</p> <p>4. ร่วมกันค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ พร้อมซักถามถึงวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อนอนไม่หลับ และแนะนำให้ทดลองปฏิบัติ โดยพยาบาลติดตามประเมินผลซ้ำ หากไม่ได้ผลให้ร่วมกันวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการหาวิธีการอื่น เช่น วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมการหายใจ เป็นต้น</p> <p>5. แนะนำงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
8. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง	1. ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ง่วงซึม มึนงง 2. ได้รับยาในกลุ่มมีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง	เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุและได้รับพิษจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุใดๆ 2. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะพิษของยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ง่วงซึมมาก มือสั่น ปากแห้ง และคอแห้งมากขึ้น	1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ง่วงซึม เหนื่อย เียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง เป็นต้น 2. ให้คำแนะนำญาติให้เฝ้าระวังและดูแลใกล้ชิด 3. พิจารณารายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาหรือไม่สบายจนไม่สามารถรับประทานยาได้ 4. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 5. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
9. ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาควบคุมอารมณ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกรับมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ปวดมึนศีรษะ มือสั่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน 2. ผู้ป่วยสีหน้ากังวล 	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาลดลงหรือหายไป เช่น ปวดมึนศีรษะ มือสั่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึงและเป็นข้อมูลรายงานการใช้จ่ายแก่แพทย์ 2. ให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ปวดศีรษะ ปวดมึนศีรษะ มือสั่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งพบว่าอาการเหล่านี้มักไม่รุนแรงและจะหายไปได้เองในเวลาต่อมา แต่ถ้าอาการข้างเคียงมีผลรบกวนกิจกรรมประจำวัน สามารถแจ้งแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนชนิดหรือขนาดของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้ 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับหรือลดอาการผลข้างเคียงได้แก่ การลุกเปลี่ยนท่าช้าๆ และนั่งห้อยเท้าข้างเตียงประมาณ 1 นาทีก่อนลงจากเตียงเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนอิริยาบถ การกินยาหลังอาหารทันทีหรือกินพร้อมกับอาหารจะช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้ การดื่มน้ำเพื่อลดอาการปากแห้งคอแห้ง และรับประทานผักผลไม้ให้เพียงพอเพื่อป้องกันอาการท้องผูก 4. แนะนำการระมัดระวังอุบัติเหตุ เพราะยาอาจทำให้ง่วง เวียนศีรษะ ตามัว 5. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากการรับประทานยาจะช่วยให้อาการทุเลาเร็ว เริ่มต้นใช้เวลารอยาออกฤทธิ์ประมาณ 2 สัปดาห์ และควรทานยาต่อเนื่องเพื่อรักษาระดับยาให้สารเคมีในสมองกลับสู่ภาวะปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>6. ให้คำแนะนำหากมีอาการก่อนวันนัด สามารถโทรศัพท์ปรึกษาอาการได้ที่หน่วยตรวจฯ หรือมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ แต่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง เช่น ปวดมึนศีรษะรุนแรง อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้ หรือมีอาการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น ปากบวม ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>10. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเป็นพิษจากได้รับยา Lithium เกิน (Lithium Intoxication)</p>	<p>1. ผู้ป่วยได้รับยา Lithium ขนาด 900-1,800 มิลลิกรัม/วัน</p> <p>2. เป็นผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>3. ผู้ป่วยมีผลเลือดค่า BUN > 20 mg/dl Creatinine > 0.95 mg/dl</p>	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเป็นพิษจากยา Lithium</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว เดินเซ</p> <p>2. ผลเลือดค่า Lithium อยู่ระหว่าง 0.6-1.2 mEq/L</p>	<p>1. ประเมินอาการพร้อมสังเกตผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน เดินเซ มือสั่น ถ่ายเหลว เป็นต้น เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึงและเป็นข้อมูลรายงานการใช้จ่ายแก่แพทย์</p> <p>2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และอาการภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเป็นพิษ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการของตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบได้ทันทีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น</p> <p>3. แนะนำข้อปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดความเสี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นที่อาจส่งผลต่อภาวะเป็นพิษของยา Lithium</p> <p>4. แนะนำฉบับที่ข้อมูลการรับประทานยาพดคิดตัว กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเป็นพิษขึ้นจะช่วยให้มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการรักษา</p> <p>5. ให้คำแนะนำเพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะเป็นพิษของยาโดย ติดตามค่าผลเลือดเพื่อประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเป็นพิษ คัดน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว/วัน หลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพอากาศร้อนหรืออยู่กลางแจ้งหรือการออกกำลังกาย</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>กายมากๆ แนะนำให้ดื่มเกลือแร่เมื่อมีอาการถ่ายเหลว เพื่อรักษาระดับเกลือแร่ในร่างกาย</p> <p>6. ให้คำแนะนำหากเกิดผลข้างเคียงขึ้น เช่น เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน เดินเซ มือสั่น ถ่ายเหลว เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
11. ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องเนื่องจากอยู่ในระยะอาการคลุ้มคลั่ง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยหงุดหงิด กระวนกระวาย วอกแวก สมาธิไม่ดี พลังหรือความคิดในหัวมาก 2. ญาติบอกว่าไม่สนใจดูแลตนเอง 3. สุขอนามัยไม่ดี มีกลิ่นตัว เสื้อผ้าไม่สะอาด 	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเอง 2. มีสุขอนามัยดีขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความสะอาดของร่างกาย สุขอนามัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. แนะนำและกระตุ้นการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองให้สะอาด เช่น การอาบน้ำ สระผม การล้างหน้า 3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายโดยการวิ่ง ไม่เน้นการแข่งขัน 4. แนะนำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิ ไม่กระวนกระวาย และลดกิจกรรมหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ผู้ป่วยถูกกระตุ้นหรือเลียนแบบได้ง่าย เช่น การดูหนังฆาตกรรม สยองขวัญ 5. ให้คำแนะนำญาติควรมั่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันของตัวเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
12. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง	1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะคลุ้มคลั่ง 2. ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเป็นคนไม่ดี เป็นภาระให้ผู้อื่น ไม่สามารถออกไปทำงานได้	เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ ผู้ป่วย มีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเองได้ 2. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าในตนเองได้ 3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น สบตาเวลาพูดคุย	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ให้ความสม่ำเสมอกับผู้ป่วย แสดงการยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทีตำหนิ เยาะเย้ย เมื่อผู้ป่วยพูดหรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เอาใจใส่ รับฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วย พูดด้วยท่าทีที่เป็นมิตร 2. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกน้อยใจ รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย กว่าคนอื่น และรู้สึกเป็นปมด้อยของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ และความวิตกกังวลของตนเอง 3. ให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา ไตร่ตรองในสิ่งที่เกิดขึ้น คิดถึงปัญหาและแนวทางแก้ไข ปัญหาของตนเอง และพยายามให้ผู้ป่วยคิดในทางที่ดี 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเรื่องศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทุกคนเท่าเทียมกัน และคุณค่าของ ความดีที่ทำ และไม่คิดเปรียบเทียบกับคนที่เหนือกว่า 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล ว่าบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม การที่จะทำให้จิตใจสงบสุข ต้องยอมรับในความต่างนั้น 6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงจุดดีของตนเอง ความสามารถที่ผู้ป่วยมี และสามารถทำประโยชน์ต่อตนเอง ต่อครอบครัวและสังคมได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			<p>7. แนะนำให้ผู้ป่วยลบสิ่งที่ไม่ดีและไม่สามารถแก้ไขได้ออกไปจากจิตใจ ให้คิดว่าสิ่งนั้นจบไปแล้ว ไม่นำมาคิดใหม่</p> <p>8. ให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ตนเองประสบความสำเร็จ หรือสิ่งดี ๆ ในชีวิต สิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ตนเองมีคุณค่า</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
13. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ต้องกินยาแล้วเพราะว่าหายแล้ว 2. ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษา และ ปฏิเสธการรับประทานยาขณะอยู่ที่บ้าน 	<p>เป้าหมายทางการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ 2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้อย่างถูกต้องครบตามแผนการรักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้สุขภาพจิตศึกษาตามสภาพปัญหาหรือความต้องการ 2. อธิบายเรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปใช้ในการดูแลตนเอง 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นต่อการรับประทานยาในการป้องกันอาการกำเริบ 4. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากิจกรรมหรือกลุ่มพยาบาล Mood education ในเรื่องการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวมากขึ้น 5. แนะนำญาติเรื่องการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยเน้นเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาและการสังเกตอาการผิดปกติก่อนการเกิดอาการกำเริบ 6. ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนและแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ โรงพยาบาลใกล้บ้านที่มีแผนกจิตเวช กรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบสามารถพาไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
			7. ติดตามทางโทรศัพท์กรณีไม่มาตามนัด เพื่อป้องกันการขาดยาและขาดการติดตามอาการ ลดความเสี่ยงการเกิดอาการกำเริบรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย : หญิงไทย

อายุ : 21 ปี

สถานภาพสมรส : โสด

อาชีพ : นักศึกษาชั้นปี 2

ศาสนา : พุทธ

วิธีการรักษา : ชำระเอง

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ : ปฏิเสธแพ้ยา อาหาร สารอื่นๆ

Diagnosis : Bipolar I Disorder with depressive episode

2. อาการสำคัญที่มารับการรักษา (Chief Complaint): “คำพูดของผู้ป่วย”

“มันเศร้า มันเบื่อ ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากอยู่เป็นมาได้สัก 2 เดือนแล้วค่ะ” ประเมิน PHQ 9 >21, แบบคัดกรองความเสี่ยงทำร้ายตัวเองเท่ากับ 11 คะแนน

3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย)

2 เดือน Prior To Admission (PTA) ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายมากขึ้น รู้สึกตัวเองไร้ค่าเนื่องจากไม่ได้ทำอะไร อยู่บ้านเฉยๆ เป็นภาวะของบิดามารดา นอนไม่หลับ เริ่มแยกตัว มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

1 วัน PTA อาการคงเดิมไม่ดีขึ้น นอนไม่หลับ ยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มารดาจึงพามาโรงพยาบาล

อาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้นี้เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร รู้สึกไร้ค่า ไม่สามารถช่วยงานมารดาได้ ทำให้รู้สึกตนเองเป็นภาระของครอบครัว อยากเรียนให้จบ ทำงานหาเงินให้บิดามารดา ได้เหมือนพี่ชายและน้องชาย อีกทั้งรู้สึกกดดันจากบิดาที่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปเรียนในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม และสัมพันธ์ภาพกับพี่ชายไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเครียดมากขึ้น

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Bipolar I Disorder เมื่อ 1 ปีก่อน

1 ปี PTA ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หวาดระแวง คิดว่ารุ่นพี่ทำไสยศาสตร์ใส่ตัวเอง ทำให้นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยจะไปกระโดดตึกเรียน ญาติพาไปรักษาที่สถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง อาการดีขึ้นจึงไม่ได้รับประทานยาต่อ แต่ยังมีอาการนอนไม่หลับมาโดยตลอด

5 เดือน PTA ผู้ป่วยไปเยี่ยมญาติที่จังหวัดทางภาคใต้ ผู้ป่วยใช้เงินเปลือง แต่งตัวเก่ง มีโครงการเยอะ ไม่นอน พุดมากขึ้น มารดาจึงพาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐบาลของจังหวัดเข้ารับการรักษา 2 อาทิตย์ อาการดีขึ้นจึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้ยา Clonazepam (0.5mg) 1 tab hs Depakine (200mg) 2 tabs hs Fluoxetine (20mg) 1 tab pc เข้า Wellbutrin (150mg) 1 tab pc เข้า เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยคิดว่าตนหายดีแล้ว จึงไม่รับประทานยาและขาดการรักษาไป

ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุ ศีรษะกระแทก ปฏิเสธประวัติผ่าตัด ปฏิเสธประวัติแพ้ยา ปฏิเสธประวัติเพื่ออาหาร

5. ประวัติส่วนบุคคล

พัฒนาการ : ผู้ป่วยคลอดปกติ พัฒนาการเป็นไปตามวัย ปฏิเสธการบาดเจ็บระหว่างคลอด (ประวัติจากมารดา)

บุคลิกภาพ/อุปนิสัย : ผู้ป่วยบอกว่าเป็นคนมีบุคลิกภาพเรียบร้อย เป็นคนร่าเริงแจ่มใส แต่เมื่อมีปัญหา มักเก็บไว้คนเดียว ไม่กล้าปรึกษามารดา เพราะกลัวบอกไปแล้วบิดามารดาจะเสียใจ ไม่มีปัญหาเรื่องพัฒนาการและช่วงคลอด แต่เป็นคนเรียนหนังสือได้ปานกลาง ไม่ค่อยเก่ง เมื่อเข้าเรียนในมหาวิทยาลัยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและอาจารย์ดี เป็นเด็กดี พฤติกรรมดี เข้าเรียนอย่างสม่ำเสมอ ไม่เล่นการพนัน ไม่ติดสุรา ไม่สูบบุหรี่ ในช่วงที่เรียนปี 1 ผู้ป่วยบอกว่ามีรุ่นพี่ผู้ชายมาชอบตนเอง แต่มีรุ่นพี่ผู้หญิงมาชอบรุ่นพี่ผู้ชายคนนั้นด้วย ทำให้รุ่นพี่ผู้หญิงไม่พอใจ ผู้ป่วยคิดว่ารุ่นพี่ผู้หญิงคนนั้นทำคุณไสยใส่ตน ทำให้ตนเองนอนไม่หลับ รับประทานอาหารอะไรก็ไม่ได้ ไม่มีสมาธิไปเรียน นอนซึมอยู่บนเตียง ไม่อยากลุกหรือทำอะไร พอไปเล่าให้เพื่อนฟัง เพื่อนก็ไม่เชื่อ ทำให้เพื่อนตีตัวออกห่าง บอกบิดามารดาว่าอยากขอยุติพักการเรียน แต่บิดาไม่เข้าใจอาการของตน บังคับให้เรียนต่อแต่รู้ตัวเองว่าเรียนต่อไม่ไหว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดมากขึ้น คิดว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง จึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยตัดสินใจว่าจะกระโดดตึก โดยมีความคิดและแผนการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน แต่เมื่อจะกระโดดผู้ป่วยนึกถึงมารดา รู้สึกสงสารมารดาหากตนเองตายไป ใครจะดูแลมารดา จึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่กระโดดลงไป หลังจากนั้นผู้ป่วยออกจากมหาวิทยาลัยมาเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว แต่หลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเพราะคิดว่าถ้าอาการดีขึ้นก็สามารถหยุดรับประทานยาได้ ช่วงที่มีอาการ mania ผู้ป่วยคิดว่าอาการเกิดจากการได้รับตะกั่วเสื่อจากหลวงพ่อบ้านเฒ่า และผู้ป่วยยังมีความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์และเครื่องรางของขลัง หลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้งอาการ mania ลดลง แต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ depress เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตนเอง

ชิมเสิร์ฟไว้ค่า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร อยากกลับไปเรียนแต่ก็ยังไม่ไปเรียนไม่ได้ อยู่บ้านเป็นภาระของบิดามารดา คิดว่าปัญหาที่พบไม่มีทางออก ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีแผนชัดเจน

ประวัติการใช้สารเสพติด : ปฏิเสธใช้สารเสพติดและสมุนไพรอาหารเสริมต่างๆ

6. ประวัติการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ (Medical History)

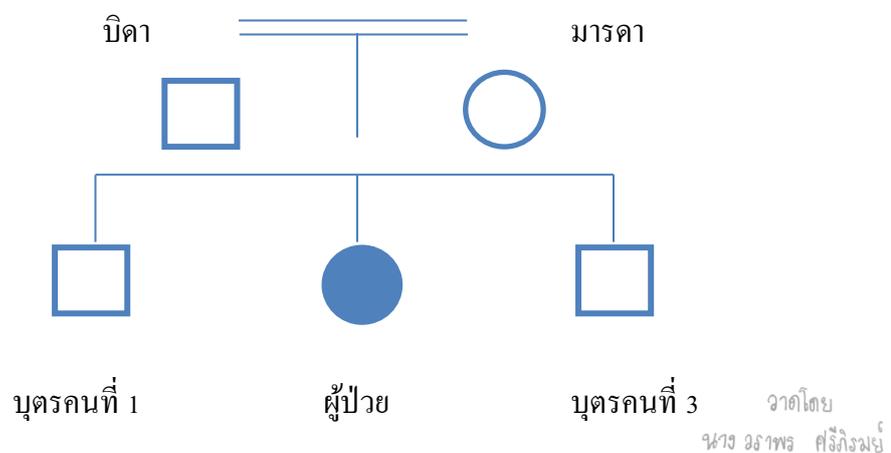
ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว

ประจำเดือน ปกติ ครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนก่อน

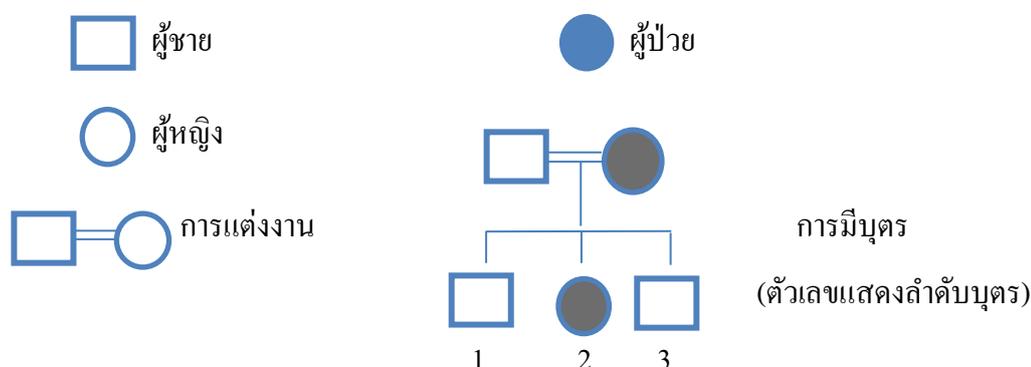
7. ประวัติครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว

ปฏิเสธประวัติการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและโรคทางกายของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวอยู่ด้วยกัน 5 คน คือ บิดามารดา พี่ชาย ตัวผู้ป่วย และน้องชาย ผู้ป่วยบอกว่าครอบครัวอบอุ่น รักใคร่กันดี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะสนิทกับมารดามากกว่า เพราะเป็นผู้หญิงเหมือนกัน ให้กำลังใจผู้ป่วยและสามารถปรึกษาได้ ความสัมพันธ์กับบิดาค่อนข้างดี แต่จะรู้สึกกลัวบิดาเนื่องจากบิดาเป็นคนเคร่งครัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่าบิดาไม่เข้าใจอาการของตนเองและต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปเรียนมหาวิทยาลัยดังเดิม ผู้ป่วยอยากให้บิดาเข้าใจตนมากกว่านี้ น้องชายอายุห่างจากผู้ป่วย 2 ปี ทำงานร้านพิซซ่า ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับน้องชาย ส่วนพี่ชายอายุมากกว่าผู้ป่วย 2 ปี ทำงานขายของทางอินเทอร์เน็ตอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่มักจะแยกตัวทำงาน ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ในบางครั้งที่ผู้ป่วยเข้าไปคุยกับพี่ชายแต่พี่ชายไม่ค่อยคุย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวังและน้อยใจคิดว่าพี่ชายไม่ยอมคุยด้วย ซึ่งในความจริงแล้วพี่ชายก็เป็นห่วงและอยากให้ผู้ป่วยหายจากโรค

แผนผังครอบครัวผู้ป่วย



สัญลักษณ์ที่ใช้ในแผนผังครอบครัว



รูปที่ 3 แสดงแผนผังครอบครัวผู้ป่วย

วาดโดย นางวราพร ศรีภิรมย์

8. จุดแข็ง หรือคุณสมบัติทางบวก (Strengths, positive attributes)

เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในอาการช่วง depressive episode จึงไม่สามารถบอกจุดแข็ง คุณสมบัติทางบวกของตนเองได้ มักจะบอกว่าตนเองไร้ค่า เบื่อหน่าย ไม่สามารถทำอะไรได้ เป็นภาระของครอบครัว จึงอยากหายจากอาการซึมเศร้าและความรู้สึกเบื่อหน่ายเหล่านี้ ต้องการกลับมาใช้ชีวิตดั้งเดิม สามารถเรียนจบและมีกรงานทำ เพื่อแบ่งเบาภาระของบิดามารดาได้

9. การจัดการกับปัญหา (Coping behavior)

ผู้ป่วยเป็นคนเก็บความรู้สึกและปัญหาไว้กับตัวเอง ไม่บอกใคร จัดการปัญหาเอง และบางครั้งคิดว่าไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้เอง ไม่มีใครช่วยตนเองให้หลุดพ้นจากปัญหาเหล่านี้ได้ คิดว่าการฆ่าตัวตายจะช่วยให้หลุดพ้นจากปัญหาได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญหรือรับมือกับปัญหาได้และเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมคือการฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา

10. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยครอบครัวเรียนมา 1 ปีกว่า เดิมเรียนอยู่ชั้นปีที่ 2 แต่หลังจากป่วยมาไปเรียนไม่ไหว ไม่มีสมาธิ จดจ่อ ทำให้ไม่สามารถไปเรียนได้ตามปกติ รวมถึงอาการยังไม่คงที่มีอาการป่วยซ้ำเข้านอนโรงพยาบาลถึง 2 ครั้ง มารดาต้องหยุดขายของหลายครั้งเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้

รายงานการตรวจสภาพจิต (Mental status exam)

ตรวจเมื่อวันที่มารักษาครั้งที่ 1

1. ลักษณะโดยทั่วไป (General appearance) และท่าทีต่อผู้ตรวจ

ข้อมูลจากการสังเกตหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หน้าตาสมวัย รูปร่างสูง สมส่วน ผิวสองสี ผอมยาวค้ำ แต่งกายด้วยชุดเสื้อยืดกางเกงเหมาะสม ผิวหน้ามัน มีสิวจีนตามใบหน้าเล็กน้อย เล็บมือ เล็บเท้าสั้นสะอาด ช่องปากสะอาดดี ไม่มีกลิ่นปาก กลิ่นตัว นิ่งหลังค่อมไหล่ห่อเล็กน้อย มีสีหน้าเศร้า ไม่ค่อยยิ้มแย้ม

ข้อมูลจากการซักถามผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม ท่าทีเป็นมิตร ขณะพูดคุยมีสบตาบ้างแต่ส่วนใหญ่จะมองเลื่อนลอยไปทางอื่น มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวปกติ การใช้งานของมือและเท้าประสานงานกันดี

การประเมิน : ผู้ป่วยหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประเมินสุขอนามัยดี แต่งกายเหมาะสม เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ สีหน้าเศร้า นิ่งหลังค่อมไหล่ห่อ มักมองเลื่อนลอยไปทางอื่น ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามดีบ้าง

2. การพูดและกระแสคำ (Speech and stream of talk)

อัตราการพูดปกติ พูดจังหวะราบรื่นไม่มีติดขัด ไม่มีการติดอ่าง ไม่มีการหยุดยั้งคำพูด (blocking) พูดออกเสียงชัดเจน ความดังของเสียงปกติ ไม่มีคำพูดแปลกใหม่ที่ผู้อื่นไม่รู้ความหมาย (neologism) หรือพูดโดยนำคำหรือวลีมาผสมกัน โดยไม่มีความหมาย ปริมาณการพูดปกติ กระแสคำพูด พูดสมเหตุสมผล ตอบตรงคำถาม ประเด็นต่อเนื่องได้ใจความตรงกับความเป็นจริง ไม่มีการพูดวกวนหรืออ้อมค้อม ไม่พูดนอกเรื่องหรือตอบคำถามซ้ำ ผู้ป่วยสามารถได้ตามปกติ

การประเมิน : ผู้ป่วยสามารถพูดคุยและอ่านเขียนได้ตามปกติ น้ำเสียงชัดเจน

3. อารมณ์และอารมณ์ที่แสดงออก (Mood and Affect)

อารมณ์ (Mood) : พยายามถามผู้ป่วยว่า “ช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา อารมณ์ความรู้สึกของคุณเป็นอย่างไรบ้างคะ” ผู้ป่วยตอบว่า “เศร้าอะพี่ มันเบื่อกับชีวิต ไม่อยากทำอะไรเลย”

การแสดงออก (Affect) : ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า เมื่อพูดถึงเรื่องอาการของตนเองที่รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่มีสมาธิ อยู่บ้านเฉยๆ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล อารมณ์คงที่ ระดับการแสดงออกของอารมณ์ปกติ มีการแสดงออกอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อเล่าถึงเหตุการณ์เศร้า ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า ไม่ยิ้มแย้ม มองเลื่อนลอยออกไปทางอื่น และเมื่อเล่าถึงเหตุการณ์ที่มีความสุขก็จะยิ้มแย้ม

การประเมิน : ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้า อารมณ์ที่แสดงออกสอดคล้องกับเรื่องที่พูด

4. ความคิดและการรับรู้ (Thinking and perception)

รูปแบบของความคิดปกติ ผู้ป่วยตอบตรงคำถาม สามารถเล่าเรื่องต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ระหว่างเรื่องที่พูด ไม่มีสะดุดคิด ไม่มีพูดวกวน (Circumstantial) ไม่พูดนอกเรื่อง (Tangential) ไม่มีความคิดที่ไม่ต่อเนื่อง (Loose association) ไม่มีความผิดปกติของภาษาที่มาจากความคิด (Language impairment)

เนื้อหาความคิดผิดปกติ มีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์คิดว่ารุ่นพี่ทำให้ตนเองจนทำให้มีอาการนอนไม่หลับ รับประทานไม่ได้ ไม่มีสมาธิเรียน และเชื่อเรื่องเครื่องรางของขลังที่ทำให้ตนเองมีพลังมากขึ้น มีความคิดหมกมุ่น (preoccupation) เกี่ยวอาการของโรคอารมณ์สองขั้ว ปฏิเสธประสาทหลอน (hallucination) ไม่มีอาการแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) ปฏิเสธความรู้สึกว่าตนไม่ใช่ตน (depersonalization) ปฏิเสธความรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงหรือแปลกไป (derealization) มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) โดยผู้ป่วยบอกว่า “มันไร้ค่าอะพี่ ทำไรก็ได้ก็ไม่ได้จะไปก็เป็นภาระของพ่อแม่ เลยคิดว่าตายไปน่าจะดีกว่า จะได้ไม่เป็นภาระของพ่อแม่ด้วย” ไม่มีความคิดต้องการฆ่าผู้อื่น (Homicidal thought) หรือทำร้ายผู้อื่น

การประเมิน : ผู้ป่วยมีรูปแบบความคิดปกติ แต่มีเนื้อหาความคิดผิดปกติ เชื่อเรื่องไสยศาสตร์และเครื่องรางของขลัง มีความคิดเป็นอันตรายต่อตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal thought) เนื่องจากรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระของผู้อื่น

5. การรับรู้สถานะตนเองและสิ่งแวดล้อม (cognition and Sensorium)

การรับรู้ปกติ ไม่มีอาการ Illusion, Hallucination

การประเมิน : การรับรู้ปกติ

6. หน้าที่เกี่ยวกับการใช้ความคิดปัญญา (Cognitive Function)

- **ระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (alert) ไม่มีอาการสับสน (confuse) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ตัวแบบขึ้นๆลงๆ (fluctuate)

- **การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) :**

พยาบาล : “วันนี้วันที่เท่าไรคะ ”

ผู้ป่วย : บอกได้ถูกต้อง

พยาบาล : “ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหนคะ ”

ผู้ป่วย : “โรงพยาบาลศิริราชค่ะ ”

พยาบาล : “ตอนนี้คุณกำลังคุยอยู่กับใครคะ ”

ผู้ป่วย : “พี่พยาบาลค่ะ”

การประเมิน : การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) ปกติ

● สมาธิ (Concentration)

พยาบาล : “เดี๋ยวพยาบาลจะให้คุณเอา 100 ลบด้วย 7 แล้วก็ลบ 7 ต่อไปเรื่อยๆ นะคะ เอาละค่ะ 100 ลบ 7 ได้เท่าไรคะ”

ผู้ป่วย : “93 , 86 , 77 ” ผู้ป่วยบอกว่าไม่เก่งวิชาคำนวณและไม่จดจำตัวเลขไม่ค่อยได้ (ผู้ป่วยลบเลขผิดจึงเปลี่ยนเป็น 20 ลบ 3)

พยาบาล : “เปลี่ยนใหม่เป็น 20 ลบ 3 แล้วก็ลบ 3 ต่อไปเรื่อยๆ นะคะ 20 ลบ 3 ได้เท่าไรคะ”

ผู้ป่วย : “17 , 14 , 11 , 8 , 5 , 2”

การประเมิน : ผู้ป่วยยังไม่ค่อยมีสมาธิในกับลบตัวเลขมากแต่มีสมาธิสามารถลบเลขจำนวนน้อยๆ ได้ดี

● ความจำ (Memory)

พยาบาล : “ให้คุณทวนของ 3 สิ่งหลังจากที่พยาบาลพูดทันทีนะคะ ต้นไม้ รถไฟ เก้าอี้ ”

ผู้ป่วย : “ต้นไม้ รถไฟ เก้าอี้ ”

พยาบาล : “ค่ะ จำของ 3 สิ่งนี้ไว้ อีกประมาณ 5 นาที พยาบาลจะถามอีกครั้งนะคะ”

ผู้ป่วย : “ได้ค่ะพี่”

พยาบาล : “เมื่อวานคุณไปทำอะไรมาบ้างคะ”

ผู้ป่วย : “หนูไม่ได้ไปไหนค่ะพี่”

พยาบาล : “คุณเป็นคนจังหวัดอะไรคะ”

ผู้ป่วย : บอกได้ถูกต้อง

พยาบาล : “มีพี่น้องทั้งหมดกี่คนคะ”

ผู้ป่วย : “3 คนค่ะ มีพี่ชาย หนูแล้วก็น้องชายค่ะ”

หลังจากผ่านไปประมาณ 5 นาที

พยาบาล : “ช่วยบอกของ 3 สิ่งที่พยาบาลให้จำไว้ก่อนหน้านี้ค่ะ”

ผู้ป่วย : “ต้นไม้ รถไฟ รถยนต์ ถูกไหมพี่ ”

พยาบาล : “ผิดไปอย่างนึงค่ะ ต้องเป็นต้นไม้ รถไฟ เก้าอี้ ”

การประเมิน : ความจำในส่วนของความจำเฉพาะหน้า (immediate memory) ความจำระยะสั้น (recent memory) และความจำระยะไกล (remote memory) ปกติดี แต่มีความจำในส่วนของการ recall memory บกพร่องเพียงเล็กน้อย

● **ความรู้ทั่วไปและสติปัญญา (intellectual function)**

พยาบาล : “ นายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันชื่ออะไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ ไม่ทราบค่ะพี่ ”

พยาบาล : “ แล้วธงชาติไทยมีกี่สีคะ ”

ผู้ป่วย : “ 3 สีคะ ”

พยาบาล : “ มีสีอะไรบ้างคะ ”

ผู้ป่วย : “ น้ำเงิน ขาว แดงค่ะพี่ ”

การประเมิน : ความรู้ทั่วไปอยู่ในระดับปกติ

● **ความคิดแบบนามธรรม (abstract thinking)**

บอกความเหมือนกัน (similarity)

พยาบาล : “ กล้วยกับส้มเหมือนกันอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ เป็นผลไม้เหมือนกัน ” (abstract)

พยาบาล : “ แมวกับหนูเหมือนกันอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเหมือนกัน ” (concrete)

พยาบาล : “ โต๊ะกับเก้าอี้เหมือนกันอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ ใช้คู่กันค่ะ ” (concrete)

บอกความต่างกัน (difference)

พยาบาล : “ กลางวันกับกลางคืนต่างกันอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ กลางวันมีดวงอาทิตย์ กลางคืนมีดวงจันทร์ค่ะ ” (concrete)

พยาบาล : “ เด็กกับคนแคะต่างกันอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ ความสูงต่างกันค่ะ ” (concrete)

พยาบาล : “ ดันโพธิ์กับดันมะเขือต่างกันอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ ขนาดของลำต้นค่ะ ” (concrete)

บอกความหมายของคำพังเพยและภาษิต

พยาบาล : “ น้ำขึ้นให้รีบตักมีความหมายว่าอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ นึกนานแล้วบอกว่าไม่ทราบค่ะพี่ นึกไม่ออกจริงๆ ”

พยาบาล : “ หนีเสือปะจระเข้มีความหมายว่าอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ หนีปัญหาหนึ่งไปเจออีกปัญหาหนึ่งค่ะ ” (abstract)

พยาบาล : “ จี๋ซ้างจับต๊กแต่นมีความหมายว่าอย่างไรคะ ”

ผู้ป่วย : “ ทำสิ่งเล็กๆแต่ลงทุนเยอะ ” (abstract)

การประเมิน : ผู้ป่วยมีความคิดแบบรูปธรรม (Concrete) เป็นส่วนใหญ่ในการบอกความเหมือนและความต่าง ส่วนตำนานสุภาษิตผู้ป่วยมีความคิดแบบนามธรรม (abstract) แต่บางข้อผู้ป่วยไม่ทราบความหมาย

7. การให้เหตุผลและการตัดสินใจ (judgment)

พยาบาล : “ คุณจะทำอย่างไรถ้าคุณเดินไปพบจดหมายที่เจ้าหน้าที่ของครบและติดแสตมป์เรียบร้อยอยู่บนถนน ”

ผู้ป่วย : “ หยิบเอามาคู่ก่อนว่าถ้าเป็นแถวบ้านจะเอาไปส่งให้ ถ้าไม่อยู่แถวบ้านก็วางไว้ที่เดิมค่ะ ” (ไม่เหมาะสมเนื่องจากการตัดสินใจไม่สมเหตุผล)

พยาบาล : “ คุณจะทำอย่างไร ถ้าคุณดูหนังอยู่ในโรงหนังแล้วเห็นไฟไหม้เป็นคนแรก ”

ผู้ป่วย : “ หาป้ายทางออกค่ะ ” (ไม่เหมาะสมเนื่องจากการตัดสินใจไม่สมเหตุผล)

พยาบาล : “ คุณจะทำอย่างไรถ้าบ้านลื้อคหมด แล้วคุณแก้วลื้อคญแจไว้ในบ้าน ”

ผู้ป่วย : “ ปีนกระจะกค่ะ ” (ไม่เหมาะสมเนื่องจากการตัดสินใจไม่สมเหตุผล)

การประเมิน : ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมในทุกเหตุการณ์

8. การหยั่งรู้ตนเอง และแรงจูงใจในการรักษา (insight and motivation)

ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) จำเป็นต้องได้รับการรักษา และการรับประทานยาช่วยให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยอยากหายจากการเป็นโรค มีกำลังใจและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว รู้สาเหตุการเป็นโรคว่าอาจเกิดจากอารมณ์ที่ผิดปกติและความเครียดของตนเอง แต่ผู้ป่วยยังไม่มีแรงจูงใจในการใช้ชีวิต มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม คิดอยากฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา แต่ยังไม่กล้าทำเพราะเป็นห่วงแม่ คาดหวังในการรักษาครั้งนี้ตนเองจะกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติได้ดังเดิม

การประเมิน : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มีความต้องการรักษาโรคให้หายอยากกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

9. Suicidal/Homicidal

มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเพราะรู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระของครอบครัว เคยมีการวางแผน กระโดดตึกแต่ยังไม่เคยลงมือทำจริง ครั้งนี้ยังไม่มีความชัดเจนแต่รู้สึกว่าตนเองไม่น่ามีชีวิตอยู่ต่อ ปฏิเสธความคิดทำร้ายผู้อื่น

การประเมิน : ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากรับรู้ตนเองในทางลบ รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระผู้อื่น

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี เพศ หญิง

Vital Signs

- Temperature = 36.2 องศาเซลเซียส
- Pulse = 64 ครั้ง/นาที
- Respiration Rate = 20 ครั้ง / นาที
- Blood Pressure = 110/70 mmHg

น้ำหนัก = 63 กิโลกรัม ส่วนสูง = 170 เซนติเมตร BMI = 21.8 kg/m²

General Appearance- สุขภาพทั่วไป

หญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หน้าตาสมวัย รูปร่างสูง สมส่วน ผิวสองสี ผมหงอกดำ แต่งกาย ด้วยชุดเสื้อยืดกางเกงเหมาะสม ผิวหน้ามัน มีสิวจีนตามใบหน้าเล็กน้อย เล็บมือเล็บเท้าสีน้ำตาลอ่อน ช่องปากสะอาด ไม่มีกลิ่นปาก กลิ่นตัว นิ่งหลังค่อมไหล่ห่อเล็กน้อย มีสีหน้าเศร้า ไม่ค่อยยิ้มแย้ม ทำที่เป็นมิตร ว่างใจให้ความร่วมมือดีในการตอบคำถาม ขณะพูดคุยมีสบตาบ้างแต่ส่วนใหญ่จะ มองเลื่อนลอยไปทางอื่น มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวปกติ การใช้งานของมือและเท้าประสานงาน กันดี

การตรวจร่างกายตามระบบ

1. ผิวหนัง ผิวหนังสีขาว ลักษณะผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีรอยโรคผิวหนัง หรือ รอยผื่นคัน ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว
2. ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่พบแผลเป็นบริเวณผิวหนัง ผมสั้น ประ่า เส้นผมบาง สีดำ เรียงตัวเป็นระเบียบ ใบหน้า รูปร่างสมส่วนตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจนดี ไม่มีพร่ามัว ขน าดของรูม่านตาทั้งสอง

- ข้างเท่า กับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติสามารถกรอกตา
ขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาได้ ปกติ เปลือกตาล่างไม่ซีดหุทั้งสองข้างได้ยืน
เมื่อใช้น้ำเสียง ระดับปกติ ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในช่องปาก
คลำบริเวณคอ ไม่มีอาการบวมบริเวณต่อมทอลซิล ต่อมไทรอยด์
และต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยพูดได้ชัดเจน ไม่มีเสียงแหบ
3. หัวใจและหลอดเลือด ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 64 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70
มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการขาบริเวณปลายมือปลายเท้า
4. ทรวงอกและทางเดินหายใจ รูปร่างของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหว ของทรวง
อกเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่มีอาการเหนื่อย
หอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจน
ในเลือด (oxygen saturation) 100 %
5. หน้าท้องและทางเดินอาหาร ลักษณะหน้าท้องเรียบ สอดคล้องรูปร่างกาย คลำไม่พบก้อนที่หน้า
ท้อง ไม่มีเป็นริดสีดวงทวาร
6. ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง สะดวกดีไม่มีแสบขัด
7. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แนวกระดูกสันหลังตรง ไม่คดงอ การเคลื่อนไหวของแขนขา
ปกติ การตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power) แขน
ขาทั้งสองข้างมีแรงดี grade 5

ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern Model)

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและจัดการกับภาวะสุขภาพ

ด้านสุขภาพกาย

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงมาโดยตลอด ไม่มีโรคประจำตัว และไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ
เวลาป่วยมักปล่อยให้หายเองไม่ค่อยชอบรับประทานยา

ด้านสุขภาพจิต

ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มีความเข้าใจว่าเป็นโรคที่เกิดจากความเครียด และรับรู้
ว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่แตกต่างจากปกติ คือ มีช่วงที่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองพุดมากต่างจากคนอื่น ใช้
เงินเปลือง แต่งตัวเก่ง มีโครงการเยอะ อารมณ์ไม่แจ่มใส หงุดหงิดง่าย เครียด เคยเข้ารับการรักษาดัว

ในโรงพยาบาล ปัจจุบันคิดว่าตนเองหายแล้วไม่จำเป็นต้องกินยาไปตลอด และเมื่ออาการดีขึ้นก็สามารถหยุดรับประทานยาได้ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถไปเรียนได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระคนในครอบครัว

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรับประทานยา รวมทั้งการดูแลตนเอง

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่เบื่ออาหาร ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบน้ำหวานหรือน้ำอัดลม ผู้ป่วยดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมทุกวันประมาณ 1-2 ขวดต่อวัน แต่ดื่มน้ำน้อยวันละ 3 แก้ว น้ำหนัก 64.3 กิโลกรัม BMI 22.25 kg/m² ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ชุ่มชื้นดี

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยและมีพฤติกรรมชอบรับประทานขนมและน้ำหวานหรือน้ำอัดลม

3. แบบแผนการขับถ่าย

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน/ครั้ง มีปัญหาเรื่องท้องผูก ถ่ายไม่ค่อยออก บ่นแน่นท้อง ถ่ายปัสสาวะได้ปกติวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะลำบาก ไม่มีอาการแสบขัดหลังถ่ายปัสสาวะ

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องท้องผูก

4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง บอกว่าชอบอยู่ในห้องคนเดียว เล่นโทรศัพท์มือถือถึงวันละ 4-5 ชั่วโมง เมื่อไม่ได้เล่นโทรศัพท์จะหงุดหงิด ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือบริหารร่างกาย (น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์) บอกว่าไม่ค่อยชอบทำกิจกรรม ผู้ป่วยมีรูปร่างสมส่วน

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเล่นโทรศัพท์มือถือถึงวันละ 4-5 ชั่วโมง เมื่อไม่ได้เล่นโทรศัพท์จะหงุดหงิด

5. แบบแผนการนอนหลับและพักผ่อน

ผู้ป่วยนอนวันละ 3-4 ชั่วโมง เข้านอนเวลาประมาณ 02.00 น. ตื่นนอนเวลา 5.00-6.00 น. บางวันมีอาการนอนไม่หลับเลย บางครั้งนอนน้อยมาก ประมาณ 1 ชั่วโมงเท่านั้น

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การรับรู้ทางด้านประสาทสัมผัส ทางจมูก ลิ้น และผิวหนังปกติ การรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล สามารถรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคลตามความเป็นจริง บอกชื่อแพทย์ผู้รักษาได้ถูกต้อง จำเรื่องราวในอดีตและปัจจุบันได้ดี สามารถบอกประวัติของตนเองได้ถูกต้อง บอกเหตุการณ์ปัจจุบัน บอกชนิด ของอาหารในมือที่ผ่านมา 3 มื้อ ได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่ป่วย ขอรับว่าเคยรับประทานยามาตลอด แต่เป็นเพราะตนเองเครียดและนอนไม่หลับเท่านั้น จึงต้องรับประทานยา แต่ตอนนี้ตนสบายดี ไม่ได้เป็นอะไร คิดว่าไม่ต้องรับประทานยาอีกต่อไป

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย คิดว่าตนเองไม่เป็นอะไร

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาและมารดา เมื่อวัยเด็กนิสัยเก็บกด เนื่องจากเป็นลูกสาวคนเดียว ไม่ค่อยสนิทกับพี่น้องที่เป็นผู้ชาย ไม่ค่อยมีเพื่อน ผู้ป่วยสนิทกับมารดา แต่ด้วยมารดาต้องออกไปทำงาน นอกบ้านบ่อยครั้ง จึงทำให้ไม่ค่อยมีเวลาพูดคุยกัน ส่วนบิดาความสัมพันธ์กับบิดาค่อนข้างดี แต่บิดาเป็นคนเคร่งครัดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่าบิดาไม่เข้าใจอาการของตนเองและต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปเรียนแต่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนได้

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีปฏิสัมพันธ์กันน้อย การรับรู้บทบาทหน้าที่ไม่ถูกต้อง มีความตึงเครียดในบทบาทหน้าที่

9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่เหมาะสมกับเพศของตนเอง เคยแอบชอบเคยแอบชอบรุ่นพี่ในมหาวิทยาลัย แต่ไม่กล้าจีบเนื่องจากไม่กล้าเผชิญหน้า ต่อมารุ่นพี่คนที่แอบชอบได้มีแฟนเป็นคนในสถานศึกษาเดียวกันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจเป็นอย่างมาก

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในเรื่องความรัก ขาดความมั่นใจในตนเอง

10. แบบแผนการเผชิญและทนต่อความเครียด

ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่น เมื่อมีปัญหาจะไม่ปรึกษาใคร เก็บกด ไม่เล่าให้ผู้อื่นฟัง หมกมุ่น ไม่ใช่เหตุผล ปัญหาจึงยังคงอยู่ ผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาตามลำพัง เมื่อมีความเครียดแล้วไม่ได้ระบาย ปัญหาจึงยังไม่ถูกแก้ไข

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม หากมีปัญหา จะแก้ปัญหาโดยการเก็บกด ทำให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ

11. แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าศาสนาสอนให้คนเป็นคนดี แต่ไม่ชอบทำบุญ ไม่เคยใส่บาตร เพราะไม่มีเวลา บ่นจี้เกียดตั้งแต่เช้า ผู้ป่วยมีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์คิดว่าอาการป่วยของตนถูกจากการถูกทำคุณไสยและเกิดจากการได้รับตะกวดเสื่อจากหลวงพ่ोजำเนียร ทำให้ผู้ป่วยผิปกติไป ผู้ป่วยมีความเชื่อในการรักษาทางไสยศาสตร์ เช่น อาบน้ำมนต์สะเดาะเคราะห์ สวดภาณยักษ์

ปัญหาที่พบในแบบแผนนี้

ผู้ป่วยมีความเชื่อในไสยศาสตร์ มีการรับรู้ต่อโรคผิปกติคิดว่าอาการป่วยเกิดจากการถูกคุณไสย

การประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่

ด้านบุคลิกภาพ

- ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจมักจะเก็บไว้ไม่ค่อยปรึกษาใคร

ด้านการอบรมเลี้ยงดู

- ผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดจากบิดาในช่วงวัยเด็ก
- บิดามักเคร่งครัด เข้มงวดในเรื่องต่างๆ กับผู้ป่วย เช่น เรื่องการเรียน

ด้านประสบการณ์ในวัยเด็ก

- รู้สึกว่าพ่อทำโทษตนเกินกว่าเหตุ
- ถูกบังคับให้เรียนในสายวิทย์ที่ตนไม่ชอบ
- รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบงานบ้านมากกว่าพี่น้อง

ภาวะสูญเสีย

- ต้องดรอปเรียนเนื่องจากเรียนไม่ไหว

ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่

- ความเครียดในครอบครัวจากปัญหาเศรษฐกิจ

ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Prepetuating factors) ได้แก่

- ผู้ป่วยรับรู้ต่อโรคไม่ถูกต้อง
- ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มักหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น
- ผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการเมื่อต้องเผชิญปัญหา

ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ได้แก่

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบิดามารดา
- มีพี่น้องที่สามารถให้ความช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจ
- บิดามารดาสามารถพามาพบแพทย์ตามนัดได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สถานภาพโสด อายุ 21 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองเป็นภาระผู้อื่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีแผนชัดเจน บิดามารดาพามาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์เสนอ admit ผู้ป่วยยินยอม จึง admit เข้าเป็นผู้ป่วยใน ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยเคยมีประวัติรักษาทางจิตเวช เมื่อ 1 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หวาดระแวง คิดว่ารุ่นพี่ทำไสยศาสตร์ใส่ตัวเอง ทำให้นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยจะไปกระโดดตึกเรียน ญาติพาไปรักษาที่สถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง อาการดีขึ้นจึงไม่ได้รับประทานยาต่อ แต่ยังมีอาการนอนไม่หลับมาโดยตลอด 5 เดือนก่อนผู้ป่วยไปเยี่ยมญาติที่จังหวัดทางภาคใต้ ผู้ป่วยใช้เงินเปลือง แต่งตัวเก่ง มีโครงการเยอะ ไม่นอน พุดมากขึ้น มารดาจึงพาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐบาลของจังหวัดเข้ารับการรักษา 2 อาทิตย์ อาการดีขึ้นจึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้ยา Clonazepam (0.5mg) 1 tab hs Depakine (200mg) 2 tabs hs Fluoxetine (20mg) 1 tab pc เข้า Wellbutrin (150mg) 1 tab pc เข้า เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยคิดว่าตนหายดีแล้ว จึงไม่รับประทานยาและขาดการรักษาไป

การรักษาที่ได้รับในครั้งนี แพทย์ได้ให้การรักษาตามอาการ โดยให้ยาดังนี้

1. Haloperidol 2.5 IM prn q 6 hr
2. Fluoxetine 2 tab เช้า
3. Prenapril (Clonazepam) 1 mg 1 tab hs
4. Risperidone 1mg 1 tab ก่อนนอน
5. ACA (Benzhexol) 1 tab prn EPS
6. Lithium carbonate 300 mg 1 tab ก่อนนอน
7. Paracetamol 500 mg 1 tab prn for pain q 6 hr.x 7day

ประวัติขณะนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยอาการนอนไม่หลับ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในช่วงสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย อารมณ์เศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากป่วย คิดว่าตนเองไม่อยากพุดคุยกับใคร ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ สิหน้ากังวล ดูเหม่อลอย มีความคิดความเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่มีความสามารถ ทำอะไรไม่ประสบความสำเร็จ

ช่วงกลางคืนมักนอนไม่หลับ นอนได้วันละ 3-4 ชั่วโมง สังเกตและประเมินอาการทางจิตพบว่ายังไม่มีอาการทางจิต แพทย์ปรับยารักษาและส่งเข้ากลุ่มกิจกรรม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้น อาการเศร้าเริ่มดีขึ้น พูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นมากขึ้น แต่ยังรู้สึกว่าเป็นภาระพ่อแม่ที่ต้องคอยมาเยี่ยม ความคิดอยากฆ่าตัวตายลดลง ไม่มีแผนการทำร้ายตนเอง นอนหลับได้วันละ 4 ชั่วโมง แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน นัดมาติดตามอาการต่อเป็นผู้ป่วยนอก

การวางแผนให้การพยาบาลและกระบวนการดูแล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมักมีอาการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง อาการป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการถดถอยในด้านการศึกษา การทำงานและการเข้าสังคม ปัญหาดังกล่าวมักคงอยู่แม้ว่าอาการจะลดลงแล้ว จากการศึกษาพบว่าการดูแลให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนตามแนวคิด The Vulnerability/Stress Model ที่พบว่าอาการป่วยซ้ำจากอาการของผู้ป่วยนั้นเกิดได้จากหลายๆ สาเหตุ แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence) และการแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไปของครอบครัว (high expressed emotion) การยับยั้งปัจจัยทำนายเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในระบบการดูแลที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวชจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ในการกรณีศึกษาครั้งนี้จึงใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management Model) โดยการพยาบาลภายใต้รูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การประสานความร่วมมือจากแหล่งทรัพยากรต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ให้การดูแลโดยตรงที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ การวางแผน การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว เครือข่ายในชุมชน การจัดการกระทำกับผู้ป่วยด้วยการบำบัดดูแล ตลอดจนการติดตามกำกับและจัดการภาวะฉุกเฉิน บูรณาการร่วมกับการดูแล โดยตรงให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและเข้าใจปัญหาและป้องกันการป่วยซ้ำด้วยสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ตารางแสดงกิจกรรมในการจัดการรายกรณี (Case Management)

กิจกรรม/ผู้ดำเนินการ	สัปดาห์
ขั้นที่ 1 การระบุตัวผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณี	1
ขั้นที่ 2 การประเมิน/ การระบุปัญหา โดยผู้จัดการรายกรณี	1
ขั้นที่ 3 การประสานความร่วมมือสหวิชาชีพตามแผนการดูแลทางคลินิก โดยผู้จัดการรายกรณี	1-8
<p>ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สัมพันธภาพบำบัดพัฒนาความเข้าใจการป่วยซ้ำของตนเอง โดยผู้จัดการรายกรณี <ul style="list-style-type: none"> ครั้งที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ป่วยซ้ำ ครั้งที่ 2 : การรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ป่วยซ้ำ ครั้งที่ 3 : การไตร่ตรองปัญหาจากการป่วยซ้ำ ครั้งที่ 4 : ทางเลือกจัดการปัญหาการป่วยซ้ำ ครั้งที่ 5 : การคงไว้ซึ่งการจัดการป่วยซ้ำด้วยตนเอง ● การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลต่อผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณี <ul style="list-style-type: none"> ครั้งที่ 1 : โรคอารมณ์สองขั้วและอาการเตือน ครั้งที่ 2 : การพัฒนาทัศนคติและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ● การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลต่อญาติผู้ดูแล โดยผู้จัดการรายกรณี <ul style="list-style-type: none"> ครั้งที่ 1 : การพัฒนาความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ครั้งที่ 2 : การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วย 	1-7
ขั้นที่ 5 การติดตามผลลัพธ์ โดยผู้จัดการรายกรณี	2-8
ขั้นที่ 6 การกำกับอย่างต่อเนื่อง โดยผู้จัดการรายกรณี	2-8
ขั้นที่ 7 การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี โดยผู้จัดการรายกรณี	8

การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา : การปฏิบัติการดูแลรายกรณี

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นโดยพยาบาลเป็นผู้วางแผนและดำเนินการเข้าไปติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ และเป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยเฉพาะการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด และเทคนิคในการสนทนาติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนแน่นอน การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของผู้ป่วยรายนี้ ได้ศึกษาเป็นระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 4 เมษายน 2565 โดยมีเทคนิคกระบวนการสร้างสัมพันธภาพทั้ง 4 ขั้นตอน

ระยะที่ 1 ก่อนการสนทนา ในระยะนี้ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำการเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษาศึกษาประวัติโดยละเอียด ในเรื่องอาการสำคัญ อาการปัจจุบัน การรักษา และการพยาบาล รวมทั้งประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัวจากแฟ้มเวชระเบียน
2. วางแผนการสนทนาในแต่ละครั้งโดยกำหนดวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-10.00 น.
3. ตรวจสอบสภาพด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง ให้มีความพร้อมในด้านแนวคิด และวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยทบทวนเทคนิคการติดต่อสื่อสาร
4. ก่อนเข้าไปสนทนากับผู้ป่วย ศึกษาอาการของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง เพื่อช่วยในการประเมินอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มสนทนา พยาบาลเข้าไปพบผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เพื่อสร้างความคุ้นเคย แนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก อธิบาย วัตถุประสงค์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นในการสนทนาและสถานที่ในการสนทนาแต่ละครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะแก้ไขปัญหา พยาบาลให้ผู้ป่วยพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเองและคิดวิเคราะห์ พิจารณาได้ตรงต่ออย่างรอบคอบถึงสาเหตุ และแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง พยาบาลให้คำแนะนำในสิ่งที่ขาดอยู่ และเสริมสร้างกำลังใจให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะยุติสัมพันธภาพ เมื่อประเมินว่าปัญหาของผู้ป่วยได้คลี่คลายลง ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเองและปัญหาได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง พยาบาลจึงขอยุติสัมพันธภาพ

แรกรับเข้ารับการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยใหม่ walk in แต่เคยมีประวัติรักษาจากที่อื่น มาพร้อมบิดามารดา สีหน้าเศร้า แกร่งรับคัดกรองประเมินอาการพบอารมณ์เศร้ามากขึ้น มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง มารดาบอกว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป เก็บตัว ไม่อาบน้ำต้องคอยเรียก ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-9 ได้คะแนนเท่ากับ 24 คะแนน จัดอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง คัดกรองด้วยแบบประเมินการทำร้ายตนเองของหน่วยตรวจฯ คะแนนรวมเท่ากับ 11 จัดอยู่ในระดับเสี่ยงเฝ้าระวัง จึงแยกผู้ป่วยเฝ้าระวัง สังเกตอาการใกล้ชิด ตรวจอาวุธหรืออุปกรณ์ที่อาจใช้ทำร้ายตนเองได้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ไม่พบอุปกรณ์แหลมคมหรืออุปกรณ์ที่อาจใช้ทำร้ายตนเองได้ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติถึงขั้นตอนการดูแลและหากมีอาการผิดปกติสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันที ระหว่างรอพบแพทย์ผู้ศึกษาเข้าพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก ชวนพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลกับการเรียนเนื่องจากเรียนไม่ได้ และรู้สึกกดดันจากบิดา คิดว่าตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องคอยมาดูแลตน หลังผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Bipolar I Disorder with depressive episode การรักษาในครั้งนี้แพทย์พิจารณาอน โรงพยาบาล เนื่องจาก High risk suicide ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการนอนโรงพยาบาลดี จึงส่งตรวจเลือด, SWAB COVID ทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซ์เรย์ปอด

ตารางที่ 1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 1

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
Complete blood count		
Hemoglobin (g/dl)	12.7-16.9	12.2
Hematocrit (%)	40.3-51.9	45.2
Rbc count (x 10 ⁶ /ul)	4.2-6.1	4.78
Wbc count (x 10 ³ /ul)	4.5-11.3	9.68
Platlet count (x 10 ³ /ul)	160-356	250
Absolute neutrophils (x 10 ⁶ /ul)	2.1-7.2	4.3
%Neutrophil (%)	40.0-70.3	60.2
%Lymphocyte(%)	18.7-48.3	20.7
%Monocyte(%)	3.9-12.3	4.5
%Eosinophils(%)	0.8-9.2	0.9

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
%Basophils(%)	0.1-1.4	0.8
Blood chemistry		
BUN (mg/dl)	8-23	7
Creatinine (mg/dl)	0.67-1.17	0.56
Sodium (mmol/L)	136-145	137
Potassium (mmol/L)	3.4-4.5	4.3
Chloride (mmol/L)	98-107	100
Bicarbonate (mmol/L)	22-29	21
Albumin (g/dl)	3.5-5.2	4.1
Total protein (g/dl)	6.4-8.3	7.2
Globulin (g/dl)	1.5-3.5	1.8
Total bilirubin (mg/dl)	0.0-1.2	0.8
Direct bilirubin (mg/dl)	0.0-0.3	0.02
AST (U/L)	0-40	23
ALT (U/L)	0-41	21
Alkaline phosphatase	40-129	44
T3 (ng/dl)	80.00-180.00	110
Free T4 (ng/dl)	0.900-1.900	1.1
TSH (uU/ml)	0.29-4.00	2.3
Urine analysis		
pH	4.6-8.0	7.0
Sp.Gr.	1.003-1.030	1.017
Protein	Negative	NEG
Glucose	Negative	NEG
Ketone	Negative	NEG
Occult blood	Negative	NEG
WBC	0-5	2-3

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
RBC	0-2	0-1
Bacteria	Negative	1+
Pregnancy test	Negative	NEG
SARS-CoV-2(COVID19)Ag Rapid	Negative	Negative
SARS-CoV-2(COVID19)RNA	Negative	Negative

Chest X-RAY : No active pulmonary infiltration

ตรวจร่างกายและตรวจประเมินสภาพจิต (ตามหน้า 69-75)

ยาที่ได้รับ

Quetiapine (SEROQUEL) 25 mg 1 tab stat

ผลตรวจเลือดและ COVID ปกติ ผู้ป่วยได้รับการเข้าอน โรงพยาบาล

หลังออกจากโรงพยาบาล

การสัมพันธภาพบำบัดพัฒนาความเข้าใจการป่วยซ้ำของตนเอง โดยผู้จัดการรายกรณี

ครั้งที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจให้ความร่วมมือและร่วมกันกำหนดเวลา

1. เพื่อแนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จัก อธิบายวัตถุประสงค์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นในการสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจร่วมมือ ลดความวิตกกังวล และเกิดความไว้วางใจ
2. เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม
3. เพื่อร่วมกันกำหนดเวลาและสถานที่ในการสนทนาในแต่ละครั้ง

ลักษณะทั่วไป

พบผู้ป่วยมาขึ้นไบนัดพร้อมบิดา มารดา สีหน้าเรียบเฉย พูดคุยรู้เรื่อง โต้ตอบได้ใจความ

สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

พยาบาลพบผู้ป่วยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม ทำที่เป็นมิตร พูดด้วยน้ำเสียงสุภาพ ทักทายเรียกชื่อผู้ป่วยและนามสกุลอย่างถูกต้อง พร้อมกับแนะนำตัวให้ผู้ป่วยรู้จักอีกครั้ง ผู้ป่วยยิ้มรับเล็กน้อย พยาบาลขออนุญาตผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเป็นกรณีศึกษา โดยจะมีการให้การดูแลรูปแบบการจัดการ

รายกรณี โดยการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การประสานความร่วมมือจากแหล่งทรัพยากรต่างๆ โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager) ให้การดูแลโดยตรงที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหาความต้องการ การวางแผน การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการติดตามกำกับและจัดการภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและเข้าใจปัญหาและป้องกันการป่วยซ้ำ และการขออนุญาตเป็นกรณีศึกษา ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อารได้รับบริการใดๆ ผู้ป่วยและญาติตอบตกลง จึงเริ่มอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการให้การพยาบาล โดยจะเป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ในการสนทนากับผู้ป่วยเป็นการให้การพยาบาลอย่างหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความคับข้องใจ ชักถามปัญหาที่สงสัย พูดคุยถึงปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ สิ่งที่ผู้ป่วยควรรับรู้ตามสิทธิผู้ป่วย โดยพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหาว่าเพราะสาเหตุใด ผู้ป่วยจึงต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และทำอะไรจึงจะไม่ต้องกลับเข้มาารักษาตัวในโรงพยาบาลอีก และการสนทนาเราต้องกำหนดระยะเวลาช่วงหนึ่งและสถานที่ในการสนทนา ผู้ป่วยมองพยาบาล ยิ้มรับสั้นๆ บอกว่าสะดวก แล้วแต่พยาบาล แต่จริงๆ แล้วตนไม่ได้เป็นอะไร ไม่ค่อยมีเรื่องอะไรจะคุย พยาบาลจึงอธิบายซ้ำว่า การพูดคุยแบบนี้เป็นการบำบัดชนิดหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้วิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง และสามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้เมื่อกลับจากโรงพยาบาล และพูดคุยถึงเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรค การรักษา อาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยพยักหน้าตอบรับ พยาบาลจึงกำหนดว่า จะสนทนาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คือวันพฤหัสบดี เวลา 9.00-10.00 น. ที่ห้องตรวจ ผู้ป่วยยอมรับ พยาบาลซักถามอาการปัจจุบัน ผู้ป่วยบอกว่าดีขึ้น ขณะนี้ตนเองไม่ได้เป็นอะไร และไม่มีเรื่องเครียดอะไร จึงจบการสนทนา

ประเมินผล

ผู้ป่วยเริ่มไว้วางใจพยาบาล สังเกตได้จากสีหน้าที่ยิ้มแย้ม แววตาเป็นมิตรมากขึ้น ผู้ป่วยรับทราบวัตถุประสงค์ในการสนทนา พยักหน้ารับทราบตั้งใจฟังตลอดการสนทนา ผู้ป่วยยังปฏิเสธอาการของตนเอง บอกว่าตนเองไม่เครียด มีความคิดว่าตนเองไม่เป็นอะไร แต่มีความวิตกกังวลน้อยลง ทำที่ผ่อนคลายขึ้น

การวางแผนครั้งต่อไป

1. ประเมินอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ปัญหาต่างๆ จากอาการเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว

ครั้งที่ 2 : การรับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจ
2. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย
4. เพื่อประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วย
5. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหา เรื่องการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ความเครียดต่างๆ และมีแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเอง

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยแต่งกายเรียบร้อย แต่งหน้า นั่งรอหน้าห้องตรวจ สีหน้ากังวลเล็กน้อย พยายามเข้าไปทักทายผู้ป่วยอื่นให้

น้ำหนัก = 64.3 กิโลกรัม ส่วนสูง = 170 เซนติเมตร BMI = 22.25 kg/m²

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 2

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
Lithium level (mEq/l)	0.600 - 1.500	0.87

ยาที่ได้รับ

1. Lithium Carbonate (ESKALITH) 300 mg 1 tab เช้า, 1 tab hs
2. Quetiapine (SEROQUEL) 25 mg 1 tab hs
3. Prenapril (Clonazepam) 2 mg 1 tab hs
4. Sodium valproate (Depakine CR) 500 mg 1 tab hs
5. Fluoxetine 1 tab เช้า

7. Folic acid 1 tab เช้า

8. Senokot 2 tabs hs

สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามนัด ผู้ป่วยสีหน้ากังวลเล็กน้อย บอกว่ามีอารมณ์เศร้าบ้าง แต่ดีขึ้นจากเดิมมาก ปฏิเสธความคิดอยากตาย ไม่มีอาการหลงผิด ยังนอนไม่ค่อยหลับ แต่มักจะเข้านอนไม่เป็นเวลา เช่น ถ้าวันไหนเข้านอน 4 ทุ่ม ก็จะหลับได้ประมาณ 1-2 เวลานอนไม่หลับมักจะเล่นโทรศัพท์ และเปิดโทรทัศน์ไว้ ตื่นนอนประมาณ 6 โมง เกลื่อนอนหลับวันละ 4 ชั่วโมง รู้สึกอ่อนเพลีย กลางวันรู้สึกง่วงแต่ไม่ได้ง่วงหลับ มีปัญหาท้องผูกถ่ายอุจจาระไม่ค่อยออก

พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกตนเองไม่เหมือนเดิม พยาบาลให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาไตร่ตรองอาการของตนเอง ผู้ป่วยบอกว่าอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ ก่อนหน้านั้น 1 ปี อาการจะสลับกันคืออยากทำโน่นทำนี่ ระวัง คิดว่ารุ่นพี่ทำของใส่ตัวเอง ทำให้นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยจะไปกระโดดตึกเรียน เคยไปรักษาที่สถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง อาการดีขึ้นจึงไม่ได้รับประทานยาต่อ และมีช่วงที่ใช้เงินเปลือง แต่งตัวเก่ง คิดอยากทำนู่นนี่ ไม่นอน พุดมากขึ้น มารดาจึงพาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐบาลของจังหวัดนอน โรงพยาบาลอยู่ 2 อาทิตย์ อาการดีขึ้นจึงออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกบังคับตนเองไม่ได้ รู้สึกไม่มีความสุข คิดมาก รู้สึกอาการเป็นมานานแล้วแต่อาการก็ยังไม่ดีขึ้น รู้สึกเบื่อไม่ยอมรับประทานยาแล้ว ไปเรียนก็ไม่ได้

พยาบาลสอบถามถึงอาการป่วยที่เกิดขึ้นผู้ป่วยพอจะทราบหรือไม่ว่าเป็นโรคอะไร ผู้ป่วยบอกว่า เป็นโรคไบโพลาร์ สอบถามเพิ่มเติมว่าโรคนี้เป็นอย่างไร ผู้ป่วยบอกว่า เป็นโรคเดียวดีเดียวเศร้า แล้วคิดว่าเพราะอะไรผู้ป่วยถึงได้ป่วยยาวนานและไปเรียนไม่ได้ ผู้ป่วยบอกว่าอาจจะกินยาไม่ต่อเนื่องหรือป่าว สมามิไม่ดีเลยเรียนไม่ไหว แต่ครั้งนี้หมอปรับยาให้ใหม่แล้ว ตอนนี้ดีขึ้น รู้สึกสดชื่นขึ้น คิดว่าจะกินยาต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับและเรื่องท้องผูก และกลัวว่าอารมณ์จะผิดปกติไปอีกทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วย อยากหายแล้วกลับไปเรียนให้จบ พยาบาลรับฟังเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วยที่มีความตั้งใจอยากรักษาตัวให้หายและกลับไปเรียนต่อ ตอนนี้ผู้ป่วยพอจะทราบปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ครั้งหน้าเราจะมาพิจารณาปัญหาที่

เกิดขึ้นเพื่อช่วยกันหาทางแก้ไขรวมถึงพูดคุยเรื่องโรคและการรักษาและอธิบายเรื่องการให้
 สุขภาพจิตศึกษา บอกถึงวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
 และสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ใช้เวลา 2 ครั้ง และเพื่อเพิ่มศักยภาพและการมีส่วนร่วมของ
 ผู้ดูแลจึงขออนุญาตให้สุขภาพจิตศึกษากับญาติผู้ดูแลด้วย จำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยตอบตกลง และนัด
 หมายครั้งถัดไป

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับพยาบาลดี มีความไว้วางใจ สามารถเล่าประวัติของตนเอง สีน้ำตาลความ
 วิตกกังวลลง ทำที่นอนคลาย ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไรยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง รับฟัง
 คำอธิบายและสามารถคิดพิจารณาปัญหาของตนเองได้ สนใจเรื่องอาการป่วยและการดูแลตนเอง
 ยินดีเข้าร่วมการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและการดูแลปฏิบัติตน พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด
 ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองเมื่อพ้นหายจากโรคและให้กำลังใจ ผู้ป่วยมีท่าทีมั่นใจขึ้น

การวางแผนครั้งต่อไป

การรวบรวมข้อมูลในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็น
 ปัญหาของตนเองและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 3 : การไตร่ตรองปัญหาจากการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย
2. เพื่อประเมินอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมความเครียดของผู้ป่วย
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาของตนเอง และแนวทางการแก้ไขปัญหา
4. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการดำเนินชีวิต

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยแต่งกายสะอาด สีน้ำตาลดีขึ้น แวดตาเป็นมิตร พยาบาลเข้าไปทักทาย ผู้ป่วยยิ้มให้ทำที่ดีใจ

น้ำหนัก = 66.7 กิโลกรัม ส่วนสูง = 170 เซนติเมตร BMI = 23.08 kg/m²

ตารางที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 3

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
Lithium level (mEq/l)	0.600 - 1.500	1.1

ยาที่ได้รับ

1. Lithium Carbonate (ESKALITH) 300 mg 1 tab เช้า, 1 tab hs
2. Quetiapine (SEROQUEL) 25 mg 1 tab hs
3. Prenapril (Clonazepam) 2 mg 1 tab hs
4. Sodium valproate (Depakine CR) 500 mg 2 tab hs
5. Fluoxetine 1 tab เช้า
7. Folic acid 1 tab เช้า
8. Senokot 2 tabs hs

สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

พยาบาลประเมินปัญหาจากการป่วยซ้ำร่วมกับผู้ป่วย ทบทวนปัญหาจากครั้งก่อนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาถึงปัญหาแต่ละอย่าง ผู้ป่วยบอกว่ามีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ท้องผูก ความเข้าใจผิดเรื่องการกินยา เรื่องเรียน เรื่องอารมณ์ที่ผิดปกติแล้วรับมือได้ยาก แล้วก็ยังมีเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวด้วย พยาบาลขอให้ผู้ป่วยอธิบายความเข้าใจผิดเรื่องการกินยาผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจว่าอาการดีขึ้นก็หยุดกินได้ แต่ตอนนี้พอจะรู้แล้วว่าต้องกินต่อเนื่องไปก่อนให้หมอประเมินว่าหยุดได้ถึงจะหยุดกิน พยาบาลจึงแนะนำเพิ่มเติมเรื่องการกินยาต่อเนื่องจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้และลดความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยรับฟัง

เมื่อสอบถามถึงปัญหาอื่นๆ ผู้ป่วยคิดว่ากรับมือกับอารมณ์ที่ผิดปกติและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากและรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะทำได้ เนื่องจากผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกตนเองควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ ยิ่งถ้ามีเรื่องมารบกวนจิตใจ เช่น เห็นรูปเพื่อนที่มหาวิทยาลัย จะรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดง่าย เศร้าง่าย เครียดง่าย และมักโทษตัวเอง ไม่ค่อยอยากบอกปัญหากับใคร อย่างตอนนี้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดที่เรียนไม่ได้เหมือนเดิมทำให้รู้สึกตนเองไม่มีค่า อารมณ์เศร้า เกิดความคิดมากมานอนไม่หลับ และอยากให้คนอื่นๆ เข้าใจว่าตนไม่ได้อยากเป็นแบบนี้ ตนพยายามที่จะไปเรียนแล้วแต่เรียนไม่ไหวแต่บิดาไม่ค่อยเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง รู้สึกว่าถูกคนอื่นๆ มองว่าตนเป็นภาระไปเรียนก็ไม่ได้ อยู่บ้านเฉยๆ ทำงานก็คิดว่ายังไม่ได้

จึงสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลใจ ตอนนี้คือ การควบคุมอารมณ์รับรู้ตนเองในทางลบ กังวลในเรื่องการเรียน เมื่อสอบถามถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยบอกว่าเวลารู้สึกไม่ดีก็จะอยู่คนเดียว ไม่พูดกับใครเพื่อที่ว่าจะได้พักผ่อนไว้ จึงสะท้อนวิธีการในการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำได้ แนะนำ

วิธีการจัดการอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด โดยสอบถามความชอบและกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ ผู้ป่วยบอกว่าชอบคิด หรืออยู่นิ่งๆ จึงให้คำแนะนำเรื่องใช้หลักเกี่ยวกับ “สติ” (Mindfulness) 6 ขั้นที่จะช่วยให้คุณควบคุมอารมณ์ได้ แม้กระทั่งอารมณ์ที่ยากจะรับมือ ผู้ป่วยเห็นด้วยและยินดีเข้าร่วมฝึก และประเมินเรื่องสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยสนิทกับบิดาและพี่ชาย บิดาค่อนข้างเข้มงวดหน่อย ไม่ค่อยเข้าใจผู้ป่วย แต่หลังจากออกจากโรงพยาบาลดูเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ส่วนพี่ชายได้คุยบ้างแต่เป็นเรื่องทั่วไป เช่น กินข้าวหรือยัง พยาบาลได้ให้แนะนำเรื่องการสื่อสารแบบ i-message ผู้ป่วยบอกว่าจะกลับไปลองปฏิบัติ และพูดคุยเรื่องความกังวลในเรื่องการเรียน ผู้ป่วยบอกว่ากลัวตัวเองจะไปเรียนไม่ได้อีก ความกังวลของผู้ป่วยคือ สมมติไม่ดี จึงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถพัฒนาบทบาทด้านการเรียนได้ จึงประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับไปเรียน ผู้ป่วยบอกว่าคิดว่าอนาคตใกล้นี้น่าจะพร้อม เพราะรู้สึกอาการตนเองดีขึ้นมากแล้ว สำหรับเรื่องการเผชิญปัญหาผู้ป่วยบอกว่าจะพยายามพูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับมารดาที่ผู้ป่วยรู้สึกสนิทด้วยไม่เก็บไว้คนเดียว ผู้ป่วยรับรู้ว่าทุกคนเป็นห่วงครอบครัวและครอบครัวข้างยินดีและสามารถช่วยเหลือตนได้ ผู้ป่วยบอกว่ามารดาเป็นคนคอยดูแลแต่บางครั้งก็ไม่ค่อยได้คุยกัน เลยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหงา แต่จะพยายามเข้าใจว่ามารดาต้องออกไปค้าขายเพื่อทำหน้าที่เลี้ยงดูครอบครัว และพูดคุยเรื่องอาการท้องผูกและนอนไม่หลับ โดยได้ประเมินแบบแผนการนอน การขับถ่ายและร่วมกันวางแผนในการกำหนดการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับและแก้ไขปัญหาท้องผูก (ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษาข้อที่ 8)

ประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้ามุ่งมั่น เปิดใจเล่าปัญหา สิ่งที่ตนกังวล สามารถค้นหาและระบุปัญหาที่เกิดขึ้นได้ คือการจัดการอารมณ์ นอนไม่หลับ ท้องผูก และเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณาปัญหาและยอมรับในการร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทางบวก พยายาม แก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกมั่นใจ และสบายใจขึ้น และคิดว่าจะนำการสื่อสารแบบ i-message ไปใช้เพื่อสื่อสารความต้องการกับครอบครัวขณะอยู่บ้าน

การวางแผนครั้งต่อไป

วางแผนฝึกหลักเกี่ยวกับการใช้ “สติ” (Mindfulness) 6 ขั้นที่จะช่วยควบคุมอารมณ์ และสอบถามประเมินผลติดตามเรื่องอาการท้องผูกและนอนไม่หลับ และทบทวนรวมถึงประเมินผลการนำการสื่อสารแบบ i-message ไปใช้ในการสื่อสารในครอบครัว

ครั้งที่ 4 : ทางเลือกจัดการปัญหาการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการดำเนินชีวิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ และมีแนวทางการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยแต่งกายสะอาด สีส้มเข้มแจ่มใส ท่าทีผ่อนคลาย

น้ำหนัก = 65.9 กิโลกรัม

ส่วนสูง = 170 เซนติเมตร

BMI = 22.08 kg/m²

ตารางที่ 4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 4

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
Lithium level (mEq/L)	0.600 - 1.500	1.07

ยาที่ได้รับ

1. Lithium Carbonate (ESKALITH) 300 mg 1 tab เช้า, 1 tab hs
2. Quetiapine (SEROQUEL) 25 mg 1 tab hs
3. Prenapril (Clonazepam) 2 mg 1 tab hs
4. Sodium valproate (Depakine CR) 500 mg 2 tab hs
5. Fluoxetine 1 tab เช้า
7. Folic acid 1 tab เช้า
8. Senokot 2 tabs hs

สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

- ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นปัญหาสำคัญในตอนนี้ คือ การจัดการอารมณ์ โดยผู้ป่วยเลือกวิธีการ ใช้หลักเกี่ยวกับ “สติ” (Mindfulness) 6 ขั้นที่จะช่วยควบคุมอารมณ์ แม้กระทั่งอารมณ์ที่ยากจะรับมือ (Toni Parker, 2017) โดยมีวิธีการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 หันมายอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น ลองอยู่กับอารมณ์ของตัวเองสักพัก ไม่ว่าจะมีความโกรธ ความวิตกกังวล ความเศร้า ความอับอาย แทนที่จะพยายามผลักไสหรือกดไว้แต่หากว่าคุณรู้สึกยังไม่พร้อมหรือยังรับอารมณ์ไม่ไหว ก็อาจจะหาอย่างอื่นทำ เช่น ดื่มเครื่องดื่มหรือรับประทานอาหารที่ชอบเพื่อผ่อนคลายก่อนก็ได้เข้ามาช่วยในการฝึกฝนตนเองให้สามารถจัดการกับอารมณ์ได้

ขั้นที่ 2 บอกตัวเองให้ได้ว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นคืออารมณ์อะไร เมื่อเกิดอาการบางอย่างกับร่างกาย เช่น ไบหน้าร้อน หูชา มือกำแน่น ถอนหายใจแรง คุณลองบอกตัวเองว่า “ฉันกำลังรู้สึกโกรธ” และเมื่อคุณรู้แล้วว่าคุณกำลังโกรธ ก็ให้รับรู้ “นี่คือความโกรธ (This is anger)” เพื่อให้รู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมันเป็นอารมณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นมา แต่มันไม่ใช่ตัวคุณ เพราะอารมณ์นั้นมันจะหายไปในอนาคต ไม่ได้จะอยู่กับคุณตลอดไป มันจึงไม่ใช่ตัวคุณ แต่เป็นเพียงสภาวะชั่วคราว

ขั้นที่ 3 ยอมรับอารมณ์ของตัวเองแต่ไม่ตัดสินมัน ลองพูดกับตัวเองอย่างอ่อนโยนบ้าง เช่น “ไม่เป็นไร” “เราก็คิดที่สุกเท่าที่เราทำได้ไปแล้ว” เพื่อลดการตัดสินตัวเองว่าเป็นคนไม่ดี สมควรแล้วที่เราต้องโดนลงโทษ หรือสมควรที่เราต้องถูกว่า ซึ่งมันไม่จริงเลย

ขั้นที่ 4 สร้างการตระหนักให้กับตัวเองว่าอารมณ์เป็นเพียงสภาวะชั่วคราว ลองตั้งคำถามที่ชวนให้ตัวเองเกิดการตระหนักมากขึ้น เช่น

- อารมณ์นี้มันเป็นอารมณ์อะไร
- ความรู้สึกนี้มันอยู่ตรงไหน (ของร่างกาย)
- ฉันกำลังต้องการอะไรอยู่
- ฉันอยากจะให้คนใกล้ชิดทำอะไรให้ฉัน

ขั้นที่ 5 สำรวจและตั้งคำถามเข้าไปยังโลกภายในของตัวเอง ลองใช้คำถามที่จะช่วยให้คุณเจาะลึกเข้าไปในใจตัวเองได้ลึกเข้าไปอีก เช่น

- อะไรที่มากกระตุ้น (trigger) ให้ฉันเกิดอารมณ์แบบนี้ได้
- เพราะอะไรฉันถึงต้องรู้สึกอย่างนี้
- คนรอบข้าง เช่น แม่ของฉันทำอะไรฉันถึงได้รู้สึกแบบนี้ขึ้นมา

ขั้นที่ 6 วางความคาดหวังที่อยากให้ตัวเองควบคุมอารมณ์ได้ลงไป คุณอาจจะต้องค่อย ๆ ผ่านขั้นที่ 1 - 5 มาก่อน เพราะการวางความคาดหวังนั้น พุดง่าย ทำยาก ดังนั้นจึงอยากชวนให้คุณค่อย ๆ ฝึกตัวเองแบบใจดีกับตัวเอง คือไม่คาดหวังว่าตัวเองต้องทำได้ แต่ปล่อยให้มันเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และค่อย ๆ ทำจากขั้นที่ 1 เรื่อย ๆ มา จนคุณสามารถทำแต่ละขั้นได้อย่างไม่ต้องใช้ความฝืนพยายามมากนัก

- พุดคุยถึงเรื่องอาการท้องผูกและนอนไม่หลับ สอบถามเรื่องการปฏิบัติตนตามแผนการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับและแก้ไขปัญหาท้องผูก ผู้ป่วยเล่าว่าได้ปรับเวลาในการรับประทานยาใหม่เป็น 3 ทุ่ม และเข้านอนเวลา 4 ทุ่ม และไม่ได้ดูโทรทัศน์หรือโทรทัศน์ก่อนนอน รู้สึกว่าตนเองนอนได้มากขึ้น ส่วนเรื่องอาการท้องผูกได้พยายามทานผักมากขึ้น แต่ยังคงมีน้ำได้น้อย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกว่าเขาใจมากขึ้นที่รู้ว่าปัญหาของเขามี

คุณค่าและมีพยาบาลให้คำแนะนำช่วยเหลือ เมื่อสอบถามเรื่องอื่นๆ ผู้ป่วยบอกว่ายังมีเรื่องที่กังวล เพราะรู้สึกตนเองกินเก่งมาก น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากทำให้รู้สึกกังวล เคยคิดว่าจะหยุดกินยาดีมียแต่ไม่ได้ทำตามความคิดเพราะรู้ว่าคงไม่ถูกต้อง พยาบาลได้ประเมินความเข้าใจเรื่องที่ว่าน้ำหนักตัวเพิ่มและพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินค่าดัชนีที่ใช้ชี้วัดความสมดุลของน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ให้ข้อมูลและอธิบายผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่อาจส่งผลให้อายุารับประทานมากขึ้นได้ ประสานแพทย์แจ้งความกังวลเรื่องการกินและน้ำหนักเพิ่มแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อร่วมกันปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และร่วมวางแผนในการควบคุม/ลดน้ำหนัก (ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษาข้อที่ 10)

ประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้ามุ่งมั่น มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อแก้ไขปัญหา และตั้งใจระหว่างฝึกปฏิบัติเรื่องสติ 6 ชั้นช่วยควบคุมอารมณ์ หลังได้รับการฝึกผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเข้าใจอารมณ์ตนเองมากขึ้น อารมณ์ที่เกิดขึ้นคืออารมณ์อะไร การสำรวจและยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น บอกว่าจะนำไปใช้จริงเวลาที่เกิดอารมณ์ผิดปกติ ผู้ป่วยได้ระบายความกังวลเรื่องน้ำหนัก รูปร่างและได้ร่วมวางแผนในการควบคุม/ลดน้ำหนัก หลังพบแพทย์ผู้ป่วยได้ปรับยาลดลง Sodium valproate (Depakine CR) 500 mg 2 tab hs ปรับเหลือ 1 tab hs

การวางแผนครั้งต่อไป

1. ประเมินเรื่องการจัดการอารมณ์และติดตามผลการใช้หลักสติ 6 ชั้นช่วยควบคุมอารมณ์
2. ติดตามแผนการ/กิจกรรมในการควบคุม/ลดน้ำหนัก
3. เตรียมยุติการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ครั้งที่ 5 : การคงไว้ซึ่งการจัดการป่วยซ้ำด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยุติการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในการดำเนินชีวิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ และมีแนวทางระบายอารมณ์ที่เหมาะสม

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยแต่งกายสะอาด สีส้มเข้มแจ่มใส ทำทีผ่อนคลาย

น้ำหนัก = 65.9 กิโลกรัม

ส่วนสูง = 170 เซนติเมตร

BMI = 22.08 kg/m²

ตารางที่ 4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่มารับการรักษาครั้งที่ 4

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผลเลือดผู้ป่วย
Lithium level (mEq/L)	0.600 - 1.500	1.07

ยาที่ได้รับ

1. Lithium Carbonate (ESKALITH) 300 mg 1 tab เช้า, 1 tab hs
2. Quetiapine (SEROQUEL) 25 mg 1 tab hs
3. Prenapril (Clonazepam) 2 mg 1 tab hs
4. Sodium valproate (Depakine CR) 500 mg 1 tab hs
5. Fluoxetine 1 tab เช้า
7. Folic acid 1 tab เช้า
8. Senokot 2 tabs hs

สรุปการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

พยาบาลบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นการสนทนาครั้งสุดท้าย และให้ผู้ป่วยทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ดีขึ้น พยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องการวางแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยยอมรับการรักษา บอกว่าตนเองหลังจากรับประทานยาแล้ว อาการดีขึ้น มีความกังวลเรื่องน้ำหนักขึ้นแต่แพทย์ก็ได้ปรับการรักษาจนสามารถยอมรับได้แล้ว บอกว่าตนเองแหม่ไสขึ้น อารมณ์คงที่มากขึ้น กลางคืนหลับได้มากขึ้น ไม่มีความคิดโอดแค้นมากมายเหมือนช่วงแรก วางแผนจะกลับไปเตรียมตัวกลับไปเรียนหนังสือ และออกไปช่วยมารดาขายของ จะไม่เครียดจนเกินไป จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง หากมีอาการ เปลี่ยนแปลงจะรีบบอกมารดาทันที พยาบาลให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วย ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นจุดแข็งหรือข้อดีในตนเองที่มีความตั้งใจในการดูแลตนเองที่ดี แนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติมเรื่องการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน แนะนำหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบหรือสนใจเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงความเครียดหรือปัจจัยที่จะกระตุ้นให้โรคกำเริบขึ้นและหากมีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงยาหรืออาการที่ไม่แน่ใจควรปรึกษาแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถวางแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง มีแนวทางในการจัดการอารมณ์ที่ดีขึ้นและวางแผนจัดการกับปัญหาความเครียดวิตกกังวลได้ ยอมรับการเจ็บป่วย มีจิตใจที่เข้มแข็งและมีพลังที่จะดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ

การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณี

ครั้งที่ 1 : โรคอารมณ์สองขั้วและอาการเตือน โดยใช้แนวคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง เนื่องจากกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมถึงสามารถสังเกต ตัวกระตุ้นและอาการเตือนของตนเองได้ เพื่อที่จะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยแต่งกายเรียบร้อยมาพร้อมมารดา นั่งรอก่อนเวลาหน้าห้องตรวจ สีหน้าแจ่มใส พยายามเข้าไปทักทาย ผู้ป่วยยิ้มตอบ

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการและกิจกรรม	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการแสดง และการดำเนินของโรค	ปากกา กระดาษ ใบความรู้ที่ 1	1. กล่าวทักทายผู้ป่วย บอกชื่อกิจกรรมนี้ 2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในกิจกรรมนี้ 3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคอารมณ์สองขั้ว โดยให้ผู้ป่วยเล่าเรื่อง “ประสบการณ์การเจ็บป่วยของฉัน” 4. นำเข้าสู่เนื้อหาโดยใช้คำถามปลายเปิด “จากการเจ็บป่วยที่ผ่านมาพอจะบอกได้ไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร แล้วรู้จักโรคนี้น้อยเพียงใด ทราบหรือไม่ว่าอาการใดเป็นอาการนำหรือสัญญาณเตือนก่อนจะเกิดอาการกำเริบเหล่านั้น และการรักษาโรคนี้, การดูแลตนเองต้องทำอย่างไรบ้าง ”	- ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใส ท่าที่ผ่อนคลาย ทราบว่าคุณเองป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว - ผู้ป่วยรับฟังคำอธิบายเรื่องโรคที่เป็น และตอบคำถามตามแบบประเมินความรู้เรื่องโรคของหน่วยตรวจฯ ได้ว่าโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่ผิดปกติทางอารมณ์ ทั้งเศร้าและครื้นเครงมากกว่าปกติสลับช่วงกัน

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการและกิจกรรม	การประเมินผล
		5. ให้ความรู้เรื่องโรคโดยใช้เอกสารประกอบการสอน (ใบความรู้ที่ 1) 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกับผู้ป่วย 7. สรุปเนื้อหาที่สำคัญ 8. ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึจากกิจกรรมวันนี้ 9. นัดหมายครั้งต่อไป	- ผู้ป่วยแสดงท่าที ยอมรับการรักษา บอกว่าไม่อยากเข้ามารักษาแบบผู้ป่วย ในอีก จะคอยรับประทานยาต่อเนื่อง และหากตนเองเริ่มมีอาการที่ผิดปกติไปจะรีบขอคำปรึกษาและมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและรับปากว่าจะทำตามคำแนะนำของแพทย์และพยายาม โดยผู้ป่วยมีความหวังว่าจะหายเป็นปกติ - ผู้ป่วยสามารถคิดพิจารณาปัญหาของตนเองได้ พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง และให้กำลังใจ ผู้ป่วยมีทำที่มั่นใจขึ้น

ครั้งที่ 2 : การพัฒนาทัศนคติและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยแนวคิดหลัก การตัดสินใจด้วยตนเอง เนื่องจากกิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ช่วยในการที่จะช่วยควบคุมอาการ ดังนั้นผู้ช่วยจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลเสียของการขาดยา เพื่อที่จะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับยา สามารถเลือกวางแผนการรับประทานยา และวิธีเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้อย่างเหมาะสมและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการรับประทานยา

ลักษณะทั่วไป

ผู้ป่วยแต่งกายเรียบร้อยมาพร้อมมารดา โทรศัพท์แจ้งว่าจะมาช้า 10 นาที เมื่อมาถึงผู้ป่วยกล่าวขอโทษและบอกว่าพร้อมร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์	วัสดุอุปกรณ์	วิธีดำเนินการและกิจกรรม	การประเมินผล
1. เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ปากกา กระดาษ ใบความรู้ที่ 2	1. กล่าวทักทายผู้ป่วย บอกชื่อกิจกรรมนี้ “ยานั้นสำคัญไฉน” 2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในกิจกรรมนี้ 3. ประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยา โดยใช้คำถามปลายเปิด “คุณคิดเห็นอย่างไรต่อการรับประทานยา” 4. ให้ความรู้เรื่อง ยานั้นสำคัญไฉน โดยใช้แนวคิด การตัดสินใจด้วยตนเอง โดยใช้เอกสารประกอบการสอนใบความรู้ที่ 2 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกับผู้ป่วย 7. สรุปเนื้อหาที่สำคัญ 8. ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึจากกิจกรรมวันนี้ และนัดหมายครั้งต่อไป	1. ผู้ป่วยบอกได้ถึงประโยชน์และผลเสียของการขาดยา 2. ผู้ป่วยสามารถแยกแยะระหว่างอาการของโรคกับอาการไม่พึงประสงค์จากยา และวิธีแก้ไขเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ 3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการรับประทานยาของตนเองได้อย่างถูกต้อง

ใบความรู้ที่ 1

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คืออะไร?

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีลักษณะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากกว่าปกติ (mania หรือ hypomania) โดยอาการในแต่ละช่วงอาจเป็นอยู่นานเป็นสัปดาห์หรือหลายๆ เดือนก็ได้

อาการแสดงอย่างไร?

ระยะซึมเศร้า ระยะซึมเศร้าผู้ป่วยจะมีอาการไม่ร่าเริงหรือสนุกสนานเมื่อเทียบกับแต่ก่อนเศร้าแยกตัว เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่มีเรี่ยวแรง กินไม่ได้นอนไม่หลับ มีอาการปวดในตำแหน่งต่างๆ/และหรือทั่วตัวที่ไม่ทราบสาเหตุ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า เป็นภาระคนอื่น มองโลกในแง่ร้าย โกรธ หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิหลงลืมง่าย ที่สำคัญที่สุดคือ “การคิดฆ่าตัวตาย” หรือ “ทำร้ายตนเอง” โดยอาการดังกล่าวจะเป็นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์

ระยะคลุ้มคลั่ง ระยะคลุ้มคลั่ง มักจะเริ่มต้นจากความรู้สึกว่ามี “พลังเยอะ คิดสร้างสรรค์ หลากหลาย เข้าสังคมง่ายเกินไป” ซึ่งพออาการเริ่มหนักขึ้นมักจะมี “อารมณ์ดีเพิ่มขึ้น” ซึ่งมักจะมี “ความมั่นใจในตนเองเกินจริง” และ “หงุดหงิด โวยวายง่าย” ซึ่งคนที่มีอาการอารมณ์ดีเกินไปมักจะ “กระตือรือร้นมากเกินไป พุดมาก เบี่ยงเบนความสนใจง่าย และนอนลดลง” ซึ่งผู้ที่มีอาการมัก “ไม่ค่อยรู้ตัว” ว่ากำลังมีอาการผิดปกติ และรู้สึกสนุกกับทุกสิ่งรอบตัวมากขึ้นกว่าปกติ จนอาการเริ่มมีผล ต่อ “การตัดสินใจที่เริ่มผิดพลาด” มีความเสี่ยงสูงทางพฤติกรรมเช่น “เที่ยวกลางคืน มีเพศสัมพันธ์ เยอะ (ความรู้สึกทางเพศสูง)” ในกรณีที่อาการหนักมากจะมีอาการทางจิตได้เช่น หูแว่ว ประสาท หลอนได้

สาเหตุเกิดจากอะไร?

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ความผิดปกติของ ระบบฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย, การนอนหลับที่ผิดปกติ, ความผิดปกติของการทำงานในส่วนต่างๆ ของสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ด้านพันธุศาสตร์พบว่าสามารถพบ โรคนี้อุบัติขึ้นในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็น bipolar มากกว่าในประชากรทั่วไป

2. ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การไม่สามารถปรับตัวเข้ากับความคิด หรือปัญหาต่าง ๆ ภายในชีวิต ได้ ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ขึ้นมาได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางสังคมไม่ใช่สาเหตุของโรค แต่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้โรคแสดงอาการได้

วิธีการรักษาอย่างไร?

ปัจจุบันการรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว การรักษาที่ได้ผลจะต้องร่วมกันหลายปัจจัยเช่น มีความรู้เรื่องโรคนี้อีกเพื่อช่วยให้เข้าใจและจัดการตนเองได้, การรักษาอาการที่เกิดจากสารเสพติด (ถ้ามีร่วมด้วย), การให้ยารักษาโรคนี้อีก, การทำจิตบำบัด (พูดคุยอย่างมีขั้นตอนกับนักบำบัด แพทย์ เพื่อน และกลุ่มบำบัด), กำลั้งใจจากคนใกล้ชิดและจากครอบครัว โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ คือหายกลับเป็นคนเดิมได้ “แต่ไม่หายขาด” วันดีคืนดีผู้ป่วยจะกลับมามีอาการอีก ในผู้ป่วยบางรายที่เป็นมาหลายครั้งเป็นค่อนข้างถี่หรือเป็นแต่ครั้งรุนแรงมาก แพทย์อาจพิจารณาให้ยารักษาโรคต่อไปเรื่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมาใหม่

ตารางแสดงการเปรียบเทียบอาการป่วยในแต่ละช่วงให้เห็นความแตกต่าง ดังนี้

อาการในระยะซึมเศร้า	อาการในระยะคลุ้มคลั่ง
มีอาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ความ สนใจ หรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลง อย่างมาก	มีอาการคลุ้มคลั่งขึ้น แสดงออกอย่างเต็มที่ หรือ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินปกติ
รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระ หรือรู้สึกผิด	รู้สึกว่าตนเองเก่ง หรือมีความสำคัญมาก
นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ	ต้องการนอนลดลง
เชื่องช้า หรือกระวนกระวาย	ความคิดพรั่งพรูแล่นเร็ว
อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง	มีพลัง มีกิจกรรม โครงการต่างๆ มากมาย
สมาธิลดลง ลังเลใจ วอกแวก	สนใจไปทุกสิ่งทุกอย่าง
คิดอยากตาย	หุนหันพลันแล่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย
เบื่ออาหาร ผอมลง	พูดมาก หรือพูดไม่หยุด
ยังตระหนักว่าตนเองผิดปกติไปจากเดิม (บาง ราย)	ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไปจากเดิม

การสังเกตอาการเริ่มต้น/อาการเตือน

การหมั่นสังเกตอารมณ์และรวบรวมพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนการรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลรอบข้างเป็นระยะ จะเป็นประโยชน์ในการประเมินตัวเรา ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ตัวเรามีความเข้าใจในตนเองมากยิ่งขึ้น การสังเกตอาการเริ่มต้นก่อนอาการกำเริบ (Early Signs) โดยทั่วไปก่อนที่ผู้ป่วยกำเริบหนักมักมีสัญญาณเริ่มต้นให้สังเกต ดังนี้

- **ขี้แฉะ** คือ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ 2-3 วัน พุดมากขึ้น อารมณ์ครั้นเคร่งผิดปกติ หรือบางคนจะมีพฤติกรรมใช้จ่ายฟุ่มเฟือย

- **ขี้แสร้ง** คือ แสร้งผิดปกติ บ่นว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกอยากตาย เริ่มเขียนพินัยกรรมทิ้งไว้

ทั้งนี้ สัญญาณเริ่มต้นนี้เป็นอาการที่ยังไม่รุนแรงมากนัก ซึ่งญาติหรือคนใกล้ชิดสามารถสังเกตเห็นได้ เมื่อสังเกตเห็นสัญญาณเตือนแล้ว ต้องรีบจัดการแต่เนิ่นๆ อาจโทรศัพท์ไปปรึกษาที่โรงพยาบาลว่าเราควรต้องทำอะไรเมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วย หรือพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

การป้องกันโรคอารมณ์สองขั้วกำเริบมีวิธีการอย่างไร?

1. การหมั่นสังเกตสัญญาณและอาการเตือนของโรคไบโพลาร์ การให้ความสนใจกับอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองเป็นระยะ เช่น หากตกอยู่ในอารมณ์ซึมเศร้าสลับอารมณ์ดีสุดโต่งบ่อยๆ หรือมีพฤติกรรมโมโหร้ายสลับกับการหัวเราะมากผิดปกติ หรือชอบทำอะไรที่เสี่ยงอันตรายโดยขาดความยั้งคิด ควรรีบปรึกษาแพทย์หรือบอกญาติที่อยู่ใกล้ชิด

2. หลีกเลี่ยงสารเสพติดและแอลกอฮอล์ สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์นอกจากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคไบโพลาร์แล้ว ยังทำให้มีโอกาสกลับมาเป็นโรคซ้ำได้อีก

3. การทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง การไม่ทานยาตามแพทย์สั่ง การหยุดยา หรือการลดขนาดยาเอง ล้วนทำให้การรักษาล้มเหลว นอกจากนี้จะไม่สามารถรักษาโรคไบโพลาร์ให้หายได้แล้ว ยังทำให้มีโอกาสกลับมาเป็นโรคซ้ำได้

4. การออกกำลังกายเป็นประจำ วิธีการการป้องกันโรคไบโพลาร์ที่ดีที่สุดที่แพทย์แนะนำ คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อให้สมองหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) หรือสารแห่งความสุข เพื่อช่วยให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน และช่วยให้นอนหลับสนิท

ใบความรู้ที่ 2

“ยานั้น สำคัญไฉน”

โดยแนวคิดหลัก การตัดสินใจด้วยตนเอง เนื่องจากกิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการที่จะช่วยควบคุมอาการ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลเสียของการขาดยา เพื่อที่จะสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับยาได้อย่างเหมาะสม และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องได้พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการรับประทานยา

การรักษา

เนื่องจากโรคนี้เกิดจากการเสียสมดุลของสารสื่อประสาท ดังนั้น ยา จึงเป็นปัจจัยหลักของการรักษาที่ช่วยปรับระดับสารสื่อประสาทให้เข้าสู่สมดุล ปัจจุบันมียาอยู่หลายชนิดที่มีประสิทธิภาพในการรักษา ยากลุ่มนี้ไม่ใช่ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ ไม่ทำให้ติดยาเมื่อใช้ในระยะเวลา แต่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 – 4 สัปดาห์ จึงเห็นผล

ยาที่ใช้รักษา

ยาที่ใช้รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ได้แก่ ยาในกลุ่มยาควบคุมอารมณ์ ยาด้านโรคจิต และยาด้านซึมเศร้า ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย

• ยาควบคุมอารมณ์

ยากลุ่มนี้เป็นยาหลักที่ใช้ทั้งรักษาในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและเมื่อมีอาการอารมณ์ดีผิดปกติ และยังใช้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย ยากลุ่มควบคุมอารมณ์นี้ออกฤทธิ์ช้า เมื่อปรับยาครั้งหนึ่งต้องรอนานอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ ยาจึงเริ่มออกฤทธิ์ ผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่มนี้มักต้องถูกเจาะเลือดดูระดับยาในร่างกายเพื่อช่วยในการปรับยาด้วย และยาในกลุ่มนี้มักเป็นยาต้องห้ามในผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ โดยเฉพาะใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เพราะอาจทำให้เด็กในท้องพิการได้

• ยาด้านโรคจิต

ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการวุ่นวายและมีพฤติกรรมที่สร้างปัญหา และปัจจุบันยังมีงานวิจัยรับรองว่าใช้คุมอารมณ์และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย แพทย์จึงมักให้การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ไวและช่วยให้ผู้ป่วยสงบสติอารมณ์ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

• ยาต้านซึมเศร้า

มักจะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะซึมเศร้า แพทย์สามารถให้การรักษาด้วยยาควบคุมอารมณ์ โดยไม่ต้องให้ยาแก้โรคซึมเศร้าก็ได้ แต่บางครั้งแพทย์อาจเลือกที่จะให้ยาต้านซึมเศร้าด้วยเพื่อให้ได้ผลแน่นอนขึ้น แล้วค่อยๆ ลดยาจนหยุดยาได้ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมามีอาการ

โดยทั่วไป เมื่อเริ่มรักษา แพทย์มักสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ในเวลาประมาณ 1 เดือน และผู้ป่วยมักมีอาการเป็นปกติในเวลาประมาณ 2 เดือน หลังจากนั้นยังต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการต่อไปอีกประมาณ 9 – 12 เดือน แล้วค่อยพิจารณาหยุดยาหรือขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย

โรคไบโพลาร์เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายสนิทได้ คือ หายกลับไปทำงานเป็นคนเดิมได้ แต่อาจไม่หายขาด วันดีคืนดีอาจกลับมามีอาการอีก ในรายที่มีอาการป่วยมาหลายครั้ง หรือค่อนข้างถี่ แต่ละครั้งอาการรุนแรง แพทย์อาจพิจารณาให้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกลับมาอีก

การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด รู้จักสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและวิธีแก้ไขเบื้องต้น แม้อาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นไม่บ่อย จึงจำเป็นจะต้องทำความเข้าใจตั้งแต่เนิ่นๆ เมื่อมีอาการจะได้ไม่ตกใจและรู้วิธีแก้ไข เช่น มีอาการคลื่นไส้ พุงไม่ชัด น้ำลายไหลมาก โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เมื่อร่างกายปรับตัวกับยาได้แล้ว อาการเหล่านั้นจะค่อยๆ หายไป สิ่งสำคัญที่สุด คือ อย่าหยุดรับประทานยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย ซึ่งแพทย์มีวิธีการปรับเปลี่ยนยาเพื่อให้คนไข้ได้ปรับตัวให้เข้ากับขนาดของยา หรือพิจารณาด้วยยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับคนไข้

ตัวอย่างอาการข้างเคียงจากยาและวิธีแก้ไขเบื้องต้น

- คอแห้ง ให้ดื่มน้ำบ่อยๆ ไม่มีน้ำตาลหรือจิบน้ำบ่อยๆ
- พุงไม่ชัด คลื่นไส้ ต้องระวังการรับประทานอาหารและน้ำให้พุงชุ่มๆ ชัดๆ
- น้ำลายไหล ให้ทำความสะอาดช่องปากบ่อยขึ้น
- อื่นๆ คือ ง่วงนอน ตาพร่า เคลื่อนไหวช้าลง หลีกเลียงการขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรือของมีคม

การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลแก่ญาติผู้ดูแล โดยผู้จัดการรายกรณี

ครั้งที่ 1 : การพัฒนาความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ญาติผู้ดูแล : มารดา ให้ความร่วมมือดี สีหน้ากังวลเล็กน้อย บอกว่าเป็นห่วงและสงสารผู้ป่วยอยากให้หายจากโรคนี้ กลับไปเรียนได้ ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว แต่ยังไม่แน่ใจว่าเข้าใจโรคนี้ถูกต้องหรือไม่

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการและกิจกรรม	การประเมินผล
1. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	ปากกา กระดาษ ใบความรู้ที่ 1	1. กล่าวทักทายญาติผู้ดูแล บอกชื่อกิจกรรมนี้ 2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในกิจกรรมนี้ 3. ประเมินความรู้ความเข้าใจโรคอารมณ์สองขั้ว 4. นำเข้าสู่เนื้อหาโดยใช้คำถามปลายเปิด “พอจะบอกได้ไม่ว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไรบ้าง คิดว่าอะไรคือสาเหตุ การรักษาโรคนี้และการดูแลผู้ป่วยต้องทำอะไรบ้าง” 5. ให้ความรู้เรื่องโรคโดยใช้เอกสารประกอบการสอน (ใบความรู้ที่ 1) 6. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกับผู้ป่วย 7. สรุปเนื้อหาที่สำคัญ 8. ให้ญาติผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกจากกิจกรรมวันนี้ และนัดหมายครั้งถัดไป	1. มารดาบอกได้ว่าโรคอารมณ์สองขั้วคือโรคผิดปกติทางอารมณ์ ที่มีช่วงเศร้ากับช่วงที่ครื้นเครง 2. มารดาบอกว่าเข้าใจโรคนี้มากขึ้น จากการตอบแบบประเมินความรู้ของญาติ มารดาตอบได้ว่า โรคนี้หากรับประทานยาต่อเนื่องจะสามารถควบคุมอาการและป้องกันอาการกำเริบได้ อาการกำเริบ ได้แก่ เศร้ามากขึ้น หงุดหงิดง่าย คิดอยากทำนู่นนี่มากกว่าปกติ ใช้จ่ายเงินเปลือง และหากมีอาการกำเริบจะพาไปโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือมาก่อนนัดเพื่อปรึกษาแพทย์

ครั้งที่ 2 : การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแล : มารดา ให้ความร่วมมือดี สีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และได้ช่วยเตือนผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินการและกิจกรรม	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>ปากกา</p> <p>กระดาษ</p> <p>ใบความรู้ที่ 3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กล่าวทักทายญาติผู้ดูแล บอกชื่อกิจกรรมนี้ 2. บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่จะได้รับในกิจกรรมนี้ 3. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วย 4. นำเข้าสู่เนื้อหาโดยใช้คำถามปลายเปิด “ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา รู้สึกมีความยากลำบากเรื่องอะไรบ้างคะ แล้วพอจะทราบหรือรู้จักเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์บ้างมั๊ยคะ” 5. ให้ความรู้เรื่องโรคโดยใช้เอกสารประกอบการสอน (ใบความรู้ที่ 3) 6. เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและอภิปรายร่วมกัน 7. สรุปเนื้อหาที่สำคัญ 8. ให้ญาติผู้ดูแล ได้แสดงความรู้สึกจากกิจกรรมวันนี้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาสามารถบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ 2. มารดา รู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้

ใบความรู้ที่ 3

องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก คือ การแสดงออกด้วยความหวังใจ เข้าอกเข้าใจ อบอวน เป็นมิตร ด้วยท่าทางที่เป็นธรรมชาติ และมีความชื่นชมยินดีต่อพฤติกรรมคำพูดของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 ความอบอุ่นเป็นมิตร หมายถึง การแสดงออกถึงความหวังใจ เข้าอกเข้าใจ และให้ความสนใจในตัวของผู้ป่วยด้วยน้ำเสียง กิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

1.2 ความชื่นชม หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ ยกย่อง ชมเชยในพฤติกรรมในด้านที่เหมาะสมของผู้ป่วย และผู้ดูแลที่มีความผูกพันทางสายเลือดย่อมเกิดความรู้สึกหวังใจและส่งสารเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย และเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลให้สมาชิก ในครอบครัว หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือให้การเจ็บป่วยนั้นทุเลา

2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือการแสดงออกในรูปแบบคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง หรือแม้แต่การแสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การวิพากษ์วิจารณ์ หมายถึง การใช้คำพูดและ/หรือน้ำเสียง ที่แสดงถึงความไม่พอใจ หรือไม่เห็นชอบต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้แต่การให้คำแนะนำเชิงตำหนิ

2.2 การแสดงออกด้วยความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป หมายถึง การแสดงออกด้วยความเป็นห่วง กังวล การเอาใจจดจ่อ โดยมีการแสดงออกที่มากเกินไป เช่น การที่ผู้ดูแลเข้าไปจัดการกิจกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยมากเกินไป จนผู้ป่วยไม่มีความเป็นอิสระในการคิดและตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ นั้น ด้วยตัวเองต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีความสามารถและศักยภาพในการกระทำ หรือเพื่อต้องการรู้เรื่องของผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง

2.3 ความไม่เป็นมิตร หมายถึง การวิพากษ์วิจารณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมีการวิพากษ์วิจารณ์เรื่องต่างๆ ไป โดยที่ไม่รู้ตัว เช่น เขาเป็นคนไม่มีประโยชน์ สกปรก ไม่มีระเบียบ เป็นต้น

การวางแผนการพยาบาล

จากการประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ และจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้ศึกษานำปัญหาที่พบมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาล 12 ปัญหา คือ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากรับรู้ตนเองทางลบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากภาวะซึมเศร้า

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยบกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เนื่องจากบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากบกพร่องทางอารมณ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเป็นพิษเนื่องจากได้รับยา Lithium เกิน (Lithium intoxication)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะซึมเศร้า

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง : ท้องผูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลึกลับสูญเสียมูลค่าในตนเองเนื่องจากรับรู้ตนเองในทางลบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 มีความวิตกกังวลต่อรูปร่างของตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 11 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากการเผชิญปัญหาขาดประสิทธิภาพ และขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 12 ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับบทบาทด้านการเรียนเนื่องจากต้องหยุดเรียนจากการป่วยซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากรับรู้ตนเองทางลบขณะที่หน่วยตรวจครั้งแรกๆ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าเศร้าหมอง บ่นอยากตาย รู้สึกไร้ค่า สีหน้าเศร้าหมอง มีความคิดทำร้ายตัวเองด้วยการกระโดดตึก

2. ประเมิน PHQ 9 = 24 คะแนน, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ = 12 คะแนน

3. มารดาสังเกตว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พุคน้อยลง

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการทำร้ายตัวเองขณะอยู่ในหน่วยตรวจฯ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง
2. คะแนน ประเมิน PHQ 9 < 21, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ < 8 คะแนน
3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษาและไม่มีความคิดอยากตาย
4. ผู้ป่วยบอกแผนในการดำเนินชีวิตได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. คัดกรองอาการและสังเกตอาการผิดปกติตามแนวทางการคัดกรองทางจิตเวช (หน้า 34) พบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้า บอกว่าคิดไม่อยากจะอยู่ อยากฆ่าตัวตาย สอบถามถึงความคิด วิธีการและการวางแผนที่จะทำร้ายตัวเอง ประเมิน PHQ 9 = 24 คะแนน, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ = 12 คะแนน จำแนกประเภทผู้ป่วยประเภท 3 ระดับเร่งด่วน ดัดป้ายแสดงความเสี่ยง “AAA” (suicide) แจ้งแพทย์และทีมการรักษาเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การดูแลตาม (หน้า 31-33)

2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพร้อมรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ (active listening) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ โดยพุดคุยสบตา (eye contact) ให้เวลาในการสนทนาโดยปราศจากอคติ เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสนทนาด้วย การยอมรับ (accepting) และการบอกสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย (sharing observation) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก

3. พุดคุยสนทนากับผู้ป่วยถึงข้อเสียที่ผู้ป่วยได้รับจากการทำร้ายตัวเอง ใช้เทคนิคการสนทนา การสำรวจข้อมูล (exploring) กระตุ้นในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย

4. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แนะนำให้ผู้ป่วยบอกพยาบาลทุกครั้งที่มีความคิดจะทำร้ายตนเอง จัดให้มีเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังอาการ เตรียมแจ้งรพ.เข้าช่วยเหลือวิธีหากผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยและเห็นว่าเขามีชีวิตอยู่ของเขาเป็นสิ่งที่มีความ

5. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมองเห็นความหมายของการมีชีวิตอยู่ เช่น พุดถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต

6. ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับลักษณะ พฤติกรรม อาการ และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา

7. แจ้งแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีความคิดอยากทำร้ายตนเองตลอดเวลา และดูแลให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา

8. ดูแลบริหารยาตามแผนการรักษา Quetiapine (Seroquel) 25 mg 1 tab stat เพื่อควบคุมอาการ และประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้องวงซึม

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองในขณะที่อยู่ในหน่วยฯตรวจ ผู้ป่วยบอกรู้สึกดีขึ้นมาบ้างที่มีที่ที่เข้าใจอาการ แต่อารมณ์ยังเศร้าและเบื่อหน่ายอยู่ ยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หลังได้รับยาควบคุมอาการไม่มีอาการวงซึม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย สายตาเหม่อลอย
2. ประเมิน PHQ 9 = 24 คะแนน, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ = 12 คะแนน
3. มีอาการแยกตัว ไม่สนใจกิจวัตรส่วนตัว
- 4.ญาติบอกว่าสนใจดูแลตนเองลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง
5. มารดาบอกว่าต้องกระตุ้นให้อาบน้ำทุกวัน

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำความสะอาดร่างกายได้สะอาดมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีสุขอนามัยดีขึ้น อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง
2. ผู้ป่วยมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น
3. คะแนน ประเมิน PHQ 9 < 21, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ < 8 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสะอาดของร่างกาย สุขอนามัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. แนะนำและกระตุ้นการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองให้สะอาด เช่น การอาบน้ำ สระผม การล้างหน้า
3. แนะนำหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การฟังเพลง การสวดมนต์ เพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย

4. ให้คำแนะนำญาติไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง และควรหมั่นกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันของตัวเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี ไม่มีกลิ่นตัว อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองโดยไม่ต้องกระตุ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัวและคนรอบข้างบกพร่องเนื่องจากขาดการสื่อสารและญาติขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้วอยู่ในระยะซึมเศร้า สีหน้าเศร้าหมอง เหม่อลอย
2. มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ค่อยพูดกับใคร
4. ผู้ป่วยรู้สึกไม่ไวใจใคร กังวลในการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง
5. กังวลเรื่องสัมพันธภาพกับบิดาและพี่ชาย

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและพูดคุยกันดีขึ้น สีหน้าคลายกังวล
2. ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการสื่อสาร โดยใช้ i-message สามารถสื่อสารความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่นได้มากขึ้น
3. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว
4. สีหน้าสดชื่น ไม่แสดงความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีและเหมาะสมกับบุคคลอื่น โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น กล่าวพูดกล้าแสดงออก แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักการสื่อสารอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยและให้แรงเสริม

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมอย่างเหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกระตุ้น การมีส่วนร่วมในครอบครัว

3. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะ ในการทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม

4. แนะนำการใช้ I- message เพื่อบอกความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง โดยใช้ I-Message ที่ช่วยทำให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ เปิดใจรับฟัง และไม่เกิดการต่อต้านด้วยอารมณ์ (รายละเอียดในบทที่ 3)

4. สังเกตสีหน้าของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามากขึ้น ส่วนสัมพันธภาพกับพี่ชายยังคงต้องใช้เวลาในการฝึกใช้ I-message

1. มารดามีความเข้าใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น มีความตั้งใจจะช่วยมารดาทำงานที่บ้านจะได้อยู่ใกล้ชิดมากขึ้น
3. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อครอบครัวมากขึ้น และสามารถบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเองต่อมารดาสีหน้ายิ้มแย้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เนื่องจากบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเล่าว่าตนเอง โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย เศร้าง่าย ไม่สามารถยับยั้งอารมณ์โกรธได้บางครั้งคิดมากและหยุดคิดไม่ได้
2. ผู้ป่วยบอกว่าอารมณ์เปลี่ยนแปลงแล้วมักจะเก็บตัวเพื่อออกอารมณ์ไว้

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถแสดงอารมณ์และพฤติกรรมออกมาอย่างเหมาะสม
2. สามารถบอกถึงแนวทางในการควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยสำรวจอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นอย่างไร และมีสิ่งใดที่ควรแก้ไข ปรับปรุง เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ และรับฟังอย่างตั้งใจ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่าควรแก้ไขปรับปรุง
3. แนะนำเพิ่มเติมจากแนวทางการแก้ปัญหของผู้ป่วย
 - การจัดการอารมณ์โดยใช้หลักสติ 6 ขั้น เพื่อควบคุมอารมณ์ ควรฝึกอย่างสม่ำเสมอในเวลา ที่อารมณ์ปกติ เพื่อสามารถรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง และดักจับอารมณ์ผิดปกติที่เข้ามา และจัดการอารมณ์

ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการรู้เท่าทันความคิด เช่น “เรื่องนี้มันผ่านไปแล้ว” ไม่เก็บเอาความคิดภายหลัง สร้างความเคยชินกับความคิดที่ดี

4. ฝึกการหายใจยับยั้งอารมณ์โกรธ ควรฝึกอย่างสม่ำเสมอ จะใช้ได้ผลดีเมื่อถึงเวลาโกรธโดย ฝึกหายใจเข้าและหายใจออก

5. ยับยั้งอารมณ์โกรธ ไม่ปะทะ ไม่ระบายความโกรธด้วยวาจา หรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม เมื่อ มีอารมณ์โกรธให้หนีออกจากสถานการณ์นั้น เพื่อคิดไตร่ตรองให้ดีกว่าก่อน

6. คิดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต สร้างสรรค์สิ่งที่เป็นสุขรู้จักให้ความสุขกับตนเองและผู้อื่น

การประเมินผล

ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล มีท่าทางเป็นมิตร ผู้ป่วยแสดงท่าทีพอใจและยอมรับการฝึกการจัดการ อารมณ์ ผู้ป่วยปฏิบัติได้ สามารถถึงวิธีการจัดการอารมณ์ด้วยหลักสติ 6 ขั้นได้ และบอกวิธีการฝึกหายใจ ยับยั้งอารมณ์โกรธได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีแบบแผนการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากบกพร่อง ทางอารมณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอารมณ์เศร้า
2. ประเมิน PHQ 9 = 24 คะแนน, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ = 12 คะแนน
3. ผู้ป่วยบอกว่าเวลามีเรื่องไม่สบายใจหรืออารมณ์ผิดปกติ มักจะใช้วิธีการเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่เจอใครและไม่พูดกับใคร และโทษตัวเองที่เกิดเรื่องแบบนี้ขึ้นและไม่อยากคิดหาทางแก้ปัญหาเพราะกลัว

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยปรึกษากับคนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้
2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา มีสัมพันธภาพกับครอบครัวมากขึ้น
3. ผู้ป่วยบอกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ปัญหาได้
4. คะแนน ประเมิน PHQ 9 < 21, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ < 8 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ปลอดภัยและมั่นใจในการที่จะบอกเล่าความคิด ความรู้สึก ให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. หลีกเลี่ยงคำพูดหรือการกระทำที่แสดงให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่มีศักดิ์ศรี เช่น ทำอะไรก็ไม่ได้สักอย่าง

3. เอาใจใส่ รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีจริงใจและเป็นมิตร พุดคุยชี้ให้ผู้ป่วยพูดถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4. ประเมินวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งผลของการใช้วิธีการนั้นเพื่อประเมินความสามารถในการจัดการปัญหา อภิปรายวิธีการแก้ปัญหาในอดีต เวลาเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้ โกรธ เสียใจ ผิดหวัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการปรับตัวต่อความเศร้าโศก สูญเสีย มองว่าการมีความโกรธ ไม่พอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ต้องเรียนรู้ที่จะยอมรับและแก้ไขในทางที่เหมาะสม ไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือหลบหนีปัญหา

5. ช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาและพูดคุยถึงทางเลือกในการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ฝึกการตัดสินใจและการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเองให้สำเร็จด้วยการสอนทักษะการเผชิญปัญหา

6. ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยพูดแสดงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ด้วยเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่เห็นผลในระยะสั้นและสามารถเห็นผลสำเร็จของกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและภูมิใจในตัวเองมากขึ้น

8. ให้กำลังใจ โดยการชมเชยเมื่อผู้ป่วยรับผิดชอบกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยไม่ต้องกระตุ้นและสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง

9. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยการวิเคราะห์สาเหตุความขัดแย้งร่วมกันและช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวที่ผิดปกติของผู้ป่วยด้วยการใช้กลไกทางจิตเพื่อลดความกังวลและหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้าใจจะสามารถวางแผนการดูแลได้ตรงปัญหา นำไปสู่การแก้ปัญหาตามขอบเขตหน้าที่ สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาททำให้เกิดความเข้าใจและดูแลช่วยเหลือกันได้

10. ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือหรือให้การปรึกษา เช่น โทรปรึกษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชฯ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่า “ จะพยายามพูดคุยหรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับมารดาที่ผู้ป่วยรู้สึกสนิทด้วยไม่เก็บไว้คนเดียว” ผู้ป่วยรับรู้ว่าทุกคนเป็นห่วงตน ครอบครัวและคนรอบข้างยินดีและสามารถช่วยเหลือตนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเป็นพิษ(เนื่องจากได้รับยา Lithium)
(Lithium intoxication)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยา Lithium Carbonate 1 tab เช้า, 1 tab hs
2. ระดับ Lithium level 1.07 (mEq/L)
3. ผู้ป่วยนอนหลับไม่หลับ นอนหลับเฉลี่ยวันละ 4 ชั่วโมง

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเป็นพิษจากยา Lithium

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เดินเซ
2. ผลเลือดค่า Lithium อยู่ระหว่าง 0.6 -1.2 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน เดินเซ มือสั่น ถ่ายเหลว เป็นต้น เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึงและเป็นข้อมูลรายงานการใช้ยาแก่แพทย์

2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และอาการภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเป็นพิษ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตอาการของตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบได้ทันทีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น

3. แนะนำข้อปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดความเสี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นที่อาจส่งผลต่อภาวะเป็นพิษของยา Lithium

4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะใช้ยารักษาต่อเนื่อง

5. แนะนำฉบับที่กข้อมูลการรับประทานยาพดติดตัว กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเป็นพิษขึ้นจะช่วยให้มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการรักษา

6. ดูแลเพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะเป็นพิษของยา โดย ติดตามค่าผลเลือดเพื่อประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเป็นพิษ แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว/วัน หลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพอากาศร้อนหรืออยู่กลางแจ้งหรือการออกกำลังกายมากๆ แนะนำให้ดื่มเกลือแร่เมื่อมีอาการถ่ายเหลว เพื่อรักษาระดับเกลือแร่ในร่างกาย

7. ให้คำแนะนำหากเกิดผลข้างเคียงขึ้น เช่น เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน เดินเซ มือสั่น ถ่ายเหลว เป็นต้น ให้รีบมาพบแพทย์ทันทีหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างได้รับยา Lithium ระดับ Lithium ในเลือด < 1.5 mEq/L

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะเป็นพิษของยา Lithium เช่น เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน เดินเซ มือสั่น ถ่ายเหลว เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยนอนหลับไม่หลับ ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้และนอนหลับได้วันละ 4 ชั่วโมง ก่อนหน้าที่จะเกิดอาการป่วยเป็นคนนอนหลับง่าย

2. สีหน้าอ่อนเพลีย

3. มีสุขอนามัยการนอนเวลานอนไม่เหมาะสม คือ เข้านอนไม่เป็นเวลา เวลานอนไม่หลับ มักจะเล่นโทรศัพท์ และมักเปิดโทรทัศน์ไว้ระหว่างนอนหลับ

4. ประเมิน PHQ 9 = 24 คะแนน, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ = 12 คะแนน

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยใช้เวลาเข้านอนได้เร็วขึ้นจาก 2 ชั่วโมงเหลือ 1 ชั่วโมง

3. คะแนน ประเมิน PHQ 9 < 21 , แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ < 8 คะแนน

4. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่อ่อนเพลีย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการง่วงนอนและการพักผ่อนเพียงพอในแต่ละวัน เช่น อาการง่วงนอนเป็นอย่างไร ใช้เวลาในการเข้านอนนานแค่ไหน แผนการนอนหลับในแต่ละวันที่ชม คิดว่าตนเองพักผ่อนได้เพียงพอหรือไม่ และประเมินสุขอนามัยในการนอน เช่น การเข้านอนไม่เป็นเวลา เปิดโทรทัศน์หรือเพลงเสียงดังระหว่างช่วงเข้านอน กิจกรรมประจำวันต่างๆ แผนการออกกำลังกาย แผนการรับประทานอาหารเป็นเช่นไรและให้การพยาบาลตามแผนที่คิดปกติ

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยการนอน (Sleep hygiene) ได้แก่

- จัดตารางเวลาเข้านอนและตื่นนอนให้ตรง เวลาเดิมทุกวัน
- ไม่นอนในเวลากลางวัน
- งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน
- ออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ แต่ไม่ควรทำก่อนนอน
- พยายามลดความวิตกกังวลต่างๆก่อน เข้านอน ควรเข้าใจว่าความวิตกกังวลว่าจะสามารถนอนหลับได้หรือไม่ เป็นการเพิ่มความกังวลและทำให้หลับได้ยากขึ้น
- เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง นอนในท่าที่สบายที่สุด
- ถ้าไม่สามารถนอนหลับได้ใน 15-30 นาที ให้ลุกขึ้นจากเตียง ไปทำกิจกรรมอื่นจนกว่าจะง่วง แล้วจึงกลับเข้านอน

3. แนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับไม่มีการรบกวน

- เสียง หลีกเสียงเสียงดังหรือการเปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ เนื่องจากจะเป็นตัวกระตุ้นรบกวนการนอน
- แสง/อุณหภูมิ จัดบรรยากาศโดยรวมของห้องนอนให้ชวนพักผ่อน แสงสว่างไม่มากเกินไป อุณหภูมิพอเหมาะไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป อากาศถ่ายเทสะดวก
- ใช้เตียงนอนเพื่อการนอนเท่านั้น ห้ามใช้ทำกิจกรรมอื่น เช่น อ่านหนังสือหรือทำงาน

4. แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดีแข็งแรงสดชื่น

5. ร่วมกันค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ พร้อมซักถามถึงวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อนอนไม่หลับ และแนะนำให้ทดลองปฏิบัติ โดยพยาบาลติดตามประเมินผลซ้ำ หากไม่ได้ผลให้ร่วมกันวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการหาวิธีการอื่น เช่น วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมการหายใจ เป็นต้น

6. กระตุ้นไม่ให้ผู้ป่วยงีบหลับในช่วงกลางวัน เนื่องจากจะทำให้การหลับตอนกลางคืนมีปัญหาได้

7. ไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานก่อนนอน และส่งเสริมให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน

8. ประสานทีมแพทย์หากยังมีอาการนอนไม่หลับเพื่อวางแผนการรักษาเพิ่มเติม เช่น การปรับยารับประทาน

การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอ นอนกลางคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมงโดยได้ยานอนหลับจากแผนการรักษา ของแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง : ท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าถ่ายไม่ค่อยออก บ่นแน่นท้อง 3-4 วันถ่าย 1 ครั้ง เดิมขับถ่ายวันละ 1 ครั้ง
2. ได้รับยาต้านเศร้า fluoxetine
3. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย(น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
4. ดื่มน้ำน้อยวันละ 3 แก้ว

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีแบบแผนการขับถ่ายปกติ ไม่แน่นท้อง ขับถ่ายได้ 1-2 วันครั้ง
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มมากขึ้นและมีการออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหวของลำไส้อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินแบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วยและผลข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิตเวช เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งช่วยลดภาวะท้องผูกได้ เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวหรือการเคลื่อนที่ของลำไส้อย่างต่อเนื่อง

3. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-2,500 มล. เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณของเหลวในอุจจาระได้

4. แนะนำผู้ป่วยและญาติการรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใยเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยไม่ให้เกิดการท้องผูก เช่น บล๊อคโคลี่ ผักโขม แครอท ข้าวโพด มะละกอ กว๊าย ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น โดยทั่วไป

แนะนำรับประทานประมาณ 400 กรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับ ผัก 3 ส่วน ผลไม้ 2 ส่วนหรือไม่ต่ำกว่า 5 ทัพพี รวมถึงเมล็ดธัญพืชต่างๆ เช่น ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต ซึ่งจะเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ได้ดีขึ้นช่วยลดอาการแสบและแข็งได้

5. อธิบายการรับประทานยาระบายตามแผนการรักษา senokot 2 tabs hs

การประเมินผล

หลังได้รับคำแนะนำและได้รับยาระบายตามแผนการรักษา ผู้ป่วยขับถ่ายวันละ 1 ครั้งได้ตามปกติ ไม่มีท้องผูก และมารดาพยายามจัดหาอาหารที่มีกากใยสูงให้รับประทาน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากรับรู้ตนเองในทางลบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกตนเองเป็นภาระของคนอื่น อยู่บ้านเฉยๆไม่ได้ทำอะไร”
2. ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าที่ต้องดรอปเรียนจากอาการป่วยที่ทำให้เรียนไม่ได้
3. ผู้ป่วยสีหน้าเรียบเฉย สายตาเหม่อลอย
4. ผู้ป่วยอยู่ในระยะซึมเศร้า หดหู่ ประเมิน PHQ 9 >21, แบบคัดกรองการทำร้ายตนเอง = 12

คะแนน

5. มารดาบอกว่าผู้ป่วยมักโทษว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้คนอื่นลำบาก

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระของคนอื่นลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเองได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าในตนเองได้
3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น สบตาเวลาพูดคุย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อตนเองและผู้อื่น
2. สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
3. สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง ตลอดจนการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
4. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปรับตัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไป

5. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและชมเชยเมื่อปฏิบัติได้เอง หรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พร้อมทั้งแนะนำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จเพื่อเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

6. พยายามให้กำลังใจและให้ผู้ป่วยได้บอกถึงข้อดีในตนเองเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและพร้อมที่จะดูแลตนเอง มีการวางแผนการดำเนินชีวิตไว้ว่าจะทำงานทำและเรียนต่อให้จบ และสามารถบอกข้อดีของตนเองได้ว่าเป็นคนที่มีความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 มีความวิตกกังวลต่อรูปร่างของตนเองเนื่องจากผลข้างเคียงของยา
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้ากังวล เมื่อพูดถึงเรื่องน้ำหนัก
2. น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3.7 kg ใน 1 เดือนครึ่ง
3. ผู้ป่วยบอกว่าหลังกินยาแล้วรู้สึกกินเก่งขึ้น ชอบดื่มชานมไข่มุกหรือน้ำหวานแทบทุกวัน

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่ากังวลเกี่ยวกับเรื่องน้ำหนักลดลง
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ตามแผนที่กำหนดไว้
3. ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกกังวลในเรื่องรูปร่างและน้ำหนัก
2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน
3. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินค่าดัชนีที่ใช้ชี้วัดความสมดุลของน้ำหนักตัวของผู้ป่วย

3. ให้ข้อมูลและอธิบายผลข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่อาจส่งผลให้อายุรับประทานมากขึ้นได้ เช่น Sodium valproate (Depakine CR) 500 mg 2 tab hs

4. ร่วมวางแผนในการควบคุม/ลดน้ำหนัก โดยแนะนำการเลือกออกกำลังกายที่ผู้ป่วยชอบอย่างน้อย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์เลือกอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เช่น กะทิ ของมัน ของทอด เครื่องดื่มที่มีรสชาติหวานจัด เป็นต้น รับประทานอาหารที่มีโปรตีน ผักผลไม้ที่มีกากใยสูง หรือการควบคุมอาหาร

รูปแบบ Intermittent Fasting (IF) โดยกำหนดช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร เช่น IF 16/8 คือการกินอาหารในช่วงเวลา 8 ชั่วโมง และอดอาหารในช่วงเวลา 16 ชั่วโมง

5. ติดตามชั่งน้ำหนัก แนะนำฉบับที่น้ำหนักสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างตนเองลดลง มีการวางแผนเรื่องการออกกำลังกายด้วยวิธีวิ่งที่สวนสาธารณะแถวบ้าน และวางแผนการทำ IF 9-17 น. และจะลดการดื่มชาวมั้ไม่มุกกับชาเย็นเหลือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 11 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากการเผชิญปัญหาขาดประสิทธิภาพ และขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติหยุดกินยาเอง เพราะคิดว่าหายแล้วไม่ต้องกินยาต่อ
2. ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษา

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษา
2. ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา ไม่มีอาการกำเริบจากการขาดยา
3. ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้วและการรักษา
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยมีเอกสารความรู้และ QR code กลับไปปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน ดังนี้
 - สาเหตุของโรคอารมณ์สองขั้วและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคอารมณ์สองขั้ว
 - ความสำคัญของการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา เน้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
 - หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดด้วยตนเองเบื้องต้น ได้แก่ เทคนิคการหายใจผ่อนคลาย การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง

- ประเมินและให้คำแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เช่น คนในครอบครัวที่ตนไว้วางใจ สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น

- ให้คำแนะนำอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หรือเกิดความเครียดที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ เป็นต้น

3. ประเมินปัญหา ความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติในการการปฏิบัติตัว

4. แนะนำครอบครัวเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การดูแลและการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ เน้นไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ครอบครัว/ผู้ดูแลควรช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลา การสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดไปจากเดิมให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้อาการของโรคกำเริบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคที่เป็น และสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้ รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และจะหลีกเลี่ยงความเครียดหรือปัจจัยที่จะกระตุ้นให้โรคกำเริบ หากมีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงยาหรืออาการที่ไม่แน่ใจจะได้ปรึกษาแพทย์ และตอนนี้มีความตั้งใจจะทำงานและเรียนต่อไปด้วย ซึ่งทางครอบครัวก็เห็นด้วยและพร้อมสนับสนุน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 12 ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับบทบาทด้านการเรียนเนื่องจากต้องหยุดเรียนจากการป่วยซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าตอนนี้ต้องหยุดเรียนจากการเจ็บป่วยซ้ำที่ต้องเข้าโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยสีหน้ากังวลเมื่อพูดถึงเรื่องการเรียน โดยบอกว่าอยากกลับไปเรียนแต่รู้สึกว่าจะเรียนไม่ไหว กลัวว่าจะเรียนไม่ได้อีกต่อไป
3. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกดดันจากบิดาและพี่ชายในเรื่องการเรียน

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับบทบาทด้านการเรียนลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกังวลลดลงในด้านบทบาทด้านการเรียน
2. ผู้ป่วยสามารถบอกแผนการจัดการในด้านบทบาทการเรียนของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยระบายความกังวลในเรื่องการเรียน

2. ประเมินการทำหน้าที่ในบทบาทการเรียนของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาล
3. อธิบายถึงอาการของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบทบาทด้านการเรียนของผู้ป่วย
4. ให้ผู้ป่วยประเมินอาการและความพร้อมของตนเองในการกลับไปเรียน
4. ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถพัฒนาบทบาทด้านการเรียนของตนเองได้
5. ชื่นชมและสนับสนุนผู้ป่วยเมื่อสามารถบอกแผนในการจัดการในด้านบทบาทการเรียนของตนเองได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับบทบาทด้านการเรียนลดลง เข้าใจและยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเองที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาบทบาทด้านการเรียน มีการวางแผนด้านการเรียนหลังอาการดีขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย คิดไม่อยากอยู่ เคยมีประวัติได้รับการวินิจฉัยเป็น Bipolar I Disorder เมื่อ 1 ปีก่อน ด้วยอาการหลงผิด หวาดระแวง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และหลังจากนั้นมีอาการแมเนีย ใช้จ่ายเงินเปลือง พุดเยอะ ไม่นอน แต่งตัวเก่ง คิดทำโครงการหลายอย่าง ได้รับการ admit มา 2 ครั้ง และรักษาอาการไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤตจนถึงในระยะเวลาที่ผู้ป่วยอาการสงบหรือไม่หลงเหลืออาการ ด้วยการดูแลรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) โดยยึดหลักการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้การประสานความร่วมมือจากแหล่งทรัพยากรต่างๆ ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการ ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองต่อไปในอนาคตและป้องกันการป่วยซ้ำ ในการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และจากการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดของบิดาทำให้การพัฒนาบุคลิกภาพกลายเป็นคนเก็บตัว มีบุคลิกพึ่งพาโทษตัวเอง รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า เมื่อเกิดปัญหาหรือความไม่สบายใจขึ้นจึงมักเก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร ประกอบกับความเครียดกดดันจากการเรียน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ศึกษาได้พยายามหาแนวทางร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไข เพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้องด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรค อาการ และสร้างทัศนคติเพื่อส่งเสริมการรับประทานยา และเสริมสร้างการดำเนินชีวิต สร้างความมีคุณค่าในตนเอง แนะนำการจัดการอารมณ์ด้วยหลักสติ 6 ขั้นรวมถึงวิธีการผ่อนคลาย

คลายความเครียด ความกังวล เพื่อให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยวางแผนถึงวิธีการในการเผชิญกับ ปัญหา ตลอดจนยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ต่อไปและเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ รวมถึงให้ความรู้เรื่อง sleep hygiene และแนะนำการใช้ i-message ในการสื่อสารกับผู้อื่น ผู้ป่วยรับฟังอย่างเข้าใจและจะนำไปปรับใช้กับตนเอง และการให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแล วิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เต็มใจให้การดูแล เพื่อเป็น กำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยและมารดา รู้สึก พึงพอใจการได้รับการดูแล เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง ได้รับคำแนะนำในเรื่องการจัดการ อารมณ์ที่เป็นปัญหา รู้สึกมีที่ปรึกษาให้คำแนะนำในระหว่างการบำบัดเพื่อที่จะสามารถขอคำแนะนำ หรือขอความช่วยเหลือในประเด็นที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือเกิดข้อสงสัย

บทที่ 5

ปัญหาและอุปสรรคของการใช้คู่มือ

โรคอารมณ์สองขั้ว แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและได้รับการดูแลจนอาการกลับไปสู่ภาวะปกติแล้ว แต่พยาธิสภาพของโรคยังคงอยู่มีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน และมีโอกาสเกิดอาการกำเริบได้อีก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมิน ติดตาม การให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงการสังเกตอาการเตือนและการจัดการอาการเบื้องต้นเพื่อป้องกันอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้น โดยต้องมีการวางแผนอย่างครอบคลุมในทุกระยะของการรักษา ประกอบไปด้วย การประเมินปัญหา/อาการ/การวางแผนการให้การรักษาและประเมินผลลัพธ์ ตั้งแต่ระยะเริ่มรักษาไปจนกระทั่งถึงการฟื้นฟูสภาพภายหลังอาการสงบลง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในบริบทของผู้ป่วยนอก จึงเป็นการรวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคอารมณ์สองขั้วและกระบวนการพยาบาล โดยค้นคว้าและรวบรวมความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม ประสบการณ์การทำงาน และการนำองค์ความรู้ไปใช้ในกรณีศึกษา ผู้จัดทำคู่มือจึงได้สรุปรวบรวมปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานและแนวทางแก้ไขและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรคของการใช้คู่มือ

1. ด้านผู้ป่วยและญาติ

1.1 โรคอารมณ์สองขั้วมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง สามารถเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงได้เมื่อขาดการรักษา ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายหรือท้อแท้ในการรักษา ไม่มาติดตามการรักษา

แนวทางแก้ไข

- ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ เพื่อที่จะสามารถให้ความรู้ได้ตรงกับส่วนที่ผู้ป่วย ยังขาดหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งอธิบายเปรียบเทียบเพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจง่ายขึ้นว่าการเจ็บป่วยทางจิตก็คล้ายกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเรื้อรัง และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล ความ ท้อแท้จากการเจ็บป่วยและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งให้ กำลังใจและกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

- ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น การจัดการรับประทาน การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งให้ กำลังใจญาติและให้สามารถปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเมื่อมีข้อสงสัยหรือแจ้งเมื่อมีอาการผิดปกติ

- จัดบริการให้การปรึกษาประจำวันแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีเกิดข้อสงสัยหรือเกิด ปัญหาขึ้นในระหว่างการปฏิบัติตน

- แนะนำโหลดแอปพลิเคชัน SI connect เพื่อเตือนแจ้งวันนัดหมาย

- เพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

- เพิ่มบริการพบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เพื่อติดตามอาการ การ รับประทานยา และการรักษาต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำจนเกิดอาการกำเริบที่ รุนแรงขึ้น

- ส่งต่อข้อมูลการดูแลแก่หน่วยพยาบาลต่อเนื่องเพื่อเยี่ยมบ้านติดตามการ รับประทานยาและการมาตรวจตามนัด หรือส่งต่อแหล่งประโยชน์ในชุมชนต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งให้ ความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ

1.2 ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้านทำให้ญาติ เกิดความกังวลในการดูแล

แนวทางแก้ไข

- เพิ่มการให้คำแนะนำการดูแลเบื้องต้นและแหล่งขอความช่วยเหลือแก่ญาติใน กรณีผู้ป่วยเกิดอาการฉุกเฉินหรือเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองขึ้นสามารถนำส่ง โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การรักษาได้ทันทีโดยโทรแจ้งสายด่วน 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ แจ้งตำรวจ โทร 191 หากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พกพาอาวุธ

- เพิ่มการให้ความรู้ญาติในการสังเกตอาการเตือนอาการกำเริบของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิดมากขึ้น ไม่นอน พุดเยอะ ใช้จ่ายเงินเปลือง เป็นต้น ให้รีบพามาพบแพทย์ก่อนนัด

2. ด้านบุคลากร มีบุคลากรใหม่หรือย้ายมาปฏิบัติงานซึ่งยังขาดประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในบริบทผู้ป่วยนอก

แนวทางแก้ไข

- จัดอบรมความรู้พร้อมทั้งแนะนำการใช้คู่มือเกี่ยวกับการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วทั้งในระยะอารมณ์เศร้าและระยะอารมณ์คลุ้มคลั่งให้กับบุคลากรใหม่

- จัดระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยแก่บุคลากรใหม่

- จัดให้มีการ conference case โรคอารมณ์สองขั้วที่น่าสนใจ

- จัดอบรมและฝึกทักษะบุคลากรใหม่ในการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

- ส่งบุคลากรใหม่เข้าร่วมประชุมวิชาการ/บรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือเรียนต่อเฉพาะทางทางจิตเวช

3. ด้านวัสดุ/อุปกรณ์/เทคโนโลยี ในการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วพบว่าเอกสารให้ความรู้บางอย่างจัดทำมาหลายปีแล้วไม่ได้อัปเดตข้อมูล แผ่นพับหรือเอกสารให้ความรู้ไม่น่าสนใจ อ่านและเข้าใจได้ยาก และขาดการทำสื่อการให้ความรู้ในรูปแบบออนไลน์

แนวทางแก้ไข

3.1 จัดทำเอกสารให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และอัปเดตความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ ทั้งในรูปแบบกระดาษและสื่อความรู้ในรูปแบบออนไลน์ QR code, Infographic เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ประกอบไปด้วย

- สาเหตุของโรคอารมณ์สองขั้วและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว

- ความสำคัญของการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา เน้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

- หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดด้วยตนเองเบื้องต้น ได้แก่ เทคนิคการหายใจผ่อนคลาย การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง

- ประเมินและให้คำแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เช่น คนในครอบครัวที่ตนไว้วางใจ สายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น

- ให้คำแนะนำอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หรือเกิดความเครียดที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ เป็นต้น

3.2 จัดเก็บเอกสารในที่ที่หยิบใช้สะดวก และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเอกสารนำไปศึกษาต่อที่บ้านได้

3.3 ประชาสัมพันธ์ QR code สำหรับสื่อความรู้ในรูปแบบออนไลน์ ติดประชาสัมพันธ์และแจ้งใน Line official หน่วยตรวจฯ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปศึกษาในรูปแบบออนไลน์ได้

3.4 อธิบายและแนะนำเอกสารและสื่อความรู้ในรูปแบบออนไลน์ ให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ให้บุคลากรในหน่วยตรวจฯ ทราบ และสามารถสอบถามได้หากเกิดข้อสงสัยในการใช้งาน

ข้อดีและข้อจำกัดของการใช้คู่มือ

ข้อดีของการใช้คู่มือ

คู่มือนี้สามารถนำไปใช้งานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้ทั้งในระยะซึมเศร้าและระยะคลุ้มคลั่ง โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุม การประเมินจิตสังคมและการตรวจประเมินสภาพจิตเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยได้โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ และช่วยลดเวลาในการสอนงาน เสริมสร้างความมั่นใจในการให้การพยาบาลให้กับบุคลากรใหม่ และเกิดเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และยังช่วยให้เกิดการทบทวนงานและออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ๆ

ข้อจำกัดของการใช้คู่มือ

คู่มือนี้มีขอบเขตจำกัดในบริบทผู้ป่วยนอกจึงอาจใช้ได้เฉพาะในบริบทที่คล้ายคลึงกันแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น ผู้ใช้งานอาจต้องเรียนรู้การใช้แบบคัดกรองการทำร้ายตนเองฯ เนื่องจากพัฒนาขึ้นมาตามบริบทของหน่วยตรวจฯ และยังไม่ได้มีการเผยแพร่การใช้งาน

สรุป

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อลดการเกิดอาการกำเริบและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและครอบครัวจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ได้เห็นอาการ/อาการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกระยะของโรค พยาบาลจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ สามารถประเมินปัญหา/อาการ มีทักษะในการดูแลและป้องกันอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา และฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน รับรู้อาการเตือนพร้อมทั้งสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ลดอาการกำเริบซ้ำที่ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บรรณานุกรม

- กมลเนตร วรณเสวก. (2558). กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า (Bipolar and Related Disorders and Depressive Disorder) : จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- จารุรินทร์ ปิตานุกงศ์. (2563). *จิตเวช ม.อ. : Practical handbook of PSU psychiatry*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2558). การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช. ในมาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- นพพร ว่องสิริมาศ, พวงเพชร เกสรสมุทร. (2561). การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว. ใน: ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, บรรณาธิการ. *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 319-48). กรุงเทพฯ: บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.
- แพ จันทร์สุข และพิศิษฐ์ พลชนะ. (2556). การบำบัดรักษาทางกายในผู้ป่วยจิตเวช (Somatic Therapies in Psychiatric Patients). ใน นวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2* (หน้า 3-27). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส
- พิชัย อิกฤษฏสกุล. (2565). *การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า = Electroconvulsive therapy*. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญรดี เปี่ยมมงคล. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ภาคจิตเวชศาสตร์. (2567). *รายงานสถิติบริการประจำปี*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาพันธุ์ วัฒนวิทย์กิจ, ศิริณา อภิสัทธีภิญโญและสุรพล วีระศิริ. (2563). ในนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสุข, ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธาและนรภัชชาติปัญญาชัย (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

- มาโนช หล่อตระกูล. (2560). *การใช้ยาจิตเวชในทางคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอน เอ็นเทอร์ไพร์ซ์: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รายงานการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย. (2559). กรมสุขภาพจิตและคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- วราพร ศรีภิรมย์, นฤมล จงจิตวิบูลย์ผล, และกมลพร วรณฤทธิ. (2565). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช. วารสารกองการพยาบาล, 49(2), 1-11. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/256660>
- ศรีัญญา จริงมาก. (2563). *สุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). อุดรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, คุยฎี อุดมอิทธิพงษ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม, *วารสารสวนปรุง*. 32(1),28-41.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- เอกอุมา อิมคำ. (2564). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, 4(1), 1-10.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC.
- Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T. D., Goldstein, B. I., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *Journal of psychiatric research*, 84, 310-317.
- Boland, R., Verdium, M. L., & Ruiz, P. (2021). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Twelfth edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

- Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., ... & Vieta, E. (2019). Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 467-477.
- Bowden, C. L., Mintz, J., & Tohen, M. (2016). Multi-state outcome analysis of treatments (MOAT): application of a new approach to evaluate outcomes in longitudinal studies of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 21(2), 237-242.
- Bressert, S. (2018). Cyclothymic disorder symptoms & cyclothymia. Retrieved on August 17, 2018, from <https://psychcentral.com/disorders/cyclothymic-disorder-cyclothymia/>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *The New England journal of medicine*, 383(1), 58–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- Chung, W. H., Hung, S. I., Hong, H. S., Hsieh, M. S., Yang, L. C., Ho, H. C., Wu, J. Y., & Chen, Y. T. (2004). Medical genetics: a marker for Stevens-Johnson syndrome. *Nature*, 428(6982), 486. <https://doi.org/10.1038/428486a>
- Corréard, N., Consoloni, J. L., Raust, A., Etain, B., Guillot, R., Job, S., ... & FACE-BD collaborators. (2017). Neuropsychological functioning, age, and medication adherence in bipolar disorder. *PLoS one*, 12(9), e0184313.
- Davarinejad, O., Hosseinpour, N., Majd, T. M., Golmohammadi, F., & Radmehr, F. (2020). The relationship between Life Style and mental health among medical students in Kermanshah. *Journal of education and health promotion*, 9, 264. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_534_20
- Goldberg J. F. (2019). Complex Combination Pharmacotherapy for Bipolar Disorder: Knowing When Less Is More or More Is Better. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 17(3), 218–231. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190008>
- Grohol, J. (2016). Atypical antipsychotics for bipolar disorder. Retrieved May 23, 2022 from <http://psychcentral.com/lib/atypical-antipsychotics-for-%20bipolar-disorder/>.
- Helmer, J. (2011). Bipolar disorder & dealing with relapse. Retrieved from <https://www.bphope.com/a-bumpy-road/>

- Khamkum, P., Keawkingkaew, S., & Nintachan, P. (2011). The effects of psychoeducation program on medication adherence among patients with depression. *Thammasat Medical Journal*, 11(4), 528-534. (in Thai)
- Kingkaew, J. (2014). Group therapy with psychiatric nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(1), 1-15. (in Thai)
- Lafer, B., & Oquendo, M. A. (2020). Negative early life experiences as risk factors for suicidal behavior in bipolar disorders. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 42(5), 463–464. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0018>
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1399–1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorder*, 7(4): 326-337.
- Morton, R. W., Murphy, K. T., McKellar, S. R., Schoenfeld, B. J., Henselmans, M., Helms, E., Aragon, A. A., Devries, M. C., Banfield, L., Krieger, J. W., & Phillips, S. M. (2018). A systematic review, meta-analysis and meta-regression of the effect of protein supplementation on resistance training-induced gains in muscle mass and strength in healthy adults. *British journal of sports medicine*, 52(6), 376–384. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-097608>
- National Institute of Mental Health. (2016). Bipolar disorder. Retrieved May 23, 2022 from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>.
- National Library of Medicine. (2017). *Carbamazepine*. Retrieved May 23, 2022 from <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a682237.html>.
- National Institute of Mental Health. (2018). Bipolar disorder. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>

- Newman, C. F. (2021). *Bipolar disorder*. American Psychological Association.
- Parker, T. (6 Jan 2017). 6 Steps to Mindfully Deal With Difficult Emotions. The Gottman Institute. <https://www.gottman.com/blog/6stepstomindfullydealwithdifficulthemotions/>
- Pinto, J. V., Saraf, G., Kozicky, J., Beaulieu, S., Sharma, V., Parikh, S. V., ... & Yatham, L. N. (2020). Remission and recurrence in bipolar disorder: The data from health outcomes and patient evaluations in bipolar disorder (HOPE-BD) study. *Journal of Affective Disorders, 268*, 150-157.
- Rabelo, J. L., Cruz, B. F., Ferreira, J. D. R., de Mattos Viana, B., & Barbosa, I. G. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of Psychiatry, 11*(12), 1407.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology, 8*(9), 251–269.
<https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
- Royal College of Psychiatrists. (2016). Antipsychotics. Retrieved May 25, 2022 from <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/treatmentwellbeing/antipsychoticmedication.aspx>
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. (2014). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry :Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Sato, A., Hashimoto, T., Kimura, A., Niitsu, T., & Iyo, M. (2018). Psychological distress symptoms associated with life events in patients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry, 9*, Article 200. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00200>
- Shives, L. R. (2012). Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Sparding, T., Pålsson, E., Joas, E., Hansen, S., & Landén, M. (2017). Personality traits in bipolar disorder and influence on outcome. *BMC psychiatry, 17*(1), 159.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1332-0>
- Stah, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (Fifth edition). Cambridge University Press

- Verdolini, N., Pacchiarotti, I., Köhler, C. A., Reinares, M., Samalin, L., Colom, F., Tortorella, A., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Vieta, E., & Murru, A. (2018). Violent criminal behavior in the context of bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 239, 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.050>
- Ventimiglia, G. (2020). A psychoanalytic interpretation of bipolar disorder, *International Forum of Psychoanalysis*, 29:2, 74-86, DOI: [10.1080/0803706X.2018.1518595](https://doi.org/10.1080/0803706X.2018.1518595)
- World Health Organization. (2016). *ICD – 10 Version: 2016: International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision*, Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
- World Health Organization. (2018). *Bipolar affective disorder*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>