

การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางการกิน (Nursing Care for Eating Disorders)



Surang Cherwanitchakorn

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

Eating disorder

พฤติกรรมที่มีความ
ผิดปกติด้านการ
รับประทานอาหาร

: มีน้ำหนักมาก หรือ
น้อยกว่าปกติอย่าง
ชัดเจน

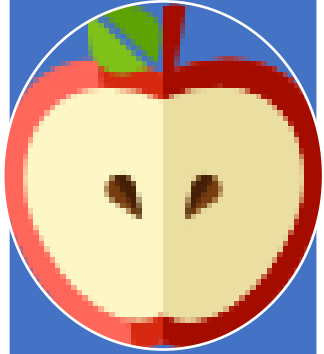
: มีผลกระทบต่อ
สุขภาพจนอาจทำให้
เสียชีวิตได้

: เป็นโรคที่มีอัตราการ
เสียชีวิตสูงที่สุดของ
โรคทางจิตเวช

ภาวะผิดปกติ
ทางการกิน
(Eating
Disorder) ที่พบ
ในผู้ป่วยจิตเวช
สามารถจัดเข้า
อยู่ในกลุ่มโรค
ด้านจิตเวชตาม
DSM5 (2013)

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

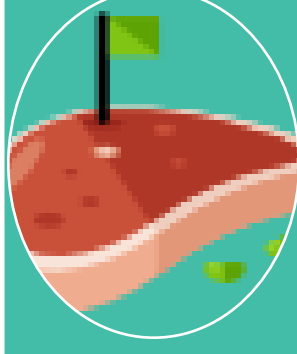
1. Anorexia Nervosa



ภาวะการ
กินผิดปกติ
ที่มีผล
คุกคามต่อ
ชีวิต



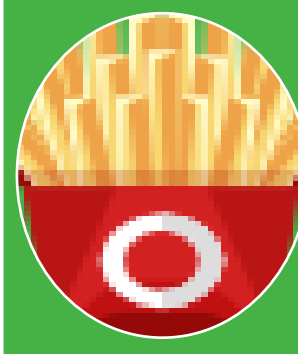
การปฏิเสธ
อาหารเพื่อ
ดำรงไว้ซึ่ง
น้ำหนักที่
เหมาะสม
ตามเกณฑ์
ของอายุ



