

E-Book
Version

การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชร่วมสมัย ตามระบบ ICD-11 และ DSM-5

Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing
with ICD-11 and DSM-5

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทีนิ สุขมาก



การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมสมัย ตามระบบ ICD- 11 และ DSM-5

Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing with ICD- 11 and DSM-5

๑ ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ISBN : (E-book) 978-616-612-568-9

พิมพ์ครั้งแรก : พฤษภาคม 2567

จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย :

ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย :

สำนักพิมพ์สวนหนังสือ หมู่บ้านราชาดิการ์เดนวิลล์ 189/10 หมู่ 12

ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

E-book ราคา 399 บาท



คำนำ

หนังสือการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมสมัย ตามระบบ ICD-11 และ DSM-5 จัดทำขึ้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลจิตเวช และผู้สนใจที่ต้องการศึกษาการดูแลบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้อ่านใช้เป็นสื่อในการพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะศตวรรษที่ 21 และสมรรถนะทางวิชาชีพตามแนวทางของหลักสูตรใหม่ของสภาพยาบาล ในการวิเคราะห์และดูแลบุคคล/ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตตามกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่ประชากรไทยเป็นมาก 5 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคจิตก้ำกั้ว โรคจิตเภท โรคทางอารมณ์ และโรคจิตเนื่องมาจากสารเสพติด โดยเฉพาะการวิเคราะห์การประเมินสุขภาพจิต ด้วยกรอบแนวคิดชีว-จิต-สังคม และ 4 ปัจจัย (4Ps) เพื่อนำมาตีความและสังเคราะห์เป็นรายงานผู้ป่วย

ในการจัดทำหนังสือฉบับนี้ ผู้เขียนได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงระบบจำแนกโรคทั้งในระบบ ICD-11 และ DSM-5 ซึ่งได้มีการปรับเปลี่ยนกลุ่มโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ การเพิ่มความผิดปกติในกลุ่มโรคจิตจากพฤติกรรมเสพติด ได้แก่ โรคติดการพนันและติดเกม ซึ่งส่งผลต่อการรวบรวมข้อมูลและปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ผู้เขียนยังได้เพิ่มการเปรียบเทียบเกณฑ์ DSM-IV กับ DSM-5 ซึ่งพยาบาลในปัจจุบันเป็นผู้ขับเคลื่อนผู้รับบริการไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นและความเป็นอิสระสูงสุดของมาตรฐานการดูแลอย่างมืออาชีพและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และผู้รับบริการจะยังคงเพิ่มความคาดหวังเพื่อการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

ดังนั้น จากความท้าทายเหล่านี้ พยาบาลจะต้องมีทักษะการประเมินที่ทันสมัย และมีความรู้ในการทำงานของแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย และอาการต่าง ๆ ที่ปรากฏ ซึ่งหนังสือฉบับปรับปรุงเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือซึ่งเป็นช่องทางในการบรรลุความสามารถนั้น โดยผู้เขียนได้สอดแทรกคำถามและคำตอบเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้อ่านได้เรียนรู้ในวิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะมีส่วนช่วยให้นักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้สนใจมีความมั่นใจในการวิเคราะห์และดูแลบุคคล/ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและพัฒนาวิชาการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคล/ผู้ป่วย มีอาการและคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น

ศาสตราจารย์ ดร.วาทีนิ สุขมาก



สารบัญ

คำนำ	iv
สารบัญ	v
หน่วยที่ 1 หลักการพื้นฐานด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	1
บทที่ 1 ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	3
บทที่ 2 การจำแนกโรคและอาการทางจิตเวช	21
บทที่ 3 กระบวนการวินิจฉัยโรคและการตรวจสภาพจิต	69
บทที่ 4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและการทำความเข้าใจผู้รับบริการ	119
หน่วยที่ 2 ทักษะที่สำคัญในการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิต	203
บทที่ 5 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	205
บทที่ 6 กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล	259
หน่วยที่ 3 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต	289
บทที่ 7 การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคกลุ่มวิตกกังวลและโรคที่สัมพันธ์กับอาการกลัว	291
บทที่ 8 การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคกลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ	341
บทที่ 9 การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคทางอารมณ์	403
บทที่ 10 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติด	475
บรรณานุกรม	565



หน่วยที่ 1

หลักการพื้นฐานด้านสุขภาพจิต
และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช





บทที่ 1

ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิต

และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สาระสำคัญ

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นสาขาหนึ่งของการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจำแนก ป้องกัน และการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาด้านจิตสุขภาพและจิตเวชที่ต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และทฤษฎีทางการพยาบาลที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ในบทนี้จะอธิบายถึงหลักการทั่วไปเกี่ยวกับแนวคิดด้านสุขภาพจิต หลักการพื้นฐานด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1. บทนำ

คำว่า ‘สุขภาพ (health)’ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายไว้เป็นมาตรฐานว่า หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี[1] โดยไม่ได้มีความหมายเฉพาะ ‘การไม่ป่วยหรือทุพพลภาพ’ แต่หมายรวมถึงการ ‘มีสุข’ เมื่อวิเคราะห์ความหมายนี้ ก็จะทำให้เข้าใจได้ว่าบางคนอาจป่วยแต่ ‘มีสุข’ ก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ในความหมายขององค์การอนามัยโลก คำว่า ‘สุขภาพ’ ประกอบด้วยความหมาย 2 องค์ประกอบ คือ สุขภาพเป็นสภาพของความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และสุขภาพไม่เพียงแต่สภาพของการไม่ป่วยหรือไม่มีโรค

