

บทที่ 4.5 การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการกิน (Nursing Care for Clients with Eating Disorders)

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร

หัวข้อเนื้อหา

1. ความผิดปกติทางการกิน (Feeding and Eating Disorder)
 - 1.1 Anorexia nervosa
 - 1.2 Bulimia nervosa
 - 1.3 Binge eating disorder
2. กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการกิน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

บทเรียนนี้ประกอบด้วย 3 ภาวะผิดปกติ ได้แก่ Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, และ Binge eating disorder ภายหลังจากศึกษาบทเรียนนี้แล้ว นักศึกษาจะสามารถ

1. อธิบายความหมาย อุบัติการณ์ และสาเหตุของความผิดปกติทางการกิน
2. อธิบายอาการและอาการแสดงของความผิดปกติทางการกิน
3. จำแนกความรุนแรง และลักษณะสำคัญของความผิดปกติทางการกิน
4. อธิบายปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความผิดปกติทางการกิน
5. อธิบายแนวทางการบำบัดรักษาภาวะบกพร่องของความผิดปกติทางการกิน
6. วางแผนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการกิน

วิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน

1. การบรรยายประกอบการใช้ power point
2. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนเรื่อง การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการกิน
3. ฝึกทำคำถามทบทวนหลังการเรียน

สื่อการเรียนการสอน

1. power point ประกอบการบรรยาย
2. เอกสารประกอบการสอน

บทที่ 4.5 การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการกิน (Nursing Care for Clients with Eating Disorders)

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร

บทนำ

สืบเนื่องจากนักร้องชื่อ Karen Carpenter เสียชีวิตในปี 1983 ทำให้คนทั่วโลกตระหนักถึงภาวะความผิดปกติทางการกิน บุคคลมีชื่อเสียงหลายท่านเปิดเผยว่า ตนเองมีความผิดปกติทางการกิน อาทิ Diana Princess นักร้อง Elton John นักแสดง Dennis Quaid และ Billy Bob Thornton ความผิดปกติทางการกินเป็นโรคเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีความผิดปกติด้านการรับประทานอาหาร ทำให้มีน้ำหนักมาก หรือน้อยกว่าปกติอย่างชัดเจน ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยเป็นภาวะที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดของโรคทางจิตเวช (Boyd & Luebbert, 2020, p. 455)

ความผิดปกติทางการกินที่พบในผู้ป่วย สามารถจัดเข้าอยู่ในกลุ่มโรคด้านจิตเวชตาม DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2013, pp. 169-173) ดังนี้

1. Anorexia nervosa
2. Bulimia nervosa
3. Binge eating disorder

1. Anorexia nervosa

ความหมาย

Anorexia nervosa เป็นภาวะการกินผิดปกติที่มีผลคุกคามต่อชีวิต โดยเป็นการปฏิเสธอาหารสำหรับการคงไว้ซึ่งน้ำหนักที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของอายุ ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักลดลงอย่างรุนแรง มีความกลัวอย่างมากต่อการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและอ้วนขึ้น ซึ่งเป็นความผิดปกติอย่างรุนแรงในการบิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเอง อาการมักเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ภาวะซึมเศร้าจะพบได้มากในผู้ป่วย Anorexia nervosa และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้จะพบภาวะความวิตกกังวลผิดปกติ เช่น OCD, Phobia, และ Panic (Boyd & Luebbert, 2020, pp. 455-456, 458)

ผู้ป่วย Anorexia nervosa จะเพิกเฉยต่อความอยากรับประทานอาหาร ความหิว อาการอ่อนแรง และความอ่อนเพลียของร่างกาย โดยปกติผู้ป่วยจะออกกำลังกายอย่างหักโหม วันละหลาย ๆ ชั่วโมง (Videbeck, 2017, p. 393)

Anorexia nervosa จะมีความสัมพันธ์กับการได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดกวดขัน ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสมบัติความสามารถในการควบคุมตนเอง พ่อแม่มีความคาดหวังสูงแต่ผู้ป่วยไม่ตระหนัก พ่อแม่ปกป้องผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เอกลักษณ์ และความสามารถได้ตามปกติ ผู้ป่วยมักมีบุคลิกภาพเจ้าระเบียบ จริงจัง ขาดความยืดหยุ่น (Boyd & Luebbert, 2020, pp. 456, 460)

Anorexia nervosa แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (Morgan & Townsend, 2021, p. 634)

1. restricting คือ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย แต่

ไม่มีพฤติกรรม Binge eating และไม่ใช่พฤติกรรม Purging (ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนทวารหนัก)