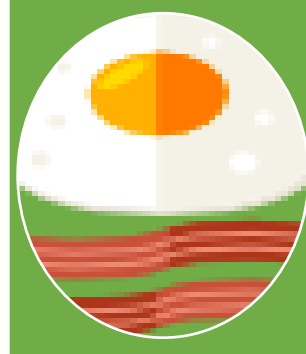
มี
น้ำหนัก
ลดลง
อย่าง
รุนแรง



มีความ
กลัวมาก
ต่อการมี
น้ำหนักตัว
เพิ่มขึ้น
และอ้วน
ขึ้น



อาการมัก
เริ่มในช่วง
วัยรุ่น
ตอนต้น

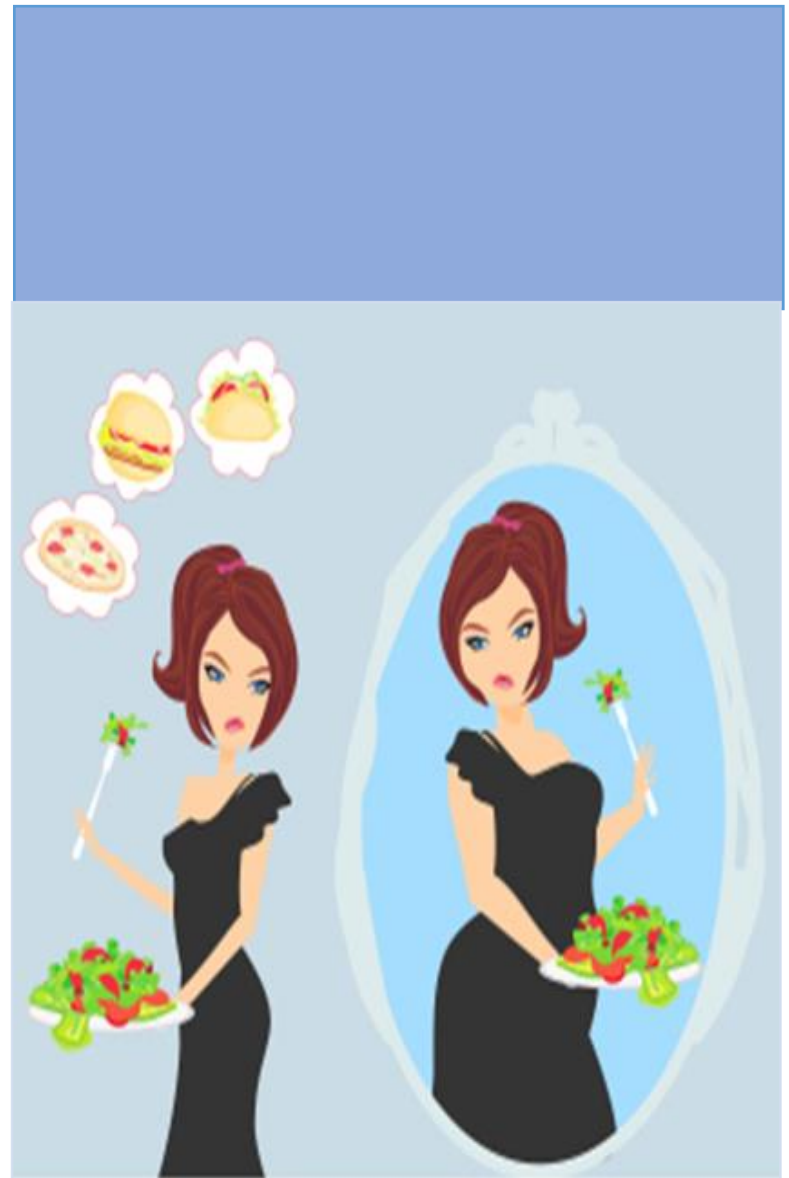


จะมีอัตรา
การ
เสียชีวิต
สูงสุดใน
กลุ่มผู้ป่วย
จิตเวชที่
เป็นวัยรุ่น



ผู้ป่วย Anorexia Nervosa จะ เพิกเฉยต่อ

- ความอยากรับประทานอาหาร
- ความหิว
- อาการอ่อนแรง และความ
อ่อนเพลียของร่างกาย
- ปกติจะออกกำลังกายอย่าง
หักโหมวันละหลาย ๆ ชั่วโมง



Anorexia nervosa แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. Restricting คือ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา

❖ ผู้ป่วยควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย

❖ ไม่มีพฤติกรรม Binge eating

❖ ไม่ใช่ พฤติกรรม Purging (ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนทวารหนัก)

2. Binge eating/ Purging คือ ใน 3 เดือนที่ผ่านมา

❖ ผู้ป่วยมี Binge eating หรือ พฤติกรรม Purging (ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนทวารหนัก)

ระบาดวิทยา

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบความชุกร้อยละ 13 ในเพศหญิง และ 1-2 ในเพศชาย

- จากสถิติผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- เฉลี่ย 6 คนต่อปี (2534-2543)
- เฉลี่ย 10-15 คนต่อปี (2544-2553)
- ส่วนใหญ่พบอยู่ระหว่าง 14-16 ปี แต่อาจพบอายุน้อยกว่านี้ได้ พบในเพศหญิง ประมาณ 10 เท่าของเพศชาย

สาเหตุ

1. ปัจจัยชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม เพศหญิงพบมากกว่าในเพศชาย
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่
 - ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ อิทธิพลจากเพื่อน ความไม่พึงพอใจรูปร่างของตนเอง
 - สื่อมวลชน โทรทัศน์ นิตยสาร แฟชั่น
 - วัฒนธรรมที่เน้นการให้ค่ากับรูปร่างมาก ทำให้มีอิทธิพลต่อค่านิยมเรื่องรูปร่าง และมีผลต่อการเกิดโรค

