

บทที่ 5.4 การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล

Nursing Care for Clients with Anxiety and Anxiety related Disorders

สุรางค์ เชื้ออณิชากร

หัวข้อเนื้อหา

1. โรควิตกกังวลผิดปกติ
 - 1.1 Panic Disorder
 - 1.2 Phobia Disorders
 - 1.3 Generalized Anxiety Disorder
2. โรคย้ำคิดย้ำทำ
 - 2.1 Obsessive-Compulsive Disorders (OCD)
3. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
 - 3.1 Acute Stress Disorder
 - 3.2 Post Traumatic Stress Disorder
 - 3.3 Adjustment Disorder
4. ความผิดปกติทางกายที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
5. กระบวนการพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

บทเรียนนี้ประกอบด้วย 4 ภาวะผิดปกติหลัก ได้แก่ โรควิตกกังวลผิดปกติ โรคย้ำคิดย้ำทำ ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และความผิดปกติทางกายที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ภายหลังจากศึกษาบทเรียนนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความหมาย อุบัติการณ์ และสาเหตุของกลุ่มโรควิตกกังวล
2. จำแนกชนิดของกลุ่มโรควิตกกังวล
3. ระบุอาการ และอาการแสดงของกลุ่มโรควิตกกังวล
4. ระบุวิธีการบำบัดผู้ป่วยที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล
5. วางแผนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล

วิธีสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน

1. การบรรยายประกอบการใช้ power point
2. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนเรื่อง 6.4 การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล
3. ฝึกทำคำถามทบทวนหลังการเรียน

สื่อการเรียนการสอน

1. power point ประกอบการบรรยาย
2. เอกสารประกอบการสอน

บทที่ 5.4 การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล

Nursing Care for Clients with Anxiety and Anxiety related Disorders

สุรางค์ เชื้ออณิชากร

บทนำ

สังคมยุคปัจจุบันได้เกิดปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อประชากรทั้งโลกรวมทั้งประเทศไทย จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มเติมความวิตกกังวลที่แต่เดิมมีมา ประกอบด้วยความผันผวนสูง (V-volatility) ความไม่แน่นอนสูง (U-uncertainty) ความซับซ้อนมากขึ้น (C-complexity) และความคลุมเครือในการสามารถคาดเดาเหตุการณ์บางเหตุการณ์ได้ยาก (A-ambiguity) ซึ่งยิ่งส่งผลให้การดำเนินชีวิตของบุคคลจะได้รับผลต่าง ๆ ทั้งทางด้านชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และสังคม ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล และความเครียดต่าง ในบางสภาวะอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับด้านจิตใจ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย และต้องรับการรักษาต่อเนื่องจนเรื้อรัง ก็ยังไม่สามารถรักษาอาการดังกล่าวให้หายขาดได้ ซึ่งอาจเป็นประเด็นจากการมีปัญหาด้านจิตใจ แล้วส่งผลออกมาเป็นอาการแสดงด้านร่างกาย ดังนั้นความเข้าใจถึงอาการทางจิตที่มีผลกระทบต่อร่างกายจึงต้องอาศัยความเข้าใจของแพทย์ผู้รักษาและบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญยิ่งในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลและให้กระบวนการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรค

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกกังวลต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งพบได้เป็นปกติในมนุษย์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ โดยแสดงออกทั้งในด้านจิตใจและความรู้สึกทางกาย มีผลผลักดันให้บุคคลแก้ปัญหาและคิดพัฒนาสิ่งต่าง ๆ แต่ถ้าความวิตกกังวลนั้นมากเกินไป จนควบคุมไม่ได้หรือไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ ร่วมกับมีอาการแสดงออกมากเกินไป ก็จัดเป็นความผิดปกติชนิดหนึ่งที่ควรได้รับการดูแลรักษา เพื่อลดความรู้สึกทรมานกาย และจิตใจที่เกิดขึ้น

ระดับและอาการของความวิตกกังวล (levels of anxiety)

ความวิตกกังวลมีทั้งผลดีและอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับ ระยะเวลาของการเกิด และวิธีการปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1. ความวิตกกังวลระดับน้อย (mild anxiety) พบว่าจะมีการกระตุ้นการรับรู้ของ

บุคคลเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้เกิดมีความคิดไตร่ตรอง ความตั้งใจในการเรียนรู้ การแก้ปัญหา ความรู้สึกและการปกป้องตนเองมากขึ้น ความวิตกกังวลระดับนี้ จะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมได้ตามความตั้งใจ เช่น การช่วยให้นักเรียนมีความตั้งใจอ่านหนังสือเพื่อให้สอบผ่าน

บุคคลอาจมีอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ ไม่สุขสบายเล็กน้อย กระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือมีพฤติกรรมเพื่อลดความรู้สึกกดดัน เช่น กัดเล็บมือ เคาะเท้าเคาะนิ้วมือ ขยับตัวไปมา ไม่นิ่ง (Varcarolis, 2017, p. 131)

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นการรบกวนความรู้สึกเกี่ยวกับบางเรื่องที่คิดว่าผิด จนทำให้บุคคลนั้นมีอาการตื่นกลัว กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง ขาดสมาธิ แต่ยังสามารถแก้ปัญหา รับข้อมูล และเรียนรู้สิ่งใหม่เพิ่มเติมได้โดยการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อเตรียมเข้ารับการผ่าตัด และผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ถึงแม้ผู้ป่วยจะขาดความตั้งใจในการฟัง แต่พยาบาลก็สามารถดึงความสนใจของผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมผ่าตัดได้

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณคิดหยุดชะงัก และไม่สามารถให้เหตุผลได้ กล้ามเนื้อมีการตึงตัว สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย หงุดหงิด และมีความรู้สึกโกรธ

4. ความวิตกกังวลระดับแพนิค (panic anxiety) มีการขอบเขตของการรับรู้แคบลง ในด้านอารมณ์และจิตใจ ทั้งด้านการต่อสู้ ถอยหนี หรือนิ่งเฉยหยุดการตอบสนองต่าง ๆ และพบว่าร่างกายมีการหลั่ง adrenaline ออกมามากขึ้น ทำให้สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น รุ่มาตาขยาย กระบวนการเรียนรู้ในการปกป้องตนเองลดลง

ระดับของความวิตกกังวล ลักษณะอาการด้านจิตใจและร่างกายของบุคคลที่มีความวิตกกังวล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงระดับของความวิตกกังวล ลักษณะอาการด้านจิตใจและร่างกายของบุคคลที่มีความวิตกกังวล

Anxiety level	psychological responses	physiologic responses
mild	<ul style="list-style-type: none"> - wide perceptual field - sharpened senses - increased motivation - effective problem solving - increased learning ability - irritability 	<ul style="list-style-type: none"> - restlessness - fidgeting - GI “butterflies” - difficulty sleeping - hyper sensitivity to noise
moderate	<ul style="list-style-type: none"> - perceptual field narrowed to immediate task - selectively attentive - cannot connect thoughts or events independently 	<ul style="list-style-type: none"> - muscle tension - diaphoresis - pounding pulse - headache - dry mouth

ตาราง 1 แสดงระดับของความวิตกกังวล ลักษณะอาการด้านจิตใจและร่างกายของบุคคลที่มีความวิตกกังวล (ต่อ)