การเจ็บป่วย (illness) หมายถึง สภาวะที่บุคคลนั้นรู้สึกไม่แข็งแรงอาจเกี่ยวข้องกับโรคหรือไม่ก็ได้

ความอยู่ดีกินดี (wellness) หมายถึง สภาวะของสุขภาพที่ดีที่สุดหรืออยู่ในสภาพการทำงานที่เหมาะสมที่สุด

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า ‘สุขภาพจิต (mental health)’ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ[2]

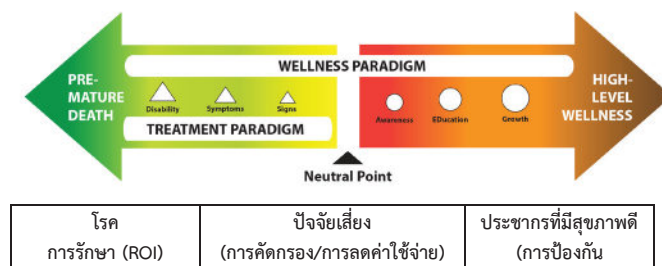
ส่วนกรมสุขภาพจิตได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าหมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังคำกล่าวที่ว่า ‘a sound mind is in a sound body’[3]

2. องค์ประกอบของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี/ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

จากความหมายและองค์ประกอบของคำว่า ‘สุขภาพจิต’ ที่ได้กล่าวข้างต้นสามารถนำมาสรุปเป็นลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี[4] ดังนี้

- 2.1 การรู้จักและยอมรับตนเอง หมายถึง การรู้จักตัวตนที่แท้จริง ไม่ใช่ตัวตนที่คาดหวังหรือตัวตนที่บุคคลอื่นคาดหวังให้เป็นคน ๆ หนึ่งที่มอบหมายตามสถานะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นแม่ เป็นลูก เป็นพยาบาล เป็นผู้รับบริการ
- 2.2 การรู้จักและยอมรับผู้อื่น หมายถึง การทำความเข้าใจธรรมชาติของบุคคลอื่นและนำไปสู่การยอมรับบุคคลอื่นตามที่เขาเป็น ถ้าบุคคลยอมรับตัวตนที่แท้จริงของบุคคลอื่น ยอมรับในความแตกต่างของบุคคลอื่นในทุก ๆ ด้านได้ ก็จะสามารถอยู่ร่วมและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างราบรื่น ไม่เกิดทุกข์จากความคาดหวัง
- 2.3 จัดการหรือเผชิญกับความเป็นจริงในชีวิตและโลกได้ หมายถึง การจัดการกับความเป็นจริงในชีวิตและโลกที่เปลี่ยนแปลงทั้งในทิศทางที่ดีหรือร้าย มีขึ้นมีลง มีพอใจและไม่พอใจ

ส่วนลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี หมายถึง ผู้ที่ปรับตัวได้ไม่ดี (mal-adjusted person) จะเป็นบุคคลที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับผู้ปรับตัวได้ดี (well-adjusted person) นั่นเอง ได้แก่ บุคคลที่ไม่รู้จักและไม่เข้าใจตนเอง ไม่รู้จักและไม่เข้าใจผู้อื่น ตลอดจนไม่สามารถเผชิญปัญหาและความจริงแห่งชีวิตได้ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นพลวัตกัน ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 พลวัตระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วย[5]

คำถาม จากกรณีต่อไปนี้ในระบว่าพฤติกรรมของบุคคลดังกล่าวมีความผิดปกติทางจิต อาจไม่มีความผิดปกติทางจิต หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

1. นางสาว ก พูดกับตนเองเสมอๆ ในขณะที่ทำการบ้าน เพื่อนร่วมห้องมักได้ยินเสียงของนางสาว ก และสงสัยว่านางสาว ก มีอาการผิดปกติหรือไม่
- ก. ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
- ข. อาจไม่ใช่ความผิดปกติทางจิต
- ค. อาจมีความผิดปกติทางจิต

คำตอบ

- ก. ถูกต้อง การพูดคนเดียวเสียงดังไม่ได้บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติหรืออาจเป็นอาการของโรคจิตเภท แต่บุคคลทั่วไปก็อาจมีพฤติกรรมดังกล่าวได้เป็นครั้งคราว จึงจำเป็นต้องหาข้อมูลเพิ่มเติม
- ข. ผิด เหตุผลตามข้อ ก
- ค. ผิด เหตุผลตามข้อ ก

2. นาง ข รู้สึกหดหู่ใจในช่วงอากาศหนาวซึ่งมีแสงสว่างน้อย บางครั้งก็อยู่ในชุดนอนตลอดสัปดาห์ กินช็อกโกแลตและดูทีวี เธอมักจะมึนน้ำหนักรเพิ่มขึ้นในช่วงเวลานี้ แต่ยังสามารถดูแลงานบ้านและการเรียนของเธอในช่วงเวลานี้ได้

- ก. ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
- ข. อาจมีความผิดปกติทางจิต
- ค. อาจไม่ใช่ความผิดปกติทางจิต