การวินิจฉัยโรค ตามเกณฑ์ DSM-5 (2013) มีดังนี้

1. มีการจำกัดการนำเข้าของพลังงานที่ร่างกายต้องการ ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ของอายุ เพศ ระดับพัฒนาการ และสุขภาพของร่างกาย
2. กลัวมากที่มีน้ำหนักตัวเพิ่ม หรือมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในการเข้าไปแทรกแซงการเพิ่มของน้ำหนัก ถึงแม้จะมีน้ำหนักตัวน้อยอยู่แล้ว
3. ขาดการตระหนักรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรุนแรงของน้ำหนักตัวที่น้อยในปัจจุบัน

การกำหนดระดับความรุนแรงของอาการ (BMI ปกติ 18.5-22.90 Kg/ m²)

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

กระบวนการพยาบาลผู้มีภาวะ Anorexia Nervosa

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ผู้ที่มีภาวะ Anorexia Nervosa ตาม NANDA

Nursing Diagnosis

1. ไม่อดทนต่อการทำกิจกรรม เนื่องจากอ่อนเพลีย และไม่แข็งแรง
2. รูปลักษณ์ร่างกายถูกรบกวน เนื่องจากความเข้าใจผิดของรูปร่างหน้าตาที่เป็นจริง
3. ท้องผูก เนื่องจากรับประทานอาหารที่มีกากใย และน้ำไม่พอเพียง
4. การเผชิญปัญหา เนื่องจากมีความบกพร่องด้านจิต รูปแบบการรับประทานผิดปกติ
5. การเผชิญปัญหาด้านครอบครัวห่อหุ้มความสามารถ เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบครึ่ง ๆ กลาง ๆ
6. การปฏิเสธไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความกลัวผลการรักษา ทำให้มีน้ำหนักเพิ่ม
7. ท้องเสีย เนื่องจากการใช้ยาระบาย
8. กระบวนการครอบครัวถูกรบกวน เนื่องสถานการณ์วิกฤติ

ปฏิบัติการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะ Anorexia Nervosa ตาม NANDA Nursing Diagnosis

1. สังเกตอาการแสดง เช่น คลื่นไส้ ชีต ทุรนง การมองเห็นแสงหรือ ความพร่องด้านความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของ vital signs และความดันโลหิตในท่านอน
2. สอนผู้ป่วยให้หยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที และรายงานผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพทราบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ การเพิ่มขึ้นของอาการรู้สึกไม่สบาย รู้สึกแน่นบริเวณหน้าอก หลัง คอ ขากรรไกร ใหญ่ และแขน อัตราเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ทุรนง อ่อนแรง อ่อนเพลียมาก หายใจเอื้อง
3. ส่งตัวให้นักโภชนาการ เพื่อประเมินความต้องการด้านโภชนาการ เนื่องจากความไม่ทนทานต่อการทำกิจกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหาร ให้อาหารเหลวทางสายอาหาร
4. ตระหนักถึงภาวะทุพโภชนาการที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียมวลของร่างกาย
5. ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มการทำกิจกรรมอย่างช้า ๆ
6. ประเมินการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย และเพื่อให้ทราบปัญหาของอาการท้องผูก

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีภาวะ Anorexia Nervosa (ต่อ)

7. ให้รับประทานไฟเบอร์ 18-25 กรัมต่อวัน และแนะนำอาหารที่มีไฟเบอร์สูง เช่น พรุณ ผักใบเขียว ขนมปังโฮลวีต
8. ประเมินความเป็นไปได้ของอาการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวเพื่อการป้องกันอาการซึมเศร้า การให้ความสนใจตนเองมากเกินไป มองโลกแง่ลบ และการวิตกกังวล
9. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวต่อความเจ็บป่วย การรักษา และผลลัพธ์ของความคาดหวัง
10. ช่วยผู้ป่วยในการหาตัวเลือกในการรักษา และให้ผู้ป่วยได้เข้าไปร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
11. พัฒนาความไว้วางใจสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย และครอบครัว
12. สนับสนุนการเผชิญปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
13. สังเกต และรายงานอาการของการติดเชื่อ เช่น อาการตัวแดง ตัวอุ่น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น
14. ประเมินหน้าที่ด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ
15. ควรพิจารณาการนำเสนออาหารที่มีแคลอรีสูง และให้รับประทานขนมบ่อยครั้ง