2. binge eating/ purging คือ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีพฤติกรรม binge eating หรือ พฤติกรรม purging (ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนทวารหนัก)

ระบาดวิทยา (Boyd & Luebbert, 2020, pp. 457-458; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555, น. 491)

การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบภาวะความผิดปกติด้านการกินร้อยละ 13 ในเพศหญิง และ 1-2 ในเพศชาย จากสถิติผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบ Anorexia nervosa มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เฉลี่ย 10-15 คนต่อปี (พ.ศ. 2544-2553) จากเดิมเฉลี่ย 6 คนต่อปี (พ.ศ. 2534-2543)

อายุส่วนใหญ่ที่พบอยู่ระหว่าง 14-16 ปี แต่อาจพบอายุน้อยกว่านี้ได้ ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ประมาณ 10 เท่าของเพศชาย

สาเหตุ (Boyd & Luebbert, 2020, p. 458)

1. ปัจจัยชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม เพศหญิงพบมากกว่าในเพศชาย
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ อิทธิพลจากเพื่อน ความไม่พึงพอใจรูปร่างของตนเอง สื่อมวลชน โทททัศน์ นิตยสาร แฟชั่น วัฒนธรรม ที่เน้นการให้คุณค่ากับรูปร่างมาก ทำให้มีอิทธิพลต่อค่านิยมเรื่องรูปร่าง และมีผลต่อการเกิดโรค

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (APA, 2013, pp. 171-172) ดังนี้

1. มีการจำกัดการนำเข้าอาหารที่ร่างกายต้องการ ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ของอายุ เพศ ระดับพัฒนาการ และสุขภาพของร่างกาย (น้ำหนักตัวน้อย หมายถึง น้ำหนักตัวที่น้อยกว่าค่าน้ำหนักตัวที่น้อยที่สุดของค่าปกติ)
2. กลัวอย่างมากที่น้ำหนักตัวเพิ่ม หรืออ้วนขึ้น หรือมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในการเข้าไปแทรกแซงการเพิ่มของน้ำหนัก ถึงแม้จะมีน้ำหนักตัวน้อยอยู่แล้ว
3. ขาดการตระหนักรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรุนแรงของน้ำหนักตัวที่น้อยในปัจจุบัน

จำแนกระดับความรุนแรงของอาการ (Morgan & Townsend, 2021, p. 634)

ระดับเล็กน้อย (mild) : BMI \geq 17 Kg/ m²

ระดับปานกลาง (moderate) : BMI = 16-16.99 Kg/ m²

ระดับรุนแรง (severe) : BMI = 15-15.99 Kg/ m²

ระดับรุนแรงอย่างมาก (extreme) : BMI < 15 Kg/ m²

อาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Boyd & Luebbert, 2020, p. 461)

1. น้ำหนักตัวลดลงระดับรุนแรง มีน้ำหนักน้อยกว่า 85% ของน้ำหนักมาตรฐานปกติ
2. heart rate ประมาณ 40 ครั้ง/นาที
3. temperature น้อยกว่า 36.1 องศาเซลเซียส

4. blood pressure น้อยกว่า 80/50 mmHg
5. hypokalemia, hypophosphatemia, hypomagnesemia
6. มีแรงจูงใจต่ำในการจะหายเป็นปกติ
7. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
8. ภาวะซีมเศร้ารุนแรง
9. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก

การรักษา (Videbeck, 2017, pp. 396-398)

การรักษาผู้ป่วย Anorexia nervosa จะมีความยาก เนื่องจากผู้ป่วยมักจะต่อต้าน ไม่สนใจต่อการรักษา และไม่ยอมรับว่าภาวะนี้เป็นปัญหา การรักษามีทั้งชนิดเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

1. การรักษาด้านความสมดุลของภาวะโภชนาการ น้ำ และเกลือแร่
2. การรักษาด้วยยา ได้แก่
: Amitriptyline (Elavil) และ Antihistamine ชื่อ Cyproheptadine (Periactin)

ใช้ในกรณีเพิ่มน้ำหนักตัว

- : Olanzapine (Zyprexa) ใช้รักษาภาวะทางจิตเวช
- : Fluoxetine (Prozac) ใช้ป้องกันการเกิดซ้ำของโรค

3. จิตบำบัด

: จิตบำบัดครอบครัว ใช้ได้ผลในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี โดยช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วย
: จิตบำบัดส่วนบุคคล ได้แก่ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเอง การปรับตัวกับปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการกล้าแสดงออก