คำตอบ

ก. ผิด เป็นเรื่องปกติที่บุคคลจะมีอาการเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนที่มีความวิตกกังวลที่ยาวนาน แต่อาการซึมเศร้านี้จะรุนแรงเพียงใดและจะคงอยู่นานเท่าใด หากความรู้สึกด้านลบกินเวลานานและเริ่มทำให้ นาง ข ขาดงานหรือขาดเรียน อารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นอาจกลายเป็นอาการผิดปกติทางอารมณ์ได้ ในกรณีนี้ แม้ว่าเธอจะมีความทุกข์ แต่ก็ดูเหมือนจะไม่ผิดปกติ

- ข. ผิด เหตุผลเหมือนข้อ ก
- ค. ถูกต้อง เหตุผลเหมือนข้อ ก

3 นาย ค ดูเหมือนจะกลัวอะไรหลายๆ อย่าง เขากังวลเกี่ยวกับการขับรถบนทางหลวงและสภาพอากาศเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นในละแวกบ้านของเขา แต่ส่วนใหญ่เขากลัวหนู โดยตรวจดูใต้เตียงบ่อยๆ เพื่อดูว่ามีหนูอยู่หรือไม่

- ก. ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
- ข. อาจไม่ใช่ความผิดปกติทางจิต
- ค. อาจมีความผิดปกติทางจิต

คำตอบ

ก. ถูกต้อง เป็นเรื่องปกติที่บุคคลจะต้องกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ แต่เมื่อใดที่ความกังวลกลายเป็นโรควิตกกังวลที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง โดยคำตอบอยู่ที่ขอบเขตของอาการที่เกิดขึ้นได้รับกวนการทำงานของนาย ค ในสังคมหรือไม่ ตัวอย่างเช่น นักจิตวิทยาต้องการทราบว่าความกลัวการขับรถบนทางหลวงของนาย ค ทำให้เขาเลี่ยงการขับรถบนทางหลวงหรือไม่ (หรือหลีกเลี่ยงการขับรถเลย)

- ข. ผิด
- ค. ผิด

คำถาม ความผิดปกติทางจิตครอบคลุมพฤติกรรมทั้งหมดต่อไปนี้ ยกเว้น

- ก. พฤติกรรมที่ถือว่าเบี่ยงเบนไปในวัฒนธรรมหรือสังคมของบุคคล
- ข. รูปแบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมาก
- ค. พฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัฒนธรรมที่ไม่ก่อให้เกิดความทุกข์หรือทำให้การทำงานปกติลดลง
- ง. ความบกพร่องของการทำงานตามปกติของบุคคล

คำตอบ

ก. ผิด เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติและอาจมีความผิดปกติทางจิต เราต้องประเมินพฤติกรรมว่า ‘ปกติหรือผิดปกติ’ ตามวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ดังนั้นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากวัฒนธรรมของบุคคลนั้น คือ อาการของความผิดปกติทางจิต

- ข. ผิด รูปแบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมากเป็นอาการอย่างหนึ่งของความผิดปกติทางจิต
- ค. ถูกต้อง พฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมไม่ก่อให้เกิดความทุกข์หรือความบกพร่องของการทำหน้าที่ไม่ใช่อาการของความผิดปกติทางจิต
- ง. ผิด ถ้าพฤติกรรมของบุคคลบกพร่องของการทำหน้าที่ที่ทันที่ทันใดจะเป็นอาการของความผิดปกติทางจิต

3. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (psychiatric and mental health nursing) เป็นสาขาหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลใช้บุคลิกภาพของตนเอง ความรู้ด้านทฤษฎีต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการ ทั้งนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันความผิดปกติทางจิต และการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ความสำเร็จของการบรรลุเป้าหมายนี้ทำให้ผู้รับบริการสร้างรูปแบบของพฤติกรรมที่เหมาะสมและพึงพอใจ และเป็นที่พึงพอใจของบุคคลอื่น[6]

3.1 ทักษะที่จำเป็นของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระและมีศักดิ์ศรี ในการทำหน้าที่ดังกล่าว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ได้แก่

1. **ความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness)** หมายถึง การรู้จัก เข้าใจความรู้สึก และจุดมุ่งหมายของชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวของตนเอง ตลอดจนการรู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตนเองอย่างไม่ลำเอียงเข้าข้างตนเอง เพื่อตอบคำถาม ‘ฉันคือใคร’ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรู้ตัวเองเวลาเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ
2. **ทักษะการปรับตัว (adaptation)** หมายถึง การปรับตัวต่อความเครียดต่าง ๆ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องปรับตัวในทุกสถานที่และวัฒนธรรม การทำงานในชุมชนแตกต่างจากการทำงานในโรงพยาบาลซึ่งต้องใช้ทัศนคติและบทบาทที่แตกต่างกัน
3. **ทักษะด้านการให้คำปรึกษา (counselling)** หมายถึง ความสามารถหรือความชำนาญในการสื่อสารทั้งการใช้วจนาภาษาและอวัจนภาษาอย่างมีเป้าหมายในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความทุกข์หรือผู้รับคำปรึกษา
4. **ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด (therapeutic communication)** หมายถึง การสื่อสารระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลกับผู้รับบริการให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการของผู้รับบริการ

3.2. หลักการพื้นฐานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

หลักการต่อไปนี้เป็นแนวทางพื้นฐานในการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมาจากแนวคิดว่าคุณค่าแต่ละคนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และสามารถพัฒนาได้[7] ดังนี้