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะ Anorexia Nervosa ตาม NANDA Nursing Diagnosis

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เหมาะสม เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ การดูแลความคงที่ของจังหวะและกราฟ EKG ที่แสดง ST segment ให้อยู่ในระดับปกติ
2. แสดงการเพิ่มความคงทนของการทำกิจกรรม
3. ดูแลการให้ยับถ่ายอุจจาระทุก 1-3 วัน โดยไม่มีความไม่สบายของอาการท้องผูก ระบุมาตรการในการป้องกัน หรือการรักษาอาการท้องผูก
4. ยอมรับและแสดงความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง
5. ค้นหาความสนใจการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อมีความต้องการ
6. การแสดงกลไกการปรับตัวด้านการเผชิญปัญหาที่แตกต่างจากเดิม
7. แสดงความรู้ด้านกายวิภาคเกี่ยวกับเพศ และการทำหน้าที่
8. ความสนใจการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อมีความต้องการ
9. ไม่มีอาการแสดงถึงการติดเชื่อ ในช่วงระหว่างที่ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลสุขภาพ
10. บอกความหมาย และเป้าหมายในชีวิต
11. แสดงความรู้สึกถึงความหวังในอนาคต
12. แสดงการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง
13. เสนอโอกาสให้วัยรุ่นได้มีการสะท้อน และเล่าเรื่องราวเพื่อแสดงออกถึงจิตวิญญาณของตนเอง

Bulimia nervosa

ภาวะการกินที่ผิดปกติของบุคคล โดยเป็นการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ของการกินไม่หยุด ถึงแม้จะไม่หิวก็กินมาก (Binge eating) หลังจากนั้นผู้ป่วยจะล้างคอตนเอง เพื่อให้อาเจียน หรือใช้ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ ยาสวนทวารหนัก หรือใช้วิธีอดอาหาร หรือออกกำลังกายอย่างหักโหมมาก อาการมักเริ่มในวัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยผู้ใหญ่

ผู้ป่วย Bulimia Nervosa ปกติจะมีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วงปกติ แต่มีบางคนที่น้ำหนักน้อยเกินเกณฑ์ การที่ผู้ป่วยทำให้ตนเองมีการอาเจียนบ่อยครั้ง จะทำให้สารเคลือบฟันถูกทำลาย ฟันผุ ฟันบิ่น

มุมมองทางทันตกรรมในผู้ป่วยบูลิเมีย เนอร์โวซา:

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Dental Perspective of Bulimia Nervosa Patient: A Case Report

ภูริศา อัมพาส¹, สุวรรณิ ดวงรัตน์²

¹โรงพยาบาลสันต์ จ.อุดรธานี

²สาขาทันตกรรมทั่วไป ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอุบัติการณ์และความชุกของความผิดปกติในการรับประทานอาหารชนิดบูลิเมีย เนอร์โวซามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติในการรับประทานอาหารนี้พบมากในกลุ่มวัยรุ่น สาเหตุของการเกิดความผิดปกตินี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีรายงานถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกตินี้ทั้งจากพันธุกรรม วัฒนธรรม และสภาพจิตใจ ทันตแพทย์มักเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนแรกที่พบความผิดปกตินี้ เนื่องจากอาการแสดงที่สำคัญและเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือการสูญเสียเนื้อฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ หากทันตแพทย์สามารถตระหนักถึงอาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวินิจฉัยในระยะแรกและการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้

Abstract

The incidence and prevalence rates of eating disorder especially bulimia nervosa appear to be increasing overtime. Eating disorders are seen mainly in adolescents or young patients. The etiology of the eating disorders is unknown, but genetic, cultural and psychiatric factors appear to play a role. The dental practitioner is potentially the first healthcare worker to meet the patient and should recognize early signs of tooth substance loss and alert the patient to confront the problem. Early diagnosis, referral and intervention significantly decrease the risk of developing these associated medical complications.