Anxiety level	Psychological responses	Physiologic responses
moderate (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - perceptual field narrowed to immediate task - selectively attentive - cannot connect thoughts or events independently - increased use of automatism 	<ul style="list-style-type: none"> - muscle tension - diaphoresis - pounding pulse - headache - dry mouth - high voice pitch - faster rate of speech - GI upset - frequent urination
severe	<ul style="list-style-type: none"> - perceptual field reduced to one detail or scattered details - cannot complete tasks - cannot solve problems or learn effectively - behavior geared toward anxiety relief and is usually ineffective - does not response to redirection - feels awe, dread, or horror - cries - ritualistic behavior 	<ul style="list-style-type: none"> - Severe headache - Nausea, vomiting, and diarrhea, trembling - Rigid stance - Vertigo - Pale - Tachycardia - Chest pain
panic	<ul style="list-style-type: none"> - perceptual field reduced to focus on self - cannot process any environmental stimuli - distorted perceptions - loss of rational thought - does not recognize potential danger - cannot communicate verbally - possible delusions and hallucination - may be suicidal 	<ul style="list-style-type: none"> - may bolt and run Or - totally immobile and mute - dilated pupils - increased blood pressure and pulse - flight, fight, or freeze

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางจิตที่พบได้มากที่สุดภาวะหนึ่งของมนุษย์ สาเหตุเกิดได้จาก 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรมหรือพื้นฐานดั้งเดิมของบุคคล ถ้าพ่อแม่เป็นโรควิตกกังวล ลูกก็มีโอกาสเป็นโรควิตกกังวลเช่นกัน หรือมีพื้นฐานที่ไม่กล้าแสดงอารมณ์ออกมา และมีความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดู การเลียนแบบพฤติกรรมจากพ่อแม่หรือคนใกล้ชิด

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สภาพแวดล้อม การประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เป้าหมายการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. เป้าหมายระยะสั้น
 - ลดความวิตกกังวลจนสู่ภาวะปกติ สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้
2. เป้าหมายระยะยาว
 - เน้นการรู้เหตุและผลของความวิตกกังวล
 - รู้วิธีการลดความวิตกกังวล
 - ลดความถี่ในการเกิดความวิตกกังวล
 - ปรับบุคลิกภาพและรู้วิธีการใช้กลไกทางจิตปกป้องตนเองที่เหมาะสม
 - จัดความขัดแย้ง และบรรเทาเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความวิตกกังวล

- แสดงการยอมรับ
- อยู่เป็นเพื่อน รับฟัง เปิดโอกาสให้ได้ระบายความวิตกกังวล
- จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ และลดสิ่งกระตุ้นความวิตกกังวล
- ดูแลและให้ได้รับปัจจัยที่ตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ ฯลฯ
- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

ภาวะผิดปกติต่างๆ ที่มีสาเหตุจากความวิตกกังวล มี 4 กลุ่ม และสามารถจัดเข้าอยู่ในกลุ่มโรคด้านจิตเวชตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, p. 17) ดังนี้

1. โรควิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety Disorders)
 - 1.1 Panic disorder
 - 1.2 Phobia disorders
 - 1.3 Generalized Anxiety disorder
2. โรคย้ำคิดย้ำทำ
 - 2.1 Obsessive-Compulsive disorders (OCD)
3. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma and Stress Related Disorders)
 - 3.1 Acute stress disorder
 - 3.2 Post Traumatic Stress disorder (PTSD)
 - 3.3 Adjustment disorder
4. ความผิดปกติทางกายที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล (somatic symptoms related Anxiety disorders)
 - 4.1 Somatic symptom disorder

4.2 Conversion disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)

4.3 Illness Anxiety disorder หรือ Hypochondriasis

1. โรควิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety disorders)

1.1 Panic disorder

ความหมาย

ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 119-120) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกกลัว หรือไม่สบายใจอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลารวดเร็วภายในไม่กี่นาที

อาการ

1. อาการแสดงของ Panic attack เกิดขึ้นอย่างน้อย 4 อาการตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 119-120) ดังนี้

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1.1 ใจสั่น หัวใจเต้นแรง หรืออัตราเต้นของหัวใจเร็ว | |
| 1.2 เหงื่อออกมาก | 1.3 สั่นทั้งตัว |
| 1.4 หายใจเร็วถี่ | 1.5 รู้สึกอยากอาเจียน |
| 1.6 เจ็บแน่นหน้าอก | 1.7 คลื่นไส้ ปั่นป่วนในท้อง |
| 1.8 ร้อน ๆ หนาว ๆ ตามตัว | 1.9 กลัวตาย |
| 1.10 รู้สึกวิงเวียน สมองตื้อ โคลงเคลง หรือจะเป็นลม | |
| 1.11 กลัวควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือเหมือนจะเป็นบ้า | |
| 1.12 รู้สึกตัวชา หรือรู้สึกชู่ซ่ารู้สึกเหมือนไม่อยู่กับความจริง (de-realization) | |

หรือ ไม่ใช่ตัวของตัวเอง (depersonalization)

2. อาการที่เกิดอย่างน้อยครั้งหนึ่ง จะต้องมีอาการอยู่เป็นเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป โดยเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือทั้ง 2 อาการ ได้แก่

2.1 กังวลตลอดเวลาว่าจะเกิดมีอาการขึ้นอีก เช่น การสูญเสียการควบคุม อาการคล้ายจะเป็นบ้า

2.2 การแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการเกิดความกลัวอย่างรุนแรง (Panic attack) เช่น การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย หรือสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

Panic disorder จะมีทั้งที่มีความกลัวในที่ชุมชน (Agoraphobia) เช่น ผู้ป่วยไม่กล้าออกนอกบ้าน และไม่มีอาการกลัวในที่ชุมชนร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติอาการ Panic เลย แต่กลัวว่าถ้าไปอยู่ในที่ชุมชนจะมีเกิด Panic attack

ระบาดวิทยา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 177)

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า มักพบในช่วงอายุประมาณ 25 ปี

การดำเนินโรค

โรคมักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยทั่วไปจะเป็นเรื้อรัง ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการบ่อย จะทำให้วิตกกังวล เกิด Phobic avoidance และ Agoraphobia ได้ ถ้าผู้ป่วยหายจากอาการ Panic แล้วอาการ Agoraphobia มักหายตามด้วย

การรักษา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 179)

1. จิตบำบัด เช่น cognitive behavior therapy (CBT) ร่วมกับ relaxation technique เป็นการฝึกหายใจเมื่อเกิด Hyperventilation
2. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยากลุ่ม SSRI เช่น Fluoxetine และ Benzodiazepine เช่น Alprazolam

1.2 Phobia disorders

ความหมาย

เป็นความกลัวอย่างรุนแรง ไม่มีเหตุผล กลัวเกินเหตุและเกิดขึ้นบ่อย โดยไม่สามารถระงับหรือหักห้ามความกลัวนั้นได้

ชนิดของ Phobia disorders แบ่งตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 121-122, 116-118) ดังนี้

โรคกลัวอยู่ในที่โล่ง หรือที่ชุมชน (Agoraphobia)