1. **ผู้รับบริการได้รับการยอมรับอย่างที่เขาเป็น** หมายถึง ความรู้สึกของการได้รับความรักและการดูแล การยอมรับไม่ได้หมายความว่าอนุญาต แต่เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยให้ความไว้วางใจในความเป็นมนุษย์

2. **การไม่ตัดสินและไม่ลงโทษ** หมายถึง การไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้รับบริการว่าดีหรือไม่ดี ผู้รับบริการไม่ควรได้รับการลงโทษในพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (ทั้งการล่ามโซ่ การผูกมัดหรือการแยกห้อง หรือวิธีการลงโทษทางอ้อม เช่น การไม่สนใจหรือการหลีกเลี่ยง)
3. **การแสดงความสนใจอย่างจริงจัง** หมายถึง ผู้รับบริการควรได้รับความสนใจอย่างแท้จริง เช่น การซื้อสัตย์ต่อผู้รับบริการ การให้เวลาในการฟังในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด และการหลีกเลี่ยงประเด็นอ่อนไหว
4. **การตระหนักและสะท้อนถึงความรู้สึกที่ผู้รับบริการแสดงออก** หมายถึง เมื่อผู้รับบริการพูด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสำคัญหรือไม่ พยาบาลควรตั้งใจฟังหรือสังเกต ไม่มีความรู้สึกกลับหลังซึ่งอาจทำให้สะท้อนออกด้วยภาษากาย
5. **การสนทนาอย่างมีเป้าหมาย** หมายถึง การสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการต้องเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ ความจำเป็น และความสนใจของผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนคิด การตั้งคำถามปลายเปิด การสรุปความ การบอกความจริง การสนทนาจะมีประสิทธิภาพเมื่อปัญหานั้นยังไม่ชัดเจน หลีกเลี่ยงการประเมิน การเป็นปฏิปักษ์ และการพิสูจน์
6. **การอนุญาตให้ผู้รับบริการแสดงความรู้สึก** หมายถึง ผู้รับบริการควรได้แสดงความรู้สึกโดยไม่ถูกลงโทษ เช่น การแสดงความรู้สึกวิตกกังวล กลัว โกรธ หรือเป็นปฏิปักษ์ที่อาจอยู่ในรูปแบบการสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดหรือภาษากาย ซึ่งการอนุญาตนี้อาจทำให้ผู้รับบริการระบืออารมณ์ที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายได้ ดังนั้นพยาบาลต้องยอมรับ การแสดงออกของผู้รับบริการอย่างสงบและเยือกเย็น
7. **การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือเพื่อการบำบัด** หมายถึง การที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใช้ตนเองในการดูแลและบำบัดผู้รับบริการ หรือเป็นสื่อเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ
8. **ไม่เพิ่มความวิตกกังวลให้แก่ผู้รับบริการโดยไม่จำเป็น** หมายถึง การกระทำบางอย่างของพยาบาลอาจทำให้ความวิตกกังวลของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น เช่น พยาบาลแสดงความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การแสดงความสนใจต่อจุดด้อยของผู้รับบริการ การทำให้ผู้รับบริการแสดงความล้มเหลวบ่อย ๆ การแสดงความต้องการให้ผู้รับบริการทำในสิ่งที่ไม่สามารถทำได้ การโต้แย้งความคิดที่ไม่ถูกต้อง และการตักเตือนหรือแสดงความเห็นที่แตกต่างจากผู้รับบริการ
9. **การสังเกตเชิงวิวัตติยเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการ** หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจในประเด็นที่ผู้รับบริการต้องการสื่อและไม่ใช้ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการตัดสินของพยาบาลมาร่วมประเมิน ในการสังเกตเชิงวิวัตติย พยาบาลต้องมองย้อนกลับและไม่ใช้อารมณ์ของตนเองมาตัดสินความต้องการของผู้รับบริการ
10. **การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลที่เป็นไปได้เหมาะสม** หมายถึง สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพเน้นที่ความต้องการด้านอารมณ์และส่วนบุคคลของผู้รับบริการไม่ใช่ของพยาบาล การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ พยาบาลต้องเข้าใจและรู้จักตนเอง เห็นอกเห็นใจ และเข้าใจความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ
11. **การหลีกเลี่ยงการใช้กำลังหรือคำพูดบังคับ** หมายถึง การหลีกเลี่ยงการลงโทษหรือบำบัดผู้รับบริการ ถ้าพยาบาลสามารถทำนายพฤติกรรมของผู้รับบริการ พยาบาลจะสามารถป้องกันพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้

12. การพยาบาลโดยใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การวิเคราะห์ การศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงตัวผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งผู้รับบริการสองคนมีอาการเหมือนกัน แต่อาจแสดงความต้องการที่แตกต่างกัน
13. การอธิบายการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการในระดับที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจได้ หมายถึง การอธิบายที่ให้แก่ผู้รับบริการขึ้นอยู่กับความสนใจ ระดับความวิตกกังวล ระดับการศึกษา และความสามารถในการตัดสินใจของผู้รับบริการ
14. การพยาบาลหลายอย่างเป็นการประยุกต์การพยาบาลขั้นพื้นฐาน หมายถึง วิธีการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่าง ๆ ที่ใช้มักมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคน โดยหลักการขั้นพื้นฐานยังคงไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ความปลอดภัย ความเป็นส่วนตัว ความสุขสบาย และการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 หน้าที่และบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีหน้าที่และบทบาทหลายประการ ดังต่อไปนี้ [7]