รูปที่ 1 ลักษณะสบเปิดปลอมของผู้ป่วย เนื่องจากฟันตัดบนสึก

Figure 1 Pseudo open bite of patient due to dental erosion of upper central incisors.



รูปที่ 3 แสดงการสึกกร่อนของฟันทางด้านบดเคี้ยวบริเวณฟันกรามล่าง

Figure 3 dental erosion of occlusal surfaces of

สรุป

ปัจจุบันในยุคของบริโภคนิยม ภาพลักษณ์ภายนอกกลายเป็นสิ่งสำคัญ เด็กวัยรุ่นมีค่านิยมอยากมีรูปร่างที่ผอมบางเหมือนดารา นางแบบ โอกาสที่ทันตแพทย์จะพบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารมีมากขึ้น รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับประทานอาหารชนิดบูลิเมียเนอร์โวซา การวินิจฉัยอาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทันตแพทย์ตระหนักถึงความผิดปกตินี้ และสามารถบูรณาการการรักษาทางการแพทย์และทางทันตกรรม โดยควรให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบและมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาช่องปากของตนเองอย่างแท้จริง

ระบาดวิทยา

- การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบความชุกร้อยละ 1.5 ในเพศหญิงและ 0.5 ในเพศชาย

จากสถิติผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลรามารินทร์ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

- เฉลี่ย 2 คนต่อปี (ปีพ.ศ. 2534-2543)
- เฉลี่ย 10-15 คนต่อปี (ปีพ.ศ. 2544-2553)



สาเหตุ

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

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (2013) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) ดังนี้

1. มีการกลับมา
ซ้ำ ๆ ของอาการ
กินไม่หยุด ไม่หิว
ก็กินมาก (binge
eating) ซึ่ง
อาการกินไม่หยุด
มีลักษณะ ดังนี้

- 1.1 การกิน ในช่วงเวลาที่แยกกันโดย
สิ้นเชิง (เช่น ภายในช่วงเวลา 2 ชั่วโมง)
จำนวนของอาหารที่มีมากกว่าคนทั่วไปจะ
กินในช่วงเวลาที่คล้าย ๆ กัน ภายใต้
สถานการณ์ที่คล้ายกัน
- 1.2 ความรู้สึกของการขาดการควบคุม
ด้านการกิน (เช่น ความรู้สึกที่ไม่สามารถ
หยุดการกิน หรือควบคุมจำนวนอาหารที่
คน ๆ หนึ่งจะกิน)

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (2013) (ต่อ)

2. การทำซ้ำของพฤติกรรม Purging behavior ต่อการป้องกันการเพิ่มของน้ำหนักตัว เช่น การกระตุ้นตนเองให้อาเจียน การใช้ยาระบายไม่ถูกต้อง การใช้ยาขับปัสสาวะ หรือยาชนิดอื่น การอดอาหาร หรือการออกกำลังกายมากเกินไป

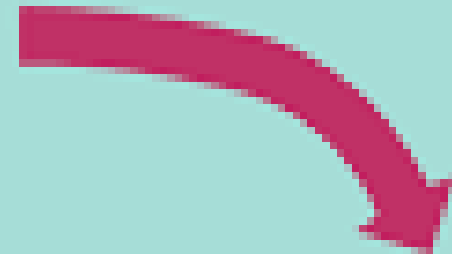
3. Binge eating และ Purging behavior เกิดขึ้นด้วยกัน โดยเฉลี่ยเกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน

4. การประเมินตนเองที่มีอิทธิพลมากเกินไปจากรูปร่างและน้ำหนัก





SELF-INDUCED VOMITING



COMPULSIVE EATING

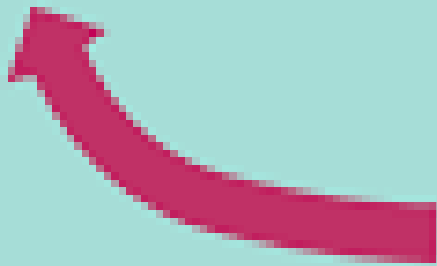


SELF-INDUCED VOMITING



COMPULSIVE EATING

BULIMIA
(symptoms)