กระบวนการพยาบาลบุคคลที่มีภาวะ Anorexia nervosa

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) บุคคลที่มีภาวะ Anorexia nervosa ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley, Ladwig, and Makic, 2017, p. 26)

1. ไม่อดทนต่อการทำกิจกรรม เนื่องจากอ่อนเพลีย และไม่แข็งแรง
2. รูปลักษณ์ร่างกายถูกรบกวน เนื่องจากมีความเข้าใจผิดต่อรูปร่างหน้าตาตนเอง
3. ท้องผูก เนื่องจากรับประทานอาหารไฟเบอร์ และน้ำไม่พอเพียง
4. เผลอปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความบกพร่องด้านจิต รูปแบบการรับประทานอาหารผิดปกติ
5. ครอบครัวขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา
6. ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากกลัวผลการรักษา และการมีน้ำหนักเพิ่ม
7. ท้องเสีย เนื่องจากการใช้ยาระบาย
8. กระบวนการครอบครัวถูกรบกวน เนื่องจากสถานการณ์ในครอบครัววิกฤติ
9. สารอาหารไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกายน้อย เนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ออกกำลังกายมากเกินไป
10. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำแบบเรื้อรัง เนื่องจากไม่สมหวังซ้ำ ๆ

11. รูปแบบเรื่องทางเพศไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสูญเสียลักษณะทางเพศหญิงจากภาวะทุพโภชนาการ
12. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจาก มีภาวะทุพโภชนาการจากระบบภูมิคุ้มกันโรคถูกกด
13. เสี่ยงต่อความกังวลใจด้านจิตวิญญาณ ปัจจัยเสี่ยง คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) บุคคลที่มีภาวะ Anorexia nervosa ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley, Ladwig, and Makic, 2017)

1. สังเกตอาการแสดง เช่น คลื่นไส้ ซีด งุนงง การมองเห็นแสงหริ่ ความพร่องด้านความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และความดันโลหิตในท่านอน
2. สอนผู้ป่วยให้หยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที และรายงานผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพทราบ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ มีอาการรู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มขึ้น รู้สึกแน่นบริเวณหน้าอก หลังคอก ขากรรไกร ไหล่ และแขน อัตรารเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ งุนงง อ่อนแรง อ่อนเพลียมาก หายใจหอบเหนื่อย
3. ส่งตัวให้นักโภชนาการประเมินความต้องการด้านโภชนาการ เนื่องจากความไม่ทนทานต่อการทำกิจกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ควรให้อาหารเหลวตามปริมาณที่ร่างกายต้องการ
4. ประเมินภาวะทุพโภชนาการว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย อันเกี่ยวกับการสูญเสียมวลของร่างกาย
5. ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ
6. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบปัญหาของอาการท้องผูก
7. ให้รับประทานไฟเบอร์ 18-25 กรัมต่อวัน และแนะนำอาหารที่มีไฟเบอร์สูง เช่น น้ำลูกพรุน ผักใบเขียว ขนมปังโฮลวีต
8. ประเมินความเป็นไปได้ของอาการที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว เช่น อาการซึมเศร้า การให้ความสนใจตนเองมากเกินไป การมองโลกแง่ลบ และการวิตกกังวล
9. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวต่อความเจ็บป่วย การรักษา และความคาดหวัง
10. ช่วยผู้ป่วยในการหาตัวเลือกในการรักษา และให้ผู้ป่วยได้เข้าไปร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
11. พัฒนาความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และครอบครัว
12. สนับสนุนการเผชิญปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
13. ประเมินหน้าที่ด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ
14. สังเกต และติดตามอาการของการติดเชื้อ เช่น อาการตัวแดง ตัวอุ่น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น
15. ให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง และขนมบ่อยครั้ง

การประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation) บุคคลที่มีภาวะ Anorexia nervosa ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley, Ladwig, and Makic, 2017)

1. มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นปกติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ความคงที่ของจังหวะและกราฟคลื่นหัวใจ ที่แสดง ST segment ในระดับปกติ

2. แสดงการเพิ่มความคงทนในการทำกิจกรรม

3. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระทุก 1-3 วัน โดยไม่พบความไม่สบายจากอาการท้องผูก รู้จักการป้องกันหรือการรักษาอาการท้องผูก

4. ยอมรับ และมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง

5. ค้นหา และสนใจในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

6. แสดงวิธีการปรับตัวด้านการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแตกต่างจากเดิม

7. มีความรู้ด้านกายวิภาคและการทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ

8. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย

9. ไม่มีอาการแสดงถึงการติดเชื่อ

10. บอกความหมาย และเป้าหมายในชีวิตได้

11. แสดงความรู้สึกถึงการมีความหวังในอนาคตได้

12. แสดงการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

13. เสนอโอกาสให้วัยรุ่นได้สะท้อน และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ เพื่อแสดงออกถึงจิต

วิญญาณของตนเอง

2. Bulimia nervosa

ความหมาย

Bulimia nervosa เป็นภาวะการกินที่ผิดปกติของบุคคล มีการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ของการกินไม่หยุดถึงแม้จะไม่หิวก็กินมาก (Binge eating) หลังจากนั้นผู้ป่วยจะล้างคอตนเอง เพื่อให้เอาเจียนอาหารที่กินเข้าไปออกมา หรือใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนทวารหนัก หรือใช้วิธีอดอาหาร ออกกำลังกายอย่างหักโหมมาก อาการมักเริ่มในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Boyd & Luebbert, 2020, p. 468)

ผู้ป่วย Bulimia nervosa จะมีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วงปกติ แต่มีบางคนน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์เล็กน้อย การที่ผู้ป่วยทำให้ตนเองอาเจียนบ่อยครั้ง จะทำให้สารเคลือบฟันถูกทำลาย ฟันผุ ฟันบิ่น (Boyd & Luebbert, 2020, p. 468)

ผู้ป่วย Bulimia nervosa มักเป็นผู้ที่มีอารมณ์แปรปรวนง่าย หุนหันพลันแล่น ครอบครัวยังมีลักษณะไม่มีระเบียบ สับสนวุ่นวาย มีความขัดแย้ง และมักใช้อารมณ์รุนแรงต่อกัน

ระบาดวิทยา (Boyd & Luebbert, 2020, p. 469; ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555, น. 491)

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่พบในอายุ 15-24 ปี พบในเพศหญิง 10 เท่าของเพศชาย จากสถิติผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 10-15 คนต่อปี (พ.ศ. 2544-2553) จากเดิมเฉลี่ย 2 คนต่อปี (พ.ศ. 2534-2543)

สาเหตุ (Boyd & Luebbert, 2020, p. 470)

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม โดยพบว่า หากมีฝาแฝดคนหนึ่งเป็น Bulimia nervosa ฝาแฝดอีกคนหนึ่งก็จะมีภาวะนี้ด้วย การลดระดับลงของ serotonin
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด อารมณ์ด้านลบ สิ่งแวดล้อม (เช่น อาหารน่ารับประทาน) ความกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัว

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (APA, 2013, pp. 172-173) ดังนี้

1. การกินไม่หยุด เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ไม่หิวก็กินมาก (binge eating) ซึ่งอาการกินไม่หยุด มีลักษณะ ดังนี้
 - 1.1 การกิน ในช่วงเวลาที่แยกกันโดยสิ้นเชิง (เช่น ภายในช่วงเวลา 2 ชั่วโมง) จำนวนของอาหารที่มีมากกว่าคนทั่วไปจะกินในช่วงเวลา และสถานการณ์ที่คล้ายกัน
 - 1.2 ความรู้สึกของการขาดการควบคุมด้านการกิน (เช่น ความรู้สึกที่ไม่สามารถหยุดการกิน หรือควบคุมจำนวนอาหารที่คน ๆ หนึ่งจะกิน)
2. มีพฤติกรรมการชดเชยที่ไม่เหมาะสม (purging behavior) ต่อการป้องกันการเพิ่มของน้ำหนักตัว เช่น การกระตุ้นตนเองให้อาเจียน การใช้ยาระบายไม่ถูกต้อง การใช้ยาขับปัสสาวะหรือยาชนิดอื่น การอดอาหาร หรือการออกกำลังกายมากเกินไป
3. binge eating และพฤติกรรมการชดเชยที่ไม่เหมาะสม เกิดขึ้นด้วยกัน โดยเฉลี่ยเกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน
4. การประเมินตนเองที่มีอิทธิพลมากเกินไปจากรูปร่างและน้ำหนัก

จำแนกระดับความรุนแรงของอาการ (Morgan & Townsend, 2021, p. 635)

- ระดับเล็กน้อย (mild): มีพฤติกรรมการชดเชยที่ไม่เหมาะสม 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ระดับปานกลาง (moderate) : มีพฤติกรรมการชดเชยที่ไม่เหมาะสม 4-7 ครั้งต่อสัปดาห์
- ระดับรุนแรง (severe) : มีพฤติกรรมการชดเชยที่ไม่เหมาะสม 8-13 ครั้งต่อสัปดาห์
- ระดับรุนแรงอย่างมาก (extreme) : มีพฤติกรรมการชดเชยที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ 14 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์