1. การประเมินและวางแผนในการดูแลผู้รับบริการ
2. ให้การพยาบาลที่ปลอดภัย เช่น การให้ยา การบำบัด การปฏิสัมพันธ์ผ่านกลุ่มอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การแสดงบทบาทสมมติ การเป็นตัวแทนของผู้รับบริการ
3. การดูแลสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งจากตนเองและผู้อื่น
4. การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง
5. การให้ข้อมูลย้อนกลับจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการ
6. การสอนผู้รับบริการและครอบครัว
7. การให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล
8. การให้โอกาสแก่ผู้รับบริการในการตัดสินใจและรับผิดชอบต่ออารมณ์ของตนเอง
9. ให้ความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นในการดูแลผู้รับบริการและส่งเสริมการดูแลเป็นทีม
10. การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ค้นหาความคิด ทฤษฎี และวิจัยใหม่ ๆ

4. งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

สุขภาพจิตชุมชน (community mental health) หมายถึง การประยุกต์แนวคิด ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ และสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันภาวะการเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ให้แก่ประชาชน โดยมุ่งเน้นไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเกิดขึ้นได้ในบริบทของชีวิตประจำวัน เช่น อิทธิพลของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวและบ้าน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกประเภท กีฬา ศิลปะ และกิจกรรมนันทนาการ อิทธิพลของสื่อ กิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม สุขภาพกายของบุคคล และสุขภาพกาย สังคม และเศรษฐกิจของชุมชน

การป้องกันมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงไปก่อนเกิดอาการป่วย (การป้องกันเบื้องต้น/primary prevention) ขณะเกิดอาการป่วย (การป้องกันระดับทุติยภูมิ/secondary prevention) หรือหลังเกิดอาการเจ็บป่วย (การป้องกันระดับตติยภูมิ/tertiary prevention) เพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ ลดอัตราผู้ป่วยที่มีอยู่แล้วในชุมชน และลดความพิการที่เกิดจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ

จิตเวชชุมชน (community psychiatry) เป็นแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ที่นำเอาแนวคิด ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ และสาธารณสุขไปประยุกต์ใช้กับการค้นหา ป้องกัน รักษาโรคทางจิตเวชในระยะเริ่มต้น และการฟื้นฟูปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน บริการสุขภาพจิตในชุมชน สนับสนุนหรือรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในขณะที่ผู้รับบริการอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองต่อไป

งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ประกอบด้วย[8]

1. การบำบัดรักษาโดยใช้กลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด กลุ่มเฉพาะต่าง ๆ ในชุมชนนั้น
2. การบริการแก่ชุมชนแบบเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ร่วมมือกับประชาชนที่รับบริการ
3. การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชตามลักษณะความต้องการเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการวินิจฉัยชุมชน
5. การวางแผนให้บริการแก่ชุมชนและมีประชาชนในชุมชนร่วมในการวางแผนทั้งส่วนรวมและรายบุคคล

4.1 ทีมสหวิชาชีพในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ลักษณะของงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ ติดตามดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. จิตแพทย์ (psychiatrist) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ตรวจวินิจฉัยโรค และสั่งการรักษาผู้รับบริการในระยะเริ่มแรก และประชุมร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพจิตทั้งหมดเพื่อวางแผนให้การรักษาพยาบาล
2. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (mental health and psychiatric nurse) ทำหน้าที่โดยตรงในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา ทำจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัว สอนสุขศึกษา ให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและญาติ สังเกตพฤติกรรมและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ เยี่ยมบ้าน ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมงานเพื่อประเมินและวางแผนให้การรักษา และเป็นผู้ติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพกับผู้รับบริการและญาติ
3. นักจิตวิทยาคลินิก (clinical psychologist) ทำหน้าที่ทดสอบทางจิตวิทยา นำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์สภาวะจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้รับบริการ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการรักษา
4. นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช (psychiatric social worker) ทำหน้าที่ร่วมกับแพทย์ในการสัมภาษณ์ประวัติผู้รับบริการทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งศึกษาสภาพแวดล้อมและสังคมของผู้รับบริการ เพื่อค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและหาแนวทางการช่วยเหลือ

ในบางครั้งอาจจะต้องให้การช่วยเหลือทางด้านฐานะทางเศรษฐกิจหรือการประกอบอาชีพแก่ผู้รับบริการ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้รับบริการ

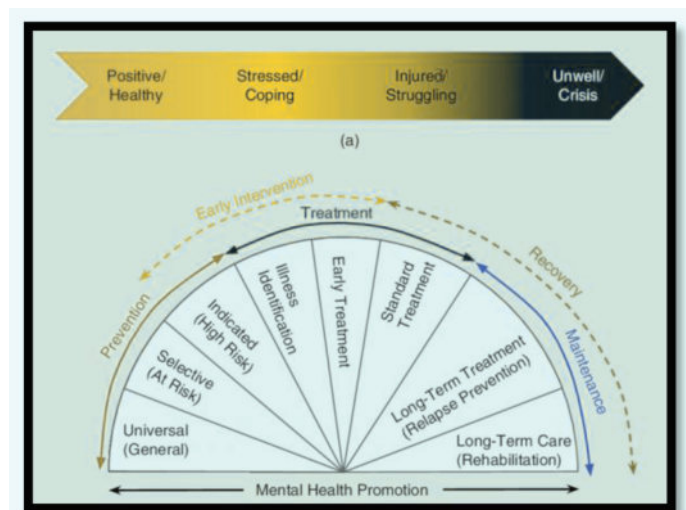
5. นักอาชีพบำบัด (occupational therapist) ทำหน้าที่ช่วยผู้รับบริการในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้ากลุ่มอาชีพบำบัดและการฝึกฝนอาชีพ ประเมินความสามารถ และจัดกิจกรรมหรืองานให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย ความถนัด และความสนใจของผู้รับบริการแต่ละคน เช่น การทำงานฝีมือต่าง ๆ เย็บปักถักร้อย จักสาน แกะสลัก ปั้น เขียนภาพ ปักต้นไม้ เป็นต้น
6. นักนันทนาการบำบัด (recreational therapist) ทำหน้าที่ช่วยผู้รับบริการโดยการจัดกิจกรรมให้ผู้รับบริการเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและผ่อนคลายความตึงเครียด ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้รับบริการกล้าแสดงออกและมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นการเตรียมผู้รับบริการกลับสู่ชุมชน กิจกรรมที่จัด เช่น เกม กีฬา การแสดง ร้องเพลง ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

4.2 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน (community mental health and psychiatry nursing) เป็นการประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาลที่เฉพาะกับประชาชนและชุมชน เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี และฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มเป้าหมายที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ รวมทั้งผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

4.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เน้นการนำหลักการป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพมาใช้ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ดังนี้[8]



ภาพที่ 1.2 ขอบเขตการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต [9]

1. การป้องกันระยะแรก/ปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึง การป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดผู้ป่วยรายใหม่มากกว่าการรักษา โดยการระบุกลุ่มเสี่ยงก่อน หลังจากนั้นจึงส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่

- ก. ค้นหาสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและหากลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนทั้งหมด (universal)
- ข. ทราบกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (selected) เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตใจ
- ค. ทราบบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงที่แสดงอาการเริ่มแรกของความเจ็บป่วยทางจิต (indicated) เพื่อ
 - ทำการจัดกลุ่มส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น และการจัดกลุ่มในโรงเรียน
 - จัดกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือรายบุคคล ครอบครัว คู่รัก
 - ให้คำปรึกษาแนะนำในการดูแลสุขภาพจิต เพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหาแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยง
 - สอนทักษะการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กแก่พ่อแม่เมื่อใหม่

2. การป้องกันระยะที่สอง/ทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึง การดำเนินการเพื่อลดจำนวนการเจ็บป่วยทางจิตให้น้อยลง โดยการตรวจคัดกรอง การช่วยให้บุคคลในชุมชนได้รับการวินิจฉัยโรคแต่เนิ่น ๆ (illness identification) เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ (early treatment) รวมทั้งการช่วยเหลือบุคคลที่เกิดภาวะวิกฤตให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน (standard treatment) ได้แก่

- ก. การรักษาเพื่อลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางจิต เช่น การทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว
- ข. ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต
- ค. ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิต
- ง. ช่วยลดภาวะความเครียดหรือความกดดันที่เกิดขึ้นกับประชาชนและชุมชน
- จ. ประเมิน สืบค้นผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว
- ฉ. ให้บริการฉุกเฉินทางด้านสุขภาพจิต
- ช. ให้บริการในโรงพยาบาลและดูแลการให้ยา

3. การป้องกันระยะที่สาม/ตติยภูมิ (tertiary prevention) หมายถึง ความพยายามที่จะลดความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตและความพิการที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (long-term treatment) และเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการป้องกันความพิการในระยะยาวจากความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงเรื้อรังและต่อเนื่อง (long-term care) ความพิการดังกล่าวรวมถึงการเข้าถึงสังคม พฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและอื่น ๆ ได้แก่

- ก. ทำแผนการจำหน่ายผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาล
- ข. ประสานงาน ช่วยเหลือ ติดตามผู้รับบริการมารับการรักษาตามนัด และการเยี่ยมบ้าน

ค. สอนทักษะการดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล

ง. ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว

จ. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย

ฉ. กระตุ้นให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพที่มี

ช. ส่งต่อไปยังสถานบริการหลังจำหน่าย

4.2.2 บทบาทของพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

พยาบาลควรให้การพยาบาลที่ยืดหยุ่นและหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ บทบาทของพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ดังตัวอย่างดังนี้[8]

1. บทบาทที่ปรึกษา (consultative role) หมายถึง บทบาทที่ให้คำแนะนำแก่ทีมสหวิชาชีพในชุมชนเกี่ยวกับการพยาบาลที่จำเป็นแก่กลุ่มผู้รับบริการ
2. บทบาทด้านคลินิก (clinical role) หมายถึง บทบาทการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน
3. บทบาทด้านการบำบัด (therapeutic role) หมายถึง บทบาทการใช้การสื่อสารและพฤติกรรมบำบัดในการจัดการ
4. บทบาทตัวแทน (advocacy) หมายถึง บทบาทที่เป็นตัวแทนด้านสิทธิและเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในชุมชนโดยการเพิ่มความตระหนักแก่ชุมชน เช่น ด้านอาชีพ การศึกษา
5. บทบาทผู้ประสานงาน (liaison role) หมายถึง บทบาทที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้รับบริการและครอบครัวกับโรงพยาบาล พยาบาลยังเป็นเครือข่ายกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
6. บทบาทด้านการป้องกัน (preventive role) หมายถึง บทบาทการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
7. บทบาทครู (educator role) หมายถึง บทบาทสร้างความตระหนักแก่ชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง
8. บทบาทผู้ฝึกสอน/ผู้อำนวยความสะดวก (trainer/facilitator role) หมายถึง บทบาทในฐานะผู้ฝึกอบรมผู้นำชุมชน ครูในโรงเรียน และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ในชุมชน
9. บทบาทผู้จัดการ (case manager role) หมายถึง บทบาทเป็นผู้จัดการทรัพยากรการวางแผนและการประสานงานการดูแลผู้รับบริการรายกรณี
10. บทบาทพยาบาลนิติเวช (forensic role) หมายถึง บทบาทในการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดำเนินการสาธารณะหรือทางกฎหมายและการประยุกต์ใช้การดูแลสุขภาพทางนิติวิทยาศาสตร์ในการสอบสวนทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการบาดเจ็บและ/หรือการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดความรุนแรง กิจกรรมทางอาญาความรับผิดชอบและอุบัติเหตุ
11. บทบาทนักวิจัย (researcher role) หมายถึง บทบาทในการทำวิจัยและมีส่วนร่วมในการทำวิจัย

4.2.3 การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

กระบวนการพยาบาลที่ใช้ในงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตทั้ง 3 ระยะ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ดังนี้[8]

1. การประเมินภาวะสุขภาพจิตชุมชน (assessment) เป็นการค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้รับบริการจิตเวชที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตของชุมชน ดังนี้

ก. คัดกรองภาวะสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยเพื่อจัดประเภทกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

ข. ประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และชุมชนโดยรวมรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีตและปัจจุบัน
2. การประเมินสภาพผู้รับบริการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
3. การประเมินภาวะสุขภาพจิต ตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย
4. ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัว
5. ประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตของชุมชน

ค. ประเมินวิธีปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงเมื่อเผชิญกับความเครียด/ปัญหา

ง. บันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งปัญหา/ความต้องการการดูแล รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจำแนกระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย รวมทั้งวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

2. การวินิจฉัยสุขภาพจิตชุมชน (nursing diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุสภาพปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มวัย ดังนี้

ก. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินเพื่อจำแนกความต้องการการดูแลดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต
2. กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ข. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมความรุนแรงของปัญหา ความเร่งด่วนของปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นเพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม

3. การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการวางแผนการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ดังนี้

ก. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นรายบุคคล

ข. กำหนดแผนการพยาบาล ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวางแผนร่วมกับผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพ และภาคีเครือข่าย

ค. กำหนดแผนสนับสนุนข้อมูลให้ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาด้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง

ง. สื่อสารแผนการพยาบาลให้ทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับเข้าใจทั่วถึงเพื่อประสานสู่การปฏิบัติ

จ. ปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ฉ. บันทึกการวางแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

4. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing implementation) เป็นการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชตามสภาพปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในชุมชน ดังนี้

ก. ให้ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล

ข. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช/แนวปฏิบัติทางคลินิก/แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ทันสมัย

ค. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ง. ส่งข้อมูลปรึกษา/ส่งต่อ ให้กับสถานบริการตามระบบส่งต่อภาวะแทรกซ้อน/อันตรายจากการรักษา หรือผู้มีปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต

จ. ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาสุขภาพ

ฉ. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล

5. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (nursing evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

ก. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลทุกรายเป็นระยะ ๆ ตามผลลัพธ์การพยาบาล และแผนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข. เปิดโอกาสให้ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

ค. ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์หากลวิธี แนวทางการปรับปรุงการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ง. บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลและการดำเนินงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4.2.4 ขอบเขตของงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบสาธารณสุขของไทย

กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระดับประเทศ โดยให้การสนับสนุนทางวิชาการและเทคโนโลยีแก่หน่วยบริการสุขภาพในระบบสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการจิตเวชเฉพาะทางในโรงพยาบาลหรือสถาบันจิตเวชศาสตร์ งานบริการสุขภาพจิตครอบคลุมการบำบัดรักษาฟื้นฟูและการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขแต่ละระดับสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี โดยให้การดูแลรักษาผู้รับบริการจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในชุมชนที่อาศัยอยู่

2. เครือข่ายและบริการสุขภาพจิตชุมชนงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนมีการบูรณาการงานและกำกับติดตามอยู่ในระบบงานสาธารณสุข และขยายงานลงสู่ชุมชนผ่านเครือข่ายหลากหลาย การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหานั้นดำเนินการผ่านทางโรงเรียน วัด และองค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ เป้าหมายของบริการสุขภาพจิตชุมชน นอกจากการดูแลรักษาผู้รับบริการจิตเวชอย่างต่อเนื่องแล้วยังสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ มีการจัดตั้งชมรมญาติและผู้รับบริการจิตเวชเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเป็นตัวแทนในการเรียกร้องสิทธิให้ผู้รับบริการ ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและจัดหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมด้วยตัวเอง ความร่วมมือของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

4.2.5 ลักษณะการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมีลักษณะ ดังนี้

1. บริการผู้รับบริการใน (in-patient services) เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นรุนแรงและจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การบำบัดรักษาด้วยการให้ยา การทำจิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดจนกว่าจะมีอาการดีขึ้น โดยใช้เวลาในการบำบัดรักษาให้สั้นที่สุดแต่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. บริการผู้รับบริการนอก (out-patient services) เป็นการให้บริการแก่ผู้รับบริการจิตเวชที่ไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้การรักษาในระยะสั้น อาจเป็นผู้รับบริการเก่าที่นัดมารักษาหรือมีปัญหาที่ต้องการคำแนะนำช่วยเหลือหรือผู้รับบริการใหม่ที่มาขอรับการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังจัดบริการในรูปของหน่วยเคลื่อนที่หรือจัดเป็นศูนย์ย่อยระดับหมู่บ้าน ให้บริการโดยการตรวจ บำบัดรักษา ครอบครัวบำบัด และการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรในทีมจิตเวช

3. บริการจิตเวชฉุกเฉิน (emergency services) เป็นบริการตรวจรักษาตลอด 24 ชั่วโมงแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้รับบริการในภาวะฉุกเฉินหรือตกอยู่ในภาวะวิกฤตและต้องการความช่วยเหลือโดยด่วน เช่น ผู้รับบริการเออะ อาละวาด ผู้รับบริการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีปัญหาทางจิตเรื้อรัง และผู้รับบริการที่มีอาการกำเริบ เป็นต้น

4. บริการผู้รับบริการเฉพาะบางเวลา (partial hospitalization services) เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่มีอาการทุเลาแล้ว แต่ยังไม่สามารถกลับคืนสู่ครอบครัวหรือสังคมได้อย่างเต็มที่ ยังมีความจำเป็นและความต้องการที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะบางเวลา เช่น

ก. บริการโรงพยาบาลกลางวัน (day hospital) ผู้รับบริการจะมาโรงพยาบาลในเวลากลางวันและกลับไปอยู่บ้านในช่วงกลางคืน บริการโรงพยาบาลกลางวันจะจัดให้ผู้รับบริการเข้ากลุ่มบำบัดซึ่งจะพิจารณาถึงความเหมาะสม เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีการปรับตัวได้ดีและเร็วขึ้น เช่น การทำจิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ครอบครัวบำบัด ชุมชนบำบัด ฝึกงานอาชีพ จัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ข. บริการโรงพยาบาลกลางคืน (night hospital) เป็นการจัดบริการให้ผู้รับบริการอยู่โรงพยาบาลเฉพาะในเวลากลางคืน ส่วนกลางวันสามารถไปปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ จะช่วยลดความรู้สึกสูญเสียส่งเสริมการใช้ชีวิตแบบไม่พึ่งพิงผู้อื่นมากเกินไป ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเอง

5. บริการให้คำปรึกษาและการศึกษา (consultation and education services) การบริการให้คำปรึกษาแนะแนว จัดฝึกอบรม เผยแพร่ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนให้มีความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวช และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถหลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับภาวะกดดัน สามารถแก้ปัญหา และปรับตัวได้ เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถเข้ารับการรักษาได้ถูกต้องรวดเร็ว สามารถใช้แหล่งบริการทางสุขภาพและหน่วยงานบริการสวัสดิการทางสังคมได้ นอกจากนี้ยังมีบริการอื่น ๆ ที่จัดเพิ่มเติม เช่น

ก. บริการสุขภาพจิตเด็ก (service of children) ตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพเด็กที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และสติปัญญาบกพร่อง

ข. บริการสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (service of elderly) ตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุปกติ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพยาธิสภาพของสมอง

ค. การตรวจคัดกรอง (screening) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้การรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันการป่วยเรื้อรัง และส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม

ง. บริการติดตามผู้รับบริการที่เพิ่งได้รับการจำหน่าย (follow up care for discharge client) และมีการส่งต่อเครือข่ายในชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

จ. บริการบำบัดรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ที่ได้รับยาและสารเสพติด (alcohol and drug abuse and dependence service) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าสู่การบำบัดและหยุดดื่มหรือใช้สารเสพติดได้

ฉ. บริการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ (training program for health profession) เพื่อถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และวิธีปฏิบัติงานในด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

ข. บริการศึกษาค้นคว้าวิจัยและการประเมินผล (research and evaluation) เพื่อหาแนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

4.3 การดูแลผู้รับบริการจิตเวชที่บ้าน

การดูแลผู้รับบริการจิตเวชที่บ้าน (psychiatric home care) เป็นการช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู้บ้าน และสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเองดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ[8]

1. วัตถุประสงค์การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ประกอบด้วย

- ก. ส่งเสริมให้มีการค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตัวผู้รับบริการเองหรือโดยครอบครัวของผู้รับบริการ
- ข. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเป็นตัวของตัวเองและฟื้นฟูสภาพจิตใจ ภายในครอบครัวและชุมชน
- ค. ให้การดูแลเฉพาะเรื่องตามความต้องการของผู้รับบริการหรือครอบครัวในสภาพแวดล้อมและสังคมของเขา
- ง. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางจิต
- จ. เพื่อให้ผู้รับบริการนำพฤติกรรมที่ได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาลไปใช้ที่บ้านและชุมชน
- ฉ. เพื่อประเมินผลความก้าวหน้าของผู้รับบริการและครอบครัวภายใต้แผนการรักษาของทีมการรักษา

2. หลักการดูแลผู้รับบริการจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วย

- ก. ให้ความสำคัญไปที่