การรักษา

1. Cognitive-Behavior therapy (CBT) โดยการเปลี่ยนความคิด และการกระทำเกี่ยวกับอาหาร โดยให้ความสนใจไปรบกวนวงจรของการควบคุมอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก

2. ยารักษาด้านจิตเวช

Anti-depressant ได้แก่

Amitriptyline (Elavil)

Fluoxetine (Prozac)

Imipramine (Tofranil)

Phenelzine (Nardil)

กระบวนการพยาบาลผู้มีภาวะ Bulimia Nervosa

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะ Bulimia Nervosa ตาม NANDA Nursing Diagnosis

1. ภาพลักษณ์ถูกรบกวน เนื่องจากการรับรู้ผิดเกี่ยวกับน้ำหนักที่แท้จริงของร่างกาย
2. การเผชิญปัญหาของครอบครัวอย่างประณีประนอม เนื่องจากความรู้สึกที่ยังเป็นปัญหาต่อเนื่องด้านการสำนึกผิด ความโกรธ และความมั่งร้าย
3. กลวิธีการเผชิญปัญหา เนื่องจากความผิดปกติด้านการรับประทานอาหาร
4. รู้สึกกลัว เนื่องจากการรับประทานอาหาร และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น
5. สารอาหารไม่สมดุล: น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน การออกกำลังกายมากเกินไป การใช้จ่ายในทางที่ผิด
6. ห้ามตนเองไม่ได้เนื่องจากการกระตุ้นให้ตนเองอาเจียนหลังจากรับประทานอาหาร
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำอย่างเรื้อรัง เนื่องจากไม่ได้รับผลสะท้อนกลับด้านบวก

การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะ Bulimia Nervosa ตาม NANDA Nursing Diagnosis

1. ประเมินกระบวนการของครอบครัวและอ้างอิงบิดามารดาของวัยรุ่นที่มีภาวะผิดปกติด้านการรับประทานอาหาร ต่อผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาของครอบครัว

2. ให้ผู้ป่วยประเมินแหล่งความกลัวของผู้ป่วย

3. ทารือถึงสถานการณ์กับผู้ป่วย และช่วยจำแนกระหว่างความจริงกับจินตนาการที่คุกคามต่อสุขภาวะที่ดี

4. สังเกตอุปสรรคที่มีประสิทธิภาพต่อการรับประทานอาหาร เช่น ความเต็มใจ ความสามารถ และความอยากรับประทานอาหาร

5. สังเกตอาการของการขาดสารอาหารในผู้ป่วย เช่น ตัวเตี้ย แขน-ขาเล็ก ผิวหนังและผมมีสุขภาพไม่ดี การมองเห็น กระดูกสันหลังและซี่โครง ก้นปอด หน้าตอบ ร่างกายเหลืองซีด

การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะ Bulimia Nervosa (ต่อ)

6. กระตุ้นผู้ป่วยได้ระบายความเชื่อ ความคิด และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง

7. ประเมินความเข้มแข็งที่มีและความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมทั้งให้โอกาสในการแสดงออก และการยอมรับของผู้ป่วย

8. ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยการสร้างเครื่องมือที่มีความตรงเหมือนแบบวัดมาตรฐานของโรเซนเบิร์ก

9. กระตุ้นการส่งเสริมและคงไว้ของสัมพันธภาพด้านบวกกับเพื่อนสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่น

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ที่มีภาวะ Bulimia Nervosa ตาม NANDA Nursing Diagnosis

1. แสดงออกถึงการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์หรือหน้าที่ของร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต
2. เข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมมากกว่าการหลีกเลี่ยงและใช้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา และ/ หรือทักษะทางสังคม
3. บอกข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญ
4. ระบุ คำพูด และแสดงพฤติกรรมปรับตัวเพื่อลดความกลัวของตนเอง
5. น้ำหนักตัวอยู่ในช่วงของความสูงและอายุที่ปกติ
6. ระบุความต้องการอาหาร
7. รับประทานอาหารที่บำรุงร่างกายอย่างพอเพียง
8. ไม่มีอาการขาดสารอาหาร
9. ถามคำถามเกี่ยวกับการดูแลและการรักษา
10. มีคำพูดแสดงถึงการเพิ่มการยอมรับตนเอง ตลอดจนการรับผิดชอบต่อตนเองด้าน
บวก

ภาวะกินไม่หยุด (Binge eating disorder)

ภาวะกินไม่หยุด เป็นภาวะรับประทานอาหารมาก
ผิดปกติ โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ผู้ที่มีภาวะนี้จะรับประทานอาหารในปริมาณมากแม้
จะไม่รู้สึกรังเกียจก็ตาม โดยรับประทานจนอิ่มแน่นท้องถึง
ไม่สามารถรับประทานอาหารต่อได้ เมื่อรับประทาน
เสร็จแล้วจะรู้สึกรังเกียจหรือโกรธตัวเอง

ระบาดวิทยา

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



สาเหตุ

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

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารมากกว่าปกติ โดยรับประทานอาหารปริมาณมาก ๆ อย่างรวดเร็วในระยะเวลาไม่นาน และไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดรับประทานได้ แม้จะอิ่มหรือไม่รู้สึกหิวก็ตาม ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมที่จะลดความอ้วนอย่างแท้จริง

การกำหนดระดับความรุนแรงของอาการ

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 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ด้านลบที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรค ภาวะกินไม่หยุดได้ โดยจิตบำบัดที่ใช้รักษาแบ่งได้ 3 รูปแบบ ดังนี้
 - Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
 - Interpersonal Psychotherapy (IPT)
 - Dialectical Behavior Therapy (DBT)
3. การลดน้ำหนัก แพทย์และนักโภชนาการจะให้ความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนักอย่างถูกต้อง ทั้งปริมาณ สารอาหาร และการออกกำลังกาย

THANK YOU

The image features the words "THANK YOU" in a colorful, stylized font. The letters are arranged in two rows: "THANK" on top and "YOU" on the bottom. The letters are in various colors: 'T' is blue, 'H' is dark blue, 'A' is orange with a blue owl perched on top, 'N' is yellow, and 'K' is green. In the second row, 'Y' is orange, 'O' is black, and 'U' is purple with a small orange owl perched on top. The letters have a slight 3D effect and are reflected on a white surface below them. A faint watermark "PIXTASTOCK.COM" is visible across the middle of the text.

4.6. ภาวะติดเกม/ อินเทอร์เน็ต และการพนัน (Gaming disorder)

ความหมาย

การเล่นการพนัน เกิดอย่างต่อเนื่อง และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ อีก จนสามารถกลายเป็นการติดการพนันได้ ซึ่งถือว่ามึพยาธิสภาพ และนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ของบุคคล

สาเหตุ

พฤติกรรมเล่นการพนันเป็นพฤติกรรมย้ำทำ ปกติพฤติกรรมการพนันจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น การมีบุคลิกภาพผิดปกติจะมีความสัมพันธ์กับการมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับการพนัน เช่น narcissistic, antisocial, avoidant, obsessive-compulsive, and borderline

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดการพนัน

1. อิทธิพลทางชีวภาพ

1. กรรมพันธุ์ (genetic) จากการศึกษาในครอบครัว และในคู่แฝด

พบว่า มีแนวโน้มของการเพิ่มความชุกของพยาธิสภาพติดการพนันของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษา พบว่า **ครอบครัว**เป็นปัจจัยอันดับแรกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดการพนัน โดยพบว่า มีโอกาสที่จะติดการพนันถึง 8 เท่า

2. ทางกายภาพ (physiological) dopamine เป็น neurotransmitter ที่จะทำให้เกิดบุคลิกภาพในการติดยา และพยาธิสภาพติดการพนัน