การรักษา (Videbeck, 2017, p. 398)

1. Cognitive-Behavior therapy (CBT) เป็นการเปลี่ยนความคิด และการกระทำเกี่ยวกับอาหาร โดยให้ความสนใจไปรบกวนวงจรการควบคุมอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก
2. การใช้ยารักษา
: Antidepressant ได้แก่ : Amitriptyline (Elavil), Fluoxetine (Prozac), Imipramine (Tofranil), Phenelzine (Nordli)

กระบวนการพยาบาลบุคคลมีภาวะ Bulimia nervosa

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) บุคคลที่มีภาวะ Bulimia nervosa ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley, Ladwig, and Makic, 2017, p. 33-34)

1. ภาพลักษณ์ถูกรบกวน เนื่องจากการรับรู้ผิดเกี่ยวกับน้ำหนักที่แท้จริงของร่างกาย

2. กลวิธีการเผชิญปัญหาบกพร่อง เนื่องจากมีความผิดปกติด้านการกิน
3. กลัว เนื่องจากการรับประทานอาหารจำนวนมาก และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น
4. สารอาหารไม่สมดุล: รับประทานอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน การออกกำลังกายมากเกินไปจนความจำเป็น การใช้ยาระบายในทางที่ผิด

5. ควบคุมตนเองไม่ได้ เนื่องจากการกระตุ้นให้ตนเองอาเจียนหลังจากรับประทานอาหาร
6. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำเรื้อรัง เนื่องจากขาดการประเมินผลกลับด้านบวก

การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) บุคคลที่มีภาวะ Bulimia nervosa ตาม NANDA Nursing Diagnosis (Ackley, Ladwig, and Makic, 2017)

1. ประเมินกระบวนการของครอบครัวจากพ่อแม่ของวัยรุ่นที่มี Bulimia Nervosa หรือภาวะผิดปกติด้านการรับประทานอาหาร ต่อผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาของครอบครัว

2. ประเมินแหล่งความกลัวของผู้ป่วย
3. พูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์กับผู้ป่วย และช่วยจำแนกระหว่างความจริงกับจินตนาการที่คุกคามต่อสุขภาวะที่ดี

จิตนาการที่คุกคามต่อสุขภาวะที่ดี

4. สังเกตอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร เช่น ความเต็มใจ ความสามารถ และความอยากรับประทานอาหาร

5. สังเกตอาการของการขาดสารอาหารในผู้ป่วย เช่น ตัวเตี้ย แขนขาเล็ก ผิวหนังและผมมีสุขภาพไม่ดี การพอมจนเห็นกระดูกสันหลังและซี่โครง ก้นปอด หน้าตอ ร่างกายแข็งงอ

6. ส่งเสริมผู้ป่วยได้ระบายความเชื่อ ความคิด และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

7. ประเมินจุดแข็ง และความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมทั้งให้โอกาสในการแสดงออก และการยอมรับผู้ป่วย

8. ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
9. ส่งเสริมและคงไว้ของสัมพันธภาพด้านบวกกับเพื่อน

การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) บุคคลที่มีภาวะ Bulimia nervosa ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley, Ladwig, and Makic, 2017)

1. แสดงออกถึงการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์หรือหน้าที่ของร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต

2. มีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น ใช้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา และทักษะทางสังคม
3. บอกข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญ

4. ระบุคำพูด และแสดงพฤติกรรมปรับตัวเพื่อลดความกลัวของตนเอง

5. น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเทียบกับความสูงและอายุ

6. มีความต้องการรับประทานอาหาร

7. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างพอเพียง

8. ไม่มีอาการขาดสารอาหาร

9. ถามคำถามเกี่ยวกับวิธีการดูแล และการรักษา
10. มีคำพูดที่แสดงถึงการยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น และการรับผิดชอบต่อตนเองด้านบวก

3. ภาวะกินไม่หยุด (Binge eating disorder)

ความหมาย

ภาวะกินไม่หยุด เป็นภาวะรับประทานอาหารมากผิดปกติ โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ที่มีภาวะนี้จะรับประทานอาหารในปริมาณมากแม้จะรู้สึกหิวก็ตาม โดยรับประทานจนอิ่มแน่นท้องถึงไม่สามารถรับประทานอาหารต่อได้ เมื่อรับประทานเสร็จแล้วจะรู้สึกรังเกียจหรือโกรธตัวเอง สาเหตุที่พบ คือ ความรู้สึกเครียด โกรธ เศร้า เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกด้านลบก็สามารถกระตุ้นการหลังของสารกระตุ้นความหิว (Morgan & Townsend, 2021, pp. 634-635)