1. อาการเด่น คือ กลัว วิตกกังวล ตั้งแต่ 2 สถานการณ์จาก 5 สถานการณ์ ดังนี้
 - 1.1 การใช้บริการขนส่งมวลชน เช่น รถยนต์โดยสาร รถโดยสารประจำทาง รถไฟ เรือ เครื่องบิน
 - 1.2 ที่โล่งกว้าง เช่น ลานจอดรถ ตลาด สะพาน
 - 1.3 การอยู่ในสถานที่ปิดล้อม เช่น ร้านค้า โรงภาพยนตร์ โรงละคร
 - 1.4 การเข้าคิวในแถว หรือสถานที่ที่มีคนหนาแน่น
 - 1.5 การอยู่นอกบ้านคนเดียวตามลำพัง
2. บุคคลกลัว หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์เหล่านี้ เพราะมีความคิดว่า เป็นการยากที่จะหนี หรืออาจจะไม่ช่วยให้มีความพร้อมต่อเหตุการณ์ ซึ่งอาจกลายเป็นอาการกลัวอย่างรุนแรง หรือการสูญเสียความสามารถ หรือการทำให้อับอาย เช่น กลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ กลัวการควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้
3. สถานการณ์กลัวอยู่ในที่โล่ง หรือที่ชุมชน จะกระตุ้นทำให้เกิดความกลัว หรือความวิตกกังวล

4. สถานการณ์กลัวอยู่ในที่โล่ง หรือที่ชุมชน ผู้ป่วยจะมีการหลีกเลี่ยงที่รวดเร็ว หรือต้องอดทนกับความกลัว หรือความวิตกกังวลอย่างมาก
5. ความกลัว หรือความวิตกกังวล ไม่ใช่เป็นอันตรายที่แท้จริง จากสถานการณ์โรคกลัวอยู่ในที่โล่ง หรือที่ชุมชน และต่อบทบาททางสังคมวัฒนธรรม
6. ความกลัว ความวิตกกังวล หรือการหลีกเลี่ยงต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
7. ความกลัว หรือความวิตกกังวลหรือการหลีกเลี่ยง เป็นสาเหตุการเจ็บปวดทางคลินิก หรือความบกพร่องในการใช้ชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ หรือการปฏิบัติหน้าที่ที่สำคัญอื่น ๆ ในชีวิต

โรคกลัวสังคม (Social phobia หรือ Social anxiety disorder)

1. กลัวอย่างชัดเจน หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ในสังคม ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกกำลังถูกเฝ้ามองในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพบปะสนทนา การประชุมกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย การเป็นเป้าสายตา การอยู่ต่อหน้าบุคคลอื่น เช่น การกล่าวคำปราศรัย หรือสุนทรพจน์
- ข้อสังเกต** ในเด็ก ความกลัว หรือวิตกกังวล อาจเกิดขึ้นในขอบเขตของเพื่อน ไม่ใช่อยู่ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใหญ่

2. บุคคลกลัวว่าตนเองจะแสดงวิธี หรือแสดงอาการวิตกกังวล ซึ่งอาจถูกมองภาพลบ เช่น ความน่าอาย ที่จะนำไปสู่การปฏิเสธ หรือไม่พอใจจากบุคคลอื่น
 3. สถานการณ์ทางสังคมจะเป็นสาเหตุให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวล
- ข้อสังเกต** ในเด็ก ความกลัว หรือวิตกกังวลอาจแสดงโดย การร้องไห้ การออกฤทธิ์ (Tantrum) ตัวแข็งทื่อ การทำตัวลึบ หรือการพูดไม่ออกเมื่ออยู่ในสังคม

4. หลีกเลี่ยงสถานการณ์ในสังคม หรืออดทนต่อความกลัว ความวิตกกังวลอย่างมาก
5. ความกลัว ความวิตกกังวล หรือการหลีกเลี่ยงต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
6. ความกลัว ความวิตกกังวล หรือการหลีกเลี่ยง เป็นสาเหตุของการรู้สึกเจ็บปวด หรือความบกพร่องในการใช้ชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ หรือการปฏิบัติหน้าที่สำคัญอื่น ๆ

โรคกลัวสิ่งเฉพาะเจาะจง (Specific phobia)

1. กลัวอย่างชัดเจน หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับวัตถุหรือสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลัวแมลงที่มีปีกบิน กลัวความสูง กลัวสัตว์ กลัวเข็มฉีดยา กลัวเลือด
- ข้อสังเกต** ในเด็ก ความกลัวหรือวิตกกังวล อาจแสดงออกโดย การร้องไห้ การออกฤทธิ์ (Tantrum) ตัวแข็งทื่อ การที่ต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น
2. วัตถุหรือสถานการณ์ที่กลัวจะกระตุ้นให้เกิดอาการกลัวอย่างชัดเจนเกือบทุกครั้ง
 3. วัตถุหรือสถานการณ์ที่กลัวจะหลีกเลี่ยงอย่างรวดเร็ว หรือต้องอดทนกับความกลัว

หรือความวิตกกังวลอย่างมาก

4. ความกลัว ความวิตกกังวล หรือการหลีกเลี่ยงต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ระบาดวิทยา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 181)

Specific phobia จะพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย 2: 1

Social phobia จะพบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง 2: 1 และมักพบในช่วงวัยรุ่น

การดำเนินโรค

Specific phobia และ Social phobia เป็นอาการเรื้อรัง และมักเกิดในช่วงวัยรุ่น ทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษา และการทำงาน ผู้ป่วยจึงมักไม่ค่อยมีเพื่อน และอาจมี Depressive disorder และ Alcohol abuse ได้

การรักษา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 183)

Specific phobia ใช้วิธี Exposure therapy มากที่สุด

Social phobia ใช้วิธีการบำบัดร่วมกับการใช้ยา ได้แก่ ยากลุ่ม SSRI เช่น Paroxetine ยา Benzodiazepine เช่น Clonazepam และยา Beta-adrenergic antagonist เช่น Propranolol

1.3 โรคกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder: GAD)

ความหมาย

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากผิดปกติต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ได้แก่ การกลัวเกิดเหตุการณ์ร้าย ๆ กับบุคคลใกล้ชิด เช่น การกลัวสามีถูกทำร้าย การกลัวบุตรจะประสบอุบัติเหตุ

อาการ Generalized Anxiety Disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 122-123) มีดังนี้

1. ความวิตกกังวลมากผิดปกติ จะเกิดขึ้นบ่อย ๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำงาน การเรียนหนังสือ
2. ผู้ป่วยรู้สึกยากที่จะควบคุมความกังวล
3. ความกังวลจะเกี่ยวข้องกับอาการอย่างน้อย 3 อาการจากทั้งหมด 6 อาการ

ข้อสังเกต สำหรับเด็ก มีเพียง 1 อาการ ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

- 3.1 กระสับกระส่าย
- 3.2 อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
- 3.3 มีปัญหาด้านสมาธิ หรือใจลอย
- 3.4 หงุดหงิดง่าย
- 3.5 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ตึงเครียดตามกล้ามเนื้อ

3.6 มีปัญหาการนอน (หลับยาก นอนหลับตลอดเวลา หลับ ๆ ตื่น ๆ นอนหลับไม่สนิท)

ระบาดวิทยา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 192)

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อาการมักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