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดการพนัน (ต่อ)

2. อิทธิพลทางจิตสังคม ได้แก่

1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่เด็กจะมีอายุ 15 ปี

- พ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน เนื่องจาก การเสียชีวิต การแยกกันอยู่ การเป็นหม้าย และการที่เด็กถูกทอดทิ้ง

2. ระเบียบวินัยของพ่อแม่ที่ไม่เหมาะสม

- พ่อแม่ไม่มาหา พ่อแม่มีความไม่สม่ำเสมอ หรือการมีความรุนแรง ในครอบครัว

อาการ

อาการ อาการของผู้ติดการพนัน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ

ระยะแรก : เป็นช่วงที่ผู้พนันชนะรางวัล หรือชนะติดต่อกันหลายครั้ง ทำให้มองการพนันในแง่ดี จะรู้สึกตื่นเต้นเมื่อได้เล่น และเริ่มเพิ่มจำนวนเงินที่ใช้เล่น

ระยะกลาง : เริ่มคิดเกี่ยวกับการพนันตลอด อาจยืมเงินครอบครัว เพื่อน ทำสิ่งผิดกฎหมายเพื่อให้ได้เงินมาเล่น เริ่มเล่นเพื่อตามเอาเงินคืนมาจากที่เสียไป รู้สึกหงุดหงิด กระสับกระส่าย ไม่สนใจกับใคร

ระยะสุดท้าย : ใช้เวลากับการพนันมากขึ้น รู้สึกผิด โทษผู้อื่น ทำตัวห่างเหินแปลกแยกจากครอบครัวและเพื่อน อาจเกี่ยวข้องกับสิ่งผิดกฎหมาย หรือการใช้สารเสพติด อาจมีปัญหาทางอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง อยากตาย

การวินิจฉัยโรค

- A. จะต้องแสดงอาการตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป ในระยะเวลา 12 เดือน ดังนี้
1. ต้อง**เติมพัน**ด้วยจำนวนเงินที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดความตื่นเต้นตามที่ต้องการ
 2. **กระสับกระส่าย** หรือ**หงุดหงิด** เมื่อพยายามลดหรือหยุดเล่นการพนัน
 3. เคยพยายาม**ควบคุม** **ลด** หรือ**หยุดเล่นการพนัน** แต่**ไม่สำเร็จ**
 4. **มักหมกมุ่น**อยู่กับการพนัน เช่น มีความคิดไม่หยุดหย่อนที่จะกลับไปเล่นการพนันอีกครั้ง **แต่**มื่อ**ต่อ** หรือวางแผนกิจกรรมต่อไป **คิด**หรือหา**วิธี**ในการหาเงินเพื่อเล่นการพนัน
 5. **มักจะเล่นการพนันเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ** (เช่น หมดหนทาง **รู้สึก**ผิด **วิตก**กังวล **หดหู่**ใจ)
 6. **หลังจากสูญเสียเงิน**จากการพนัน **มักจะกลับมา**อีกวันเพื่อเล่น**ถอนทุนคืน**
 7. **โกหก** เพื่อปกปิดว่าเล่นการพนัน
 8. มีความ**เสี่ยงต่อการสูญเสียตำแหน่ง**หน้าที่การงาน หรือ**โอกาสทางการศึกษา** หรือ**อาชีพ**ที่สำคัญ **เนื่อง**จากการพนัน
 9. **พึ่งพา**ผู้อื่นเรื่องการเงินที่เกิดจาก**เล่นการพนัน**

การรักษา


1. การรักษาด้วยยา ได้แก่

- Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
- Clomipramine ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาภาวะย้ำคิดย้ำทำ (OCD) เนื่องจากผู้ป่วยติดการพนัน 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

A bouquet of flowers, including a large pink dahlia, white baby's breath, and greenery, is arranged on a rustic wooden surface. A brown paper tag with a hole and a string is attached to the bouquet. The tag has the words "Thank you!" written in a cursive font. A faint watermark "P123RF" is visible in the background.

Thank
you!