ระบาดวิทยา (Womble & Kincheloe, 2020, p. 270; Boyd & Luebbert, 2020, p. 474)

ภาวะกินไม่หยุด ทั่วโลกพบร้อยละ 1.4 ในสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 2.8 ภาวะนี้พบในเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน และสามารถเกิดได้กับคนทุกช่วงวัย ที่พบบ่อยสุด คือ ผู้ใหญ่วัยกลางคน

สาเหตุ (Morgan & Townsend, 2021, pp. 635; Womble & Kincheloe, 2020, p. 270)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของภาวะนี้ แต่คาดว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะกินไม่หยุด เช่น

1. ภาวะอ้วน
2. ขาดความมั่นใจในรูปร่าง และมีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเองต่ำ
3. คนในครอบครัวมีประวัติที่เกี่ยวข้องกับภาวะการกินผิดปกติ
4. มีภาวะทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

การวินิจฉัย (Morgan & Townsend, 2021, p. 636)

ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารมากกว่าปกติ โดยรับประทานอาหารปริมาณมาก ๆ อย่างรวดเร็วในระยะเวลาไม่นาน และไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดรับประทานได้ แม้จะอิ่มหรือไม่รู้สึกหิวก็ตาม ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมที่จะลดความอ้วนอย่างแท้จริง

จำแนกระดับความรุนแรงของอาการ (Morgan & Townsend, 2021, p. 636)

- ระดับเล็กน้อย (mild) มีการกินมากผิดปกติ 1-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
- ระดับปานกลาง (moderate) มีการกินมากผิดปกติ 4-7 ครั้ง ต่อสัปดาห์
- ระดับรุนแรง (severe) มีการกินมากผิดปกติ 8-13 ครั้ง ต่อสัปดาห์
- ระดับรุนแรงมาก (extreme) มีการกินมากผิดปกติตั้งแต่ 14 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์

การรักษา

1. การใช้ยารักษา ได้แก่ Anti-depressant
2. จิตบำบัด เป็นการสร้างการรับรู้และเข้าใจในอาการของโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถควบคุมอารมณ์ด้านลบที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคภาวะกินไม่หยุดได้ โดยจิตบำบัดที่ใช้รักษาแบ่งได้ 3 รูปแบบ ดังนี้ (Morgan & Townsend, 2021, p. 648; Boyd & Luebbert, 2020, p. 474)

2.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT) เป็นการบำบัดที่จะสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของอารมณ์และพฤติกรรมด้านลบที่ทำให้เกิดอาการ รวมทั้งเรียนรู้วิธีควบคุมที่จะช่วยลดความรุนแรงของความรู้สึก และพฤติกรรม

2.2 Interpersonal Psychotherapy (IPT) เป็นการบำบัดที่ช่วยรักษาอาการที่มีสาเหตุมาจากปัญหาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคนรอบข้างอย่างรุนแรง การหย่าร้าง หรือการเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะกินไม่หยุด จิตบำบัดแบบ IPT จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ได้

2.3 Dialectical Behavior Therapy (DBT) เป็นการบำบัดที่สร้าง 4 ทักษะซึ่งอาจช่วยบรรเทาอาการของภาวะนี้ คือ การตระหนักรู้ในสาเหตุและอาการ ความอดทนต่อความรู้สึกด้านลบ การจัดการอารมณ์ และการพัฒนามนุษยสัมพันธ์

3. การลดน้ำหนัก แพทย์และนักโภชนาการจะให้ความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนักอย่างถูกต้อง ทั้งปริมาณ สารอาหาร และการออกกำลังกาย