การดำเนินโรค

โรคกังวลไปทั่ว เป็นโรคเรื้อรัง มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงในช่วงที่เครียด หลังจากหายเครียดแล้วอาการจะดีขึ้น มักเกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่น ๆ จึงยากต่อการอธิบายการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค

การรักษา

1. จิตบำบัด เช่น วิธี cognitive behavior therapy (CBT) โดยแก้ไขให้ผู้ผู้ป่วยกลับมามองโลกอย่างเหมาะสม ร่วมกับการใช้วิธี relaxation technique เพื่อลดอาการต่าง ๆ ทางกาย

2. การรักษาด้วยยา

: Benzodiazepine เช่น Diazepam ช่วยลดอาการวิตกกังวล และอาการทางกาย

: ยากลุ่ม SSRI เช่น Sertraline, Paroxetine

: Propranolol ใช้เพื่อลดอาการใจสั่น มือสั่น แต่ต้องระวังผลข้างเคียง เช่น

depression, bradycardia, nausea

2. โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorders: OCD)

ความหมาย

ผู้ป่วยจะแสดงอาการย้ำคิดในเรื่องความปลอดภัย ความสะอาด ความเป็นระเบียบ หรือย้ำทำในเรื่องการล้างมือ การตรวจตราการลือคกลอนประตูซ้ำ ๆ โดยไม่มีเหตุผล ไม่สามารถขัดขึ้นได้ ทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล บางเวลาจะมีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Obsessive-Compulsive Disorders ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 129-130) มีดังนี้

1. แสดงอาการย้ำคิดหรืออาการย้ำทำ หรือแสดงทั้งอาการย้ำคิด ย้ำทำ

ย้ำคิด (Obsessions) หมายถึง อาการทั้งข้อ 1.1 และ 1.2

1.1 มีความหมกมุ่น เกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือมีภาพจากประสบการณ์ในบางเวลาที่มีอาการ ซึ่งเป็นสิ่งที่มารบกวนและไม่ต้องการ มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก

1.2 ผู้ป่วยพยายามที่จะเพิกเฉย หรือหยุดยั้งความคิด การกระตุ้น หรือมีภาพหรือต่อต้านด้วยความคิด หรือการกระทำ

ย้ำทำ (Compulsive) หมายถึง อาการทั้งข้อ 1.3 และ 1.4

1.3 พฤติกรรมที่ทำซ้ำ ๆ เช่น การล้างมือ การออกคำสั่ง การตรวจตราสิ่งของ หรือ การแสดงออกด้านจิตใจ เช่น การสวดมนต์ การนับ การพูดคำซ้ำ ๆ อย่างเงิบ ๆ ซึ่งบุคคลจะรู้สึกมีแรงขับที่จะปฏิบัติในการตอบสนองต่อการย้ำคิด หรือการทำตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด

1.4 พฤติกรรมหรือการแสดงออกด้านจิตใจเพื่อที่จะป้องกัน หรือลดความกังวลหรือความทุกข์ทรมานใจมาก หรือป้องกันเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่น่ากลัว

ข้อสังเกต ในเด็กเล็ก อาจไม่สามารถบอกจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมได้

2. การย้ำคิดหรือการย้ำทำ จะใช้เวลามาก เช่น มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน หรือเป็นสาเหตุของอาการแสดงทางคลินิกด้านทุกข์ทรมานใจมาก หรือความบกพร่องในการใช้ชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ หรือขอบเขตที่สำคัญของการปฏิบัติหน้าที่

ระบาดวิทยา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 185)

พบในประชากรทั่วไปร้อยละ 2-3 โดยพบในเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยมักมีอาการเป็นอยู่นานกว่าจะมารับการรักษา

การพยากรณ์โรค

พบว่าร้อยละ 20-30 อาการจะดีขึ้นหลังการรักษาอย่างชัดเจน กลุ่มที่พยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ ผู้ที่คุมอาการย่ำทำไม่ได้ มีอาการตั้งแต่เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย มีอาการย่ำทำในเรื่องแปลก ๆ และผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพร่วมด้วย

การรักษา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 186-187)

1. พฤติกรรมบำบัด จะใช้หลัก exposure และ response prevention ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยมาก

2. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยากลุ่ม SSRI เช่น Fluoxetine

3. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma and Stress Related Disorder)

3.1 Acute Stress Disorder (ASD)

ความหมาย

เป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อย และเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังจากเผชิญกับภัยอันตรายระดับร้ายแรงมากที่สุด ซึ่งจะแตกต่างจาก PTSD ที่ระยะเวลาที่แสดงอาการ

จากผลการวิจัยกล่าวไว้ว่าทั้ง ASD และ PTSD ไม่ได้เกิดขึ้นหลังจากภาวะสงครามเท่านั้น แต่ยังเกิดตามหลังการถูกทำร้ายอย่างรุนแรง (severe trauma) รวมทั้งการถูกกระทำด้านร่างกาย

(physical abuse) การถูกกระทำทางเพศ (sex abuse) การถูกข่มขืน (rape) การเป็นพยานรู้เห็นในการฆาตกรรม และการมีประสบการณ์ใกล้ตาย (Varcorolis & Fosbre, 2021, pp. 124-125; Morgan & Townsend, 2021, pp. 579-580)

อาการ Acute Stress Disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 149-151) มีดังนี้

1. เผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความตาย การบาดเจ็บสาหัส หรือความรุนแรงทางเพศ โดยพบอย่างน้อย 1 วิธี ดังนี้
 - 1.1 มีประสบการณ์ตรงต่อเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนทางจิตใจ
 - 1.2 พบเห็นเป็นพยานร่วมกับบุคคลหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนอื่น
 - 1.3 รับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนทางจิตใจเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ในกรณีของการคุกคามด้านการตายของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน จะต้องเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง หรือเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ
 - 1.4 มีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือต้องเผชิญอย่างใกล้ชิดกับเหตุการณ์ที่จิตใจเจ็บปวด เช่น การที่ตำรวจซักถามซ้ำแล้วซ้ำอีกเกี่ยวกับรายละเอียดของเด็กถูกทำร้ายร่างกาย
2. แสดงอาการอย่างน้อย 9 อาการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่จิตใจบอบช้ำ จาก 5 หัวข้อได้แก่
 - 2.1 กลุ่มอาการที่ผุดขึ้นมาหลังประสบเหตุการณ์ (intrusive symptoms)
 1. มีความรู้สึกเหมือนยังเผชิญ หรือตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก และเป็นความทรงจำที่ทำให้จิตใจบอบช้ำจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อสังเกต เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี จะมีการเล่นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง โดยมีบางส่วนของเหตุการณ์ แสดงออกมาในการเล่น

 2. มีการฝันซ้ำ ๆ ซึ่งเนื้อเรื่องของความฝัน เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 3. มีปฏิกิริยาเฉพะต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น เหตุการณ์ในอดีตที่ฉายซ้ำ ๆ
 4. มีจิตใจเจ็บปวดอย่างมาก ซึ่งเปิดเผยออกมาเป็นนัยโดยการใช้สัญลักษณ์ที่คล้ายกับเหตุการณ์ที่ทำให้จิตใจบอบช้ำ
 - 2.2 อารมณ์ด้านลบ (negative mood)
 5. ไม่สามารถที่จะมีอารมณ์ด้านบวก เช่น ไม่มีความสุข ไม่มีความพึงพอใจ หรือความรู้สึกรัก
 - 2.3 อาการ dissociative symptom
 6. ตระหนักรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง (รู้สึกงุนงง)
 7. ไม่สามารถที่จะจดจำในประเด็นที่สำคัญของเหตุการณ์ (เนื่องจากภาวะสูญเสียความทรงจำ)

2.4 อาการหลีกเลี่ยง (avoidance symptoms)

8. หลีกเลียง หรือพยายามหลีกเลี่ยงความทรงจำ ความคิด หรือความรู้สึกเจ็บปวด ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
9. หลีกเลียง หรือพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่คอยเตือนความจำ เช่น บุคคล สถานที่ การพูดคุย การกระทำ สิ่งของ สถานที่การณ์ที่มากระตุ้นความทรงจำ ความคิด และความรู้สึกที่เจ็บปวดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.5 อาการหงุดหงิด (arousal symptoms)

10. มีปัญหาด้านการนอน เช่น นอนหลับยาก หรือนอนหลับตลอดเวลา หรือกระสับกระส่ายขณะหลับ
 11. มีพฤติกรรมไม่โง่งาย และระเบิดอารมณ์โกรธกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือเรื่องที่ไม่ควรโมโห โดยใช้คำพูดความก้าวร้าว หรือแสดงความก้าวร้าวต่อร่างกายบุคคลอื่น หรือสิ่งของ
 12. ระมัดระวังตัวสูงกว่าปกติ
 13. ขาดสมาธิ
 14. ตอบสนองโดยการสะดุ้งเกินจริง
3. ช่วงเวลาที่มีอาการ คือ 3 วัน ถึง 1 เดือน หลังจากเหตุการณ์
 4. อาการดังกล่าวจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวด หรือมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต ในสังคม การประกอบอาชีพ หรือการปฏิบัติหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ในชีวิต

ระบาดวิทยา (Post Traumatic Stress Disorder และ Acute Stress Disorder) (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 189)

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 2 : 1 มักพบในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

การดำเนินโรค

อาการของโรคจะเกิดตามหลังความกดดันรุนแรง อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ จะรุนแรงในช่วงที่เครียด หากไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 30 อาการจะหายขาดได้

การรักษา (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2555, น. 190)

1. จิตบำบัด โดยการส่งเสริมให้กำลังใจ การให้ผู้ป่วยได้ระบายเกี่ยวกับเรื่องที่ได้เผชิญมา โดยไม่ต้องลงรายละเอียดของเหตุการณ์ แนะนำการปรับตัว และการใช้ relaxation techniques ทั้งส่งเสริมให้ผู้ใกล้ชิดได้ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยด้วย

2. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาในกลุ่ม SSRI เช่น Sertraline หรือ Paroxetine

3.2 Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

ความหมาย

เป็นโรควิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น ศึกถล่ม ภาวะสงคราม แผ่นดินไหว วินาศภัย ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกข่มขืน หรืออุบัติเหตุร้ายแรง และก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชที่มีลักษณะเฉพาะ

อาการ Post Traumatic Stress Disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 143-146) มีดังนี้

ข้อสังเกต เกณฑ์นี้ใช้สำหรับผู้ใหญ่ วัยรุ่น และเด็กอายุมากกว่า 6 ปี

1. เผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความตาย การบาดเจ็บสาหัส หรือความรุนแรงทางเพศ โดยพบอย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ดังนี้

- 1.1 มีประสบการณ์ตรงต่อเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนทางจิตใจ
- 1.2 พบเห็นเป็นพยานร่วมกับบุคคลหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนอื่น
- 1.3 รับรู้ถึงเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนทางจิตใจเกิดขึ้นกับสมาชิกใน

ครอบครัวที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ในกรณีของการคุกคามด้านการตายของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน จะต้องเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง หรือเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ

1.4 มีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือต้องเผชิญอย่างใกล้ชิดกับเหตุการณ์ที่ทำให้จิตใจเจ็บปวด เช่น การที่ตำรวจซักถามซ้ำแล้วซ้ำอีกเกี่ยวกับรายละเอียดของเด็กถูกรักษา ทำร้ายร่างกาย

2. แสดงอาการอย่างน้อย 1 อาการที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ทำให้จิตใจบอบช้ำ โดยอาการแสดงเกิดหลังจากเหตุการณ์นี้เกิดขึ้น

2.1 มีความรู้สึกเหมือนยังเผชิญ หรือตกอยู่ในเหตุการณ์นั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก และเป็นความทรงจำที่ทำให้จิตใจบอบช้ำจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อสังเกต เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี จะมีการเล่นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง โดยมีบางส่วนของเหตุการณ์แสดงออกมาในการเล่น

- 2.2 มีการฝันซ้ำ ๆ ซึ่งเนื้อเรื่องของความฝันจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 2.3 มีปฏิกิริยาเฉพาะต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น เหตุการณ์ในอดีตที่ฉายซ้ำ ๆ

(Flashback)

2.4 มีความเจ็บปวดด้านจิตใจมาก ซึ่งแสดงออกมาเป็นนัย โดยใช้สัญลักษณ์ที่คล้าย กับเหตุการณ์ที่ทำให้จิตใจบอบช้ำ

2.5 การแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งแสดงออกมาเป็นนัย โดยใช้สัญลักษณ์ที่คล้าย กับเหตุการณ์ที่ทำให้จิตใจบอบช้ำ

3. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะไปกระตุ้น หรือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น ซึ่ง

แสดงรายละเอียด 1 ข้อ หรือ 2 ข้อ ดังนี้

3.1 หลีกเลียง หรือพยายามหลีกเลียงความทรงจำ ความคิด หรือความรู้สึกที่เจ็บปวดที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3.2 หลีกเลียง หรือพยายามหลีกเลียงสิ่งที่คอยเตือนความจำ เช่น บุคคล สถานที่ การพูดคุย การกระทำ สิ่งของ สถานการณ์ที่มากระตุ้นความทรงจำ ความคิด และความรู้สึกที่เจ็บปวดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4. มีการเปลี่ยนแปลงที่ลบด้านความจำ และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ จะแย่งหลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป

4.1 ไม่สามารถที่จะจดจำในประเด็นที่สำคัญของเหตุการณ์ (เนื่องจากภาวะสูญเสียความทรงจำ)

4.2 แสดงความเชื่อ หรือความคาดหวังด้านลบเกินจริงอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น หรือโลก เช่น “ฉันเป็นคนไม่ดี” “ไม่มีใครที่สามารถไว้วางใจได้” “โลกนี้อันตรายมาก” “ระบบประสาททั้งหมดของฉันถูกทำลายอย่างสิ้นเชิง”

4.3 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ หรือผลของเหตุการณ์ถูกบิดเบือนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การตำหนิตนเอง หรือบุคคลอื่น

4.4 มีอารมณ์ด้านลบอย่างต่อเนื่อง เช่น หวาดกลัว โกรธ สำนึกผิด หรือละอาย

4.5 มีความสนใจ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

4.6 มีความรู้สึกวางเฉย และห่างเหินกับบุคคลอื่น

4.7 ไม่สามารถที่จะมีอารมณ์ด้านบวก เช่น ไม่สามารถที่จะมีความสุข ความพึงพอใจ หรือความรู้สึกรัก

5. ความตื่นตัว หรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ จะแย่งหลังเหตุการณ์สะเทือนใจเกิดขึ้น โดยแสดงตั้งแต่ 2 เหตุการณ์ขึ้นไป

5.1 มีพฤติกรรมไม่โง่งาย และระบืออารมณ์โกรธกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือเรื่องที่ไม่ควรโมโห โดยใช้คำพูดก้าวร้าว หรือแสดงความก้าวร้าวต่อร่างกาย บุคคลอื่น หรือสิ่งของ

5.2 สะเพร่า หรือมีพฤติกรรมทำลายตนเอง

5.3 ระมัดระวังตัวสูงกว่าปกติ

5.4 ตอบสนองโดยการสะดุ้งเกินจริง

5.5 ขาดสมาธิ

5.6 มีปัญหาด้านการนอน เช่น นอนหลับยาก หรือนอนหลับตลอดเวลา หรือกระสับกระส่ายขณะหลับ

6. ระยะเวลาที่เกิดอาการ (ตามข้อ 2, 3, 4, และ 5) มีอาการมากกว่า 1 เดือน

7. อาการดังกล่าวจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวด หรือมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ หรือการปฏิบัติหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ในชีวิต

ข้อสังเกต ถ้าอาการแสดงล่าช้า: เกณฑ์ในการวินิจฉัยสมบูรณ์แบบ จะพบหลังจากเหตุการณ์เกิดแล้ว 6 เดือน (ถึงแม้ว่าจะมีอาการแสดงบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว)

3.3 Adjustment Disorder

ความหมาย

เป็นภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากมีความเครียด จนมีปัญหาในด้านการปรับตัว ทำให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพ การเรียน การเข้าสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สามารถพบได้บ่อย และพบได้ในบุคคลทุกอายุ

อาการ Adjustment Disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 151-152) มีดังนี้

1. มีอาการด้านอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ทำให้เกิดความเครียดขึ้นภายใน 3 เดือน หลังจากเริ่มเกิดเหตุการณ์ขึ้น
2. อาการหรือพฤติกรรมเหล่านี้มีนัยสำคัญทางการแพทย์ โดยมีข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้งสองข้อ ดังนี้
 - 2.1 มีความรู้สึกทรมานอย่างมาก เกินกว่าที่ควรจะเป็น
 - 2.2 มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตในสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ในชีวิต
3. ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการจะไม่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางด้านจิตชนิดอื่น
4. เมื่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด หรือผลของความเครียดได้รับการรักษาแล้ว อาการจะอยู่คงต่อไปอีกไม่เกิน 6 เดือน

ชนิดของโรคในกลุ่ม Adjustment Disorders แบ่งตามอาการที่แสดงออกมา ได้แก่

1. มีอาการร่วมกับอารมณ์เศร้า หรือสิ้นหวัง
2. มีอาการร่วมกับความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะรู้สึกกังวล ตื่นเต้น อยู่ไม่นิ่ง หรือในเด็ก จะมีความกลัวการพลัดพรากจากผู้เลี้ยงดู
3. มีอาการร่วมกับอารมณ์ผสมทั้งวิตกกังวล และอารมณ์เศร้า
4. มีอาการร่วมกับความประพฤติดีผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมละเมิดสิทธิของผู้อื่น ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสังคม เช่น ชกต่อย ทำลายสิ่งของสาธารณะ หนีโรงเรียน
5. มีอาการร่วมกับอารมณ์ผสมและความประพฤติดีผิดปกติ โดยผู้ป่วยมีทั้งอารมณ์เศร้า ความวิตกกังวล และความประพฤติดีผิดปกติ

ระบาดวิทยา (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2555, น. 268)

พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 2 : 1 พบในกลุ่มที่ไม่ได้แต่งงาน และในกลุ่มวัยรุ่น โดยในวัยรุ่นจะพบในรูปของการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง โดยอัตราส่วนวัยรุ่นชายใกล้เคียงกับวัยรุ่นหญิง

ในวัยรุ่น ปัญหาที่กระตุ้นให้เกิดบ่อย คือ ปัญหาที่โรงเรียน บิดามารดาทอดทิ้งไม่ใส่ใจ การหย่าร้างของบิดามารดา ปัญหาสุขภาพจิต

ในผู้ใหญ่ ปัญหาที่กระตุ้นให้เกิดบ่อย คือ ปัญหาสมรส การหย่าร้าง การย้ายที่อยู่อาศัย และปัญหาเศรษฐกิจ

การดำเนินโรค

อาการมีตั้งแต่ 2-3 วัน เป็นสัปดาห์ แต่จะไม่เกิน 6 เดือน การพยากรณ์โรคจะดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติเหมือนเดิม แต่ถ้ามีอาการต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือใช้สารเสพติดได้ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น

การรักษา (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2555, น. 271-272)

1. จัดบำบัดแบบประคับประคอง โดยการหาสาเหตุที่แท้จริง ประเมินระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาที่เป็นต้นเหตุ ให้คำแนะนำวิธีการแก้ปัญหา สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ส่งเสริมการสร้างกำลังใจ และความมั่นใจ

อาจใช้ร่วมกับวิธีการบำบัดอื่น เช่น Family therapy, Relaxation technique, Self-help group, Behavioral therapy เป็นต้น

2. การรักษาด้วยยา ให้ยาตามอาการ เช่น ยาลดความกังวล ยาลดอาการซึมเศร้า

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014, p. 87; สาธกา พิมพ์รุณ และศิริลักษณ์ เวชการวิทยา, 2561, น. 365-371)

1. วางแผนกิจกรรมไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากรับรู้เหตุการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริง
2. วิตกกังวล เนื่องจากพบสถานการณ์วิกฤตของชีวิต
3. มีแนวโน้มเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ

4. การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีภาวะเปราะบาง

5. เอกลักษณ์ส่วนบุคคลถูกรบกวน เนื่องจากพบสถานการณ์วิกฤตของชีวิต

6. มีอาการเครียดหลังจากเหตุการณ์สะเทือนใจ เนื่องจากเผชิญเหตุการณ์ภัยพิบัติ

7. แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้

8. เสี่ยงต่อการอยู่โดดเดี่ยว: ปัจจัยเสี่ยง คือ ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพราะกลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้

9. เสี่ยงต่อการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ: ปัจจัยเสี่ยง คือ ขาดทักษะการเผชิญปัญหา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรค Phobia disorder (specific) ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014, p. 90)

1. เผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกลัว เนื่องจากมีความกลัวต่อสถานการณ์ หรือวัตถุ
2. บกพร่องในการดำเนินชีวิต เนื่องจากวิตกกังวลในการเผชิญหน้ากับสิ่งที่ไม่รู้จัก หรือรู้ว่าจะต้องไปเผชิญกับอะไร
3. ขาดการยืดหยุ่นให้กับตนเอง เนื่องจากมีความผิดปกติด้านจิตใจ
4. ขาดความเข้มแข็งด้านจิตใจ เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งที่ทำให้รู้สึกกลัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรค Obsessive compulsive disorders ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014, p. 84)

1. ขาดประสิทธิภาพในการวางแผนกิจกรรม เนื่องจากการรับรู้ต่อเหตุการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริง
2. วิตกกังวล เนื่องจากความคิดรบกวนเกี่ยวกับตนเองถูกคุกคาม
3. การกระทำไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความวิตกกังวล
4. มีแนวโน้มเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากขาดความเข้าใจต่อการย้าคิดย้าทำ
5. ควบคุมตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีความคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่ขาดเหตุผล
6. บกพร่องในการยืดหยุ่นให้กับตนเอง เนื่องจากมีความผิดปกติด้านจิตใจ
7. เสี่ยงต่อการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ: ปัจจัยเสี่ยง คือ ไม่สามารถควบคุมความคิด หรือการกระทำซ้ำ ๆ ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรค Adjustment disorder ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014, p. 20)

1. วิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถเผชิญปัญหาต่อความเครียดด้านจิตใจ
2. เสี่ยงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองบกพร่อง
3. เอกลักษณะส่วนบุคคลถูกรบกวน เนื่องจากมีความเครียดด้านจิตใจ
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการปรับตัว
5. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง เนื่องจากขาดเพื่อน หรือบุคคลที่มีความสำคัญ

การปฏิบัติทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและความเครียดผิดปกติ มีดังนี้

1. สังเกตการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย และส่งเสริมให้มีสุขภาพดี
2. ใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ รวมทั้งประเมินความชัดเจนด้านคำพูด การใช้ภาษา ท่าทาง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ใช้การเล่น เพื่อเพิ่มทักษะสังคม
3. จัดตั้งกลุ่ม เพื่อให้เกิดความช่วยเหลือระหว่างสมาชิก
4. กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ
5. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดความเครียด
6. ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตอบ
7. ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบใช้และไม่ใช้คำพูด การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การฟังอย่างตั้งใจ การเผชิญหน้า เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวให้แสดงอารมณ์ของตนเอง อย่างอิสระ เช่น ความเศร้า การสำนึกผิด และความโกรธ
8. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการตั้งจุดมุ่งหมายที่เป็นจริง การมีทักษะส่วนบุคคล และความรู้
9. ให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมตามความสามารถทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ทำงานฝีมือ รับประทานอาหารนอกบ้าน ออกกำลังกาย เล่นเกมส์
10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีประโยชน์
11. ส่งเสริมทักษะด้านการรู้คิด เพื่อใช้ในการตัดสินใจ
12. ส่งเสริมการทำสมาธิ เพื่อให้เกิดความใส่ใจ และตระหนักรู้ตนเอง
13. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มองโลกในแง่ดี
14. แสดงความเห็นอกเห็นใจในการส่งเสริมผู้ป่วยให้เข้าใจว่า อาการวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติ
15. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และเหมาะกับการพักผ่อน
16. ประเมินระดับความวิตกกังวลและปฏิกิริยาของร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ การแสดงความวิตกกังวลโดยไม่ใช้คำพูด
17. ช่วยค้นหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล
18. ใช้การสัมผัสเพื่อการบำบัด และเทคนิคการสัมผัสเพื่อให้รู้สึกดีขึ้น

การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค Phobia disorders

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อย สะอาด และปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
3. ร่วมประเมินปัญหา และให้ผู้ป่วยหาแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเอง
4. หลีกเลี่ยงวิธีการหาเหตุผลมาอธิบาย และบังคับให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค Obsessive-Compulsive Disorders

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยไว้วางใจ
2. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมย้ำทำ โดยไม่ตำหนิ หรือห้ามปรามผู้ป่วย

3. ยอมรับ และแสดงความเข้าใจผู้ป่วยที่ต้องทำกิจกรรมซ้ำ ๆ
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ การเล่นเกมส์ การสนทนาการกับผู้อื่น
5. จัดตารางกิจกรรมให้ผู้ป่วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค Post Traumatic Stress Disorder และ Acute Stress Disorder

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ สร้างความไว้วางใจ ความปลอดภัย และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เรียบร้อย และมีความปลอดภัยให้ผู้ป่วย
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาส และกล้าแสดงความรู้สึกออกมา
4. จัดให้มีพยาบาลอยู่กับผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

4. ความผิดปกติทางกายที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล (Somatic Symptoms related Anxiety Disorders)

4.1 Somatic Symptom Disorder หรือ Somatization Disorder

ความหมาย

ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีอาการผิดปกติทางกายหลายรูปแบบ และเกิดกับอวัยวะหลายระบบ จึงต้องมาพบแพทย์เป็นประจำ โดยที่แพทย์ก็ไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติดังกล่าว หรืออาจพบความผิดปกติบ้าง แต่ไม่เป็นสาเหตุมากพอที่จะทำให้เกิดอาการเหล่านั้นได้ อาการของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากการตั้งใจหรือแสร้งทำ การดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง อาการขึ้น ๆ ลง ๆ แต่ไม่หายสนิท ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง อายุไม่เกิน 30 ปี อาการเป็นมากขึ้นเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือความเครียด ผู้ป่วยจะกังวลมากกับอาการที่เกิดขึ้น แต่ไม่สนใจว่าคุณเองป่วยด้วยโรคอะไร

อาการ Somatic Symptom Disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association 2013, p. 161) ดังนี้

1. อาการทางกายตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ซึ่งทำให้ไม่มีความสุข และจะไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. มี ความรู้สึกกังวลที่มากเกินไปกับอาการทางกาย หรือความกังวลด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ความคิดที่ต่อเนื่องเกี่ยวกับอาการของตนเองอย่างจริงจัง
 - 2.2 มีความวิตกกังวลในระดับสูงเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 2.3 ใช้เวลาอย่างมากและจดจ่อกับอาการ หรือความกังวลด้านสุขภาพ

3. ถึงแม้ว่าอาการทางกายจะไม่ปรากฏอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าการ
ยังคงอยู่ ปกติพบมากกว่า 6 เดือน

ระบาดวิทยา (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 198)

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2-20 เท่า ผู้ป่วยมักมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น
โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า มักมีบุคลิกภาพแบบ Dependent, Self-centered และต้องการควบคุม
ผู้อื่นให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการ (Manipulation)

การรักษา (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 200)

1. จิตบำบัดชนิด Cognitive behavior therapy (CBT) ควรมุ่งความสนใจให้
ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกและพูดปัญหาในชีวิต ความต้องการด้านจิตใจมากกว่าใช้เวลาในการรับฟัง
รายละเอียดของอาการด้านร่างกาย
2. ยารักษาอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า แต่ปกติผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือใน
การรับประทานยา ดังนั้นจึงต้องดูแลเรื่องการรับประทานยา

4.2 Conversion disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)

ความหมาย

เดิมจัดอยู่ในกลุ่มโรคประสาท (Neurosis) เรียกว่า โรคนิสที่เรื้อรัง (Hysterical neurosis)
Conversion disorder เป็นกลุ่มโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางกาย โดยผู้ป่วยไม่ได้แกล้งทำ
(Malingering) หรือจงใจให้เกิดอาการ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 200)

อาการ Conversion disorder มีดังนี้ (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 200)

1. อาการด้านประสาทสัมผัส (sensory symptoms) แสดงออกโดยมีอาการชา มัก
ไม่เข้ากับอาการชาที่เกิดจากโรคทางระบบประสาท แต่จะสะท้อนถึงความหมายในจิตใจ เช่น ชาครึ่ง
ซีก ก็จะครึ่งซีกพอดี ไม่เป็นไปตามการกระจายของเส้นประสาท
2. อาการด้านการเคลื่อนไหว (motor symptoms) แสดงออกโดยมีการเคลื่อนไหว
ผิดปกติ เช่น โยกตัวเอนไปมา เดินกระตุก แขนขาไม่มีแรง ฯลฯ ผู้ป่วยมักไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้ม หรือ
ถ้าหกล้มก็เจ็บไม่มาก เพราะผู้ป่วยมักล้มในแบบที่ทำให้ตนเองบาดเจ็บน้อย
3. อาการชัก (seizure symptoms) ผู้ป่วยมีอาการชักแบบดินสอพะปะสะปะ และมัก
รู้สึกตัวดีระหว่างการชัก ผู้ป่วยมักไม่มีการบาดเจ็บจากการชัก
4. อาการผิดปกติของการรับสัมผัสพิเศษ (special sense) เช่น ตามองไม่เห็น
(blindness) หูไม่ได้ยินเสียง (deafness) พูดไม่มีเสียง (aphonia) จมูกไม่ได้กลิ่น (anosmia) การ
ตรวจจะไม่พบความผิดปกติของอวัยวะดังกล่าว

อาการ Conversion disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association 2013, p. 163) ดังนี้

1. มีอาการตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป เป็นการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นในระบบการเคลื่อนไหว หรือการสัมผัส เช่น หูหนวก (deafness) ตาบอด (blindness) อัมพาต (paralysis) หรือชัก (seizures)
2. อาการทางคลินิกพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างอาการทางระบบประสาทกับอาการเจ็บป่วยทางกาย แต่จะสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากมีความเครียดทางจิตใจ
3. สาเหตุของอาการมาจากสภาวะทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือการทำหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ในชีวิต

ระบาดวิทยา (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 203)

พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 2-10 : 1 ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบมากในสังคมกำลังพัฒนา

การรักษา (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 205)

1. จิตบำบัด แบบประคับประคอง หรือจิตบำบัดระยะสั้น
2. การทำพฤติกรรมบำบัด และสิ่งแวดล้อมบำบัด
3. การรักษาด้วยยา เพื่อลดอาการของโรคที่ไปขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน
 - 3.1 Anti-depressants เพื่อลดอารมณ์เศร้าในรายที่มีอารมณ์เศร้าย่วมด้วย
 - 3.2 Anti-anxiety drugs เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจถึงปัญหา และพร้อมให้ความร่วมมือแก้ปัญหาในการบำบัดรักษาอื่น ๆ ต่อไป

4.3 Illness Anxiety Disorder หรือ Hypochondriasis

ความหมาย

ผู้ป่วยจะหมกมุ่น และกลัวว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคร้ายแรง เนื่องจากรู้สึกว่าจะป่วยภายในร่างกายทำงานผิดปกติไปจากเดิม มักมีอาการนานหลายเดือน หรือหลายปี โดยจะมีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีประวัติไปรับการรักษากับแพทย์หลายคน (doctor shopping) และมักบอกว่าไม่เคยได้รับการรักษาที่เหมาะสม

อาการ Illness Anxiety Disorder ตาม DSM 5 (American Psychiatric Association 2013, p. 162) ดังนี้

1. ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดว่าตนเองเป็นโรคที่ร้ายแรง
2. ไม่พบอาการทางกาย หรือถ้ามีอาการ ก็เพียงมีอาการเล็กน้อย
3. มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับสุขภาพ และผู้ป่วยไวต่อสัญญาณเตือนเกี่ยวกับภาวะ

สุขภาพของตนเอง

4. ผู้ป่วยปฏิบัติต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากเกินไป เช่น การตรวจเช็คอาการซ้ำ ๆ เกี่ยวกับอาการของโรค หรือหลีกเลี่ยงที่แสดงว่ามีการปรับตัวไม่ถูกต้อง เช่น หลีกเลี่ยงการนัดของแพทย์

5. การหมกมุ่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จะแสดงให้เห็นอย่างน้อย 6 เดือน

ระบาดวิทยา (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 205)

พบในเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน และพบในช่วงอายุ 20-30 ปี

การรักษา (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2555, น. 208)

ใช้จิตบำบัดกลุ่ม จะช่วยให้ปรับตัวเข้ากับโรคได้ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

1. ควรนัดผู้ป่วยมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ ไม่นัดห่างมาก เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกละทิ้ง และควรหลีกเลี่ยงการตรวจพิเศษที่ไม่จำเป็น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยโรค Somatization disorder ตาม NANDA nursing diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014, p. 107)

1. วิตกกังวล เนื่องจากมีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางร่างกาย
2. บกพร่องในการเผชิญปัญหา เนื่องจากขาดการยอมรับ และมีความขัดแย้งเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
3. มีอาการแสดงผิดปกติทางร่างกาย เนื่องจากความเครียดทางจิตใจมาแสดงอาการออกทางร่างกาย
4. คลื่นไส้ เนื่องจากมีความวิตกกังวล
5. อาการปวดเรื้อรัง เนื่องจากมีการเก็บกดของความโกรธ ความผิดปกติของร่างกาย ความซึมเศร้า
6. ขาดการยึดหยุ่นให้กับตนเอง เนื่องจากมีความผิดปกติด้านจิตใจ

การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค Somatic Symptom Disorder หรือ Somatization Disorder

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย
2. แสดงท่าทีที่อ่อนโยน เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย
3. หันเหความสนใจผู้ป่วย โดยชักชวนการเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด
4. ดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเสมอต้นเสมอปลาย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความต้องการของตนเอง และปัญหาที่มี

การประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation)

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวิตกกังวลลดลง

2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมอย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยมีวิธีเผชิญปัญหาเหมาะสม
4. ผู้ป่วยมีสุขอนามัย และการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ โดยได้รับความ

ช่วยเหลือ หรือกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อย

5. ผู้ป่วยมีสีหน้าที่แสดงถึงความสบายใจ และมีความสุข
6. ผู้ป่วยสนใจในสิ่งแวดล้อม และร่วมมือทำกิจกรรมมากขึ้น

บทสรุป

ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล และความเครียดผิดปกติ ซึ่งแสดงอาการออกมาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้ชีวิตในสังคมซึ่งสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต อาการดังกล่าวจะสามารถทุเลาหรือดีขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค และต้องได้รับความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด การใช้กระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล และความเครียดผิดปกติ จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2555). Somatoform Disorders. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 196-214),
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2555). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 174-194).
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธการ พิมพ์รุณ. (2561). การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ. (Nursing Care for Persons with Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and Trauma and Stressor Related Disorders). ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 269-290). สแกนอาร์ต จำกัด.

เสาวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช : Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 2).

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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.

Morgan, K. I. & Townsend, M. C. (2021). *Davis advantage for Psychiatric mental health nursing* (10th ed.). F.A. Davis Company.

Varcarolis, E. M., Fosbre, C. D. (2021). *Essentials of psychiatric-mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (4th ed.). Elsevier.