บทสรุป

อาหารถึงแม้จะมีประโยชน์ต่อร่างกาย หากมนุษย์มีความผิดปกติทางการรับประทานอาหารแล้ว ก็สามารถทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายได้ การบริหารอาหารให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายทั้งน้อยเกินไป และมากเกินไปความต้องการจึงมีความสำคัญ ภาวะ Anorexia nervosa เป็นการบริโภคสารอาหารและสารน้ำน้อยเกินความต้องการของร่างกาย จึงทำร่างกายขาดสารอาหารที่จะนำมาใช้ในการเจริญเติบโต และเป็นแหล่งพลังงานสำหรับการดำเนินชีวิต ผลเสีย คือ ผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ภาวะ Bulimia nervosa เป็นการบริโภคอาหารจำนวนมากกว่าความต้องการของร่างกาย แต่ผู้ป่วยก็ใช้วิธีขับอาหารเหล่านั้นออกจากร่างกาย โดยวิธีการทำให้อาเจียน การใช้ยาช่วยขับออกซึ่งผลเสียก็เกิดขึ้นต่อร่างกายเช่นกัน ส่วนในกรณี ภาวะกินไม่หยุด ก็ทำให้ร่างกายได้รับอาหารเกินความต้องการ ผลเสียต่อร่างกายจึงเกิดตามมา เช่น การเกิดโรค NCDs แต่อย่างไรก็ตามทั้ง 3 ภาวะความผิดปกติด้านการกิน มีความสัมพันธ์มาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจคล้าย ๆ กัน ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., and Makic, M. B. F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care* (11th ed.). Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Austin, W., & Boyd, M.A. (2015). *Psychiatric & Mental Health Nursing for Canadian Practice* (3rd ed.). Wolters Kluwer.
- Boyd, M. A., & Luebbert, R. (2020). *Essentials of Psychiatric Nursing* (2nd ed.). Wolters Kluwer.
- Morgan, K. I. & Townsend, M. C. (2021). *Davis advantage for Psychiatric mental health nursing* (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Videbeck S. L. (2017). *Psychiatric - Mental Health Nursing* (7th ed.). Wolters Kluwer.
- Womble, D. M., & Kincheloe, C. A. (2020). *Introductory Mental Health Nursing* (4th ed.). Wolters Kluwer.

บทที่ 4.6

ภาวะติดเกม/ อินเทอร์เน็ต และการพนัน (Game and internet addiction/ gambling disorder)

ความหมาย

การเล่นการพนันโดยทั่วไป สามารถกลายเป็นการติดการพนันได้ ซึ่งถือว่ามียาพิษสภาพ คือ การเกิดอย่างต่อเนื่อง และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ซึ่งนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ โดยภาพรวมจะคล้าย ๆ กับการติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ในบางคนที่ใช้สารเสพติดร่วมกับการพนัน มักเป็นสาเหตุให้อาการแย่ลง และจะเร่งให้เกิดการติดการพนันได้ (Boyd & Luebbert, 2020, p. 442)

สาเหตุ

พฤติกรรมเล่นการพนันเป็นพฤติกรรมย้ำทำ ปกติพฤติกรรมการเล่นจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น การมีบุคลิกภาพผิดปกติจะมีความสัมพันธ์กับการมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับการพนัน เช่น narcissistic, antisocial, avoidant, obsessive-compulsive, and borderline (Morgan & Townsend, 2021, p. 432)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดการพนัน (gambling disorder) (Morgan & Townsend, 2021, pp. 432-433)

1. อิทธิพลทางชีวภาพ

1.1 กรรมพันธุ์ (genetic) จากการศึกษาในครอบครัว และในคู่แฝด พบว่า มีแนวโน้มของการเพิ่มความชุกของพยาธิสภาพติดการพนันของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยอันดับแรกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดการพนัน โดยพบว่า มีโอกาสที่จะติดการพนันถึง 8 เท่า

1.2 ทางกายภาพ (physiological) dopamine เป็น neurotransmitter ที่จะทำให้เกิดบุคลิกภาพในการติดยา และพยาธิสภาพติดการพนัน

2. อิทธิพลทางจิตสังคม ได้แก่

2.1 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่เด็กจะมีอายุ 15 ปี เช่น พ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน เนื่องจาก การเสียชีวิต การแยกกันอยู่ การเป็นหม้าย และการที่เด็กถูกทอดทิ้ง

2.2 ระเบียบวินัยของพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสม เช่น พ่อแม่ไม่มาหา พ่อแม่มีความไม่สม่ำเสมอในการเลี้ยงดู หรือการมีความรุนแรงในครอบครัว

อาการ

อาการของผู้ติดการพนัน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ

ระยะแรก : เป็นช่วงที่ผู้พนันชนะรางวัล หรือชนะติดต่อกันหลายครั้ง ทำให้มองการพนันในแง่ดี จะรู้สึกตื่นเต้นเมื่อได้เล่น และเริ่มเพิ่มจำนวนเงินที่ใช้เล่น

ระยะกลาง : เริ่มคิดเกี่ยวกับการพนันตลอด อาจยืมเงินครอบครัว เพื่อน ทำสิ่งผิด

กฎหมายเพื่อให้ได้เงินมาเล่น เริ่มเล่นเพื่อตามเอาเงินคืนมาจากที่เสียไป รู้สึกหงุดหงิด
กระสับกระส่าย ไม่สูงสิ่งกับใคร

ระยะสุดท้าย : ใช้เวลากับการพนันมากขึ้น รู้สึกผิด โทษผู้อื่น ทำตัวห่างเหินแปลกแยก
จากครอบครัวและเพื่อน อาจเกี่ยวข้องกับสิ่งผิดกฎหมาย หรือการใช้สารเสพติด อาจมีปัญหาทาง
อารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง อายากตาย

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) มีดังนี้ (2013, pp. 282-283)

A. มีพฤติกรรมการเล่นที่เป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องและเกิดขึ้นซ้ำ ซึ่งนำไปสู่ความ
บกพร่องหรือความทุกข์ที่มีนัยสำคัญทางคลินิก โดยบุคคลจะต้องแสดงอาการตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป
ในระยะเวลา 12 เดือน ดังนี้

1. ต้องเติมพันท้ายจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดความตื่นเต้นตามที่ต้องการ
2. กระสับกระส่าย หรือหงุดหงิด เมื่อพยายามลดหรือหยุดเล่นการพนัน
3. เคยพยายามควบคุม ลด หรือหยุดเล่นการพนัน แต่ไม่สำเร็จ
4. หมกมุ่นอยู่กับการพนัน (เช่น มีความคิดไม่หยุดหย่อนที่จะกลับไปเล่นการพนัน
อีกครั้ง คิดแต่มีต่อ หรือวางแผนเล่นต่อไป คิดหรือหาวิธีในการหาเงินเพื่อเล่นการพนัน)
5. มักจะเล่นการพนันเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ (เช่น หมดหนทาง รู้สึกผิด วิตกกังวล
หดหู่ใจ)

6. หลังจากสูญเสียเงินจากการพนัน มักจะกลับมาอีกวันเพื่อเล่นถอนทุนคืน
7. โกหก เพื่อปกปิดว่าเล่นการพนัน
8. มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือโอกาสทางการศึกษา
หรืออาชีพที่สำคัญ เนื่องจากการพนัน

9. ฟังพวผู้อื่นเรื่องปัญหาการเงินที่เกิดจากเล่นการพนัน

ระดับความรุนแรงของอาการมี 3 ระดับ ดังนี้

mild level พบอาการ 4-5 ข้อ

moderate level พบอาการ 6-7 ข้อ

severe level พบอาการ 8-9 ข้อ

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจะมีความยาก เนื่องจากผู้ป่วยมักปฏิเสธความผิดปกติของตนเอง ส่วนใหญ่
ที่มารักษา เนื่องจาก มีปัญหาทางกฎหมาย ความกดดันจากครอบครัว หรือประเด็นทางจิตเวชอื่น
การรักษาที่ใช้ได้แก่

1. การรักษาด้วยยา ได้แก่
 - Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
 - Clomipramine ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาภาวะย้ำคิดย้ำทำ (OCD) เนื่องจาก
ผู้ป่วยติดการพนัน มักมีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ
 - ยา Lithium, Carbamazepine และ Naltrexone

2. การบำบัด ได้แก่ behavior therapy, CBT, motivational interviewing, การทำ self-help group ที่มีรูปแบบเดียวกับการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์

พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีพฤติกรรมติดการพนันมักหายได้เอง โดยไม่ต้องรักษา

นักเล่นการพนันจะมีความรู้สึกไม่สิ้นสุดว่า ตนเองมีความสามารถที่จะเล่นชนะเพื่อเอาคืนได้ ซึ่งเป็นการนำไปสู่การหลอกหลวงตนเอง หรือการปฏิเสธความจริง (denial)

ในการดูแลผู้ป่วย จะเน้นให้ผู้ป่วยเผชิญความจริงกับความเชื่อที่ว่าตนเองมีความรู้สึกในอำนาจที่ไม่สิ้นสุด มีความมั่นใจในตนเอง และมีทัศนคติที่เอาแต่ใจ

ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการรักษา และการป้องกันอาการกำเริบ คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับสัญญาณเฉพาะที่กระตุ้นพฤติกรรมกรรมการพนัน

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria*

From DSM-5. American Psychiatric Association.

Boyd, M. A., & Luebbert, R. (2020). *Essentials of Psychiatric Nursing* (2nd ed.). Wolters

Kluwer.

Morgan, K. I. & Townsend, M. C. (2021). *Davis advantage for Psychiatric mental*

health nursing (10th ed.). F.A. Davis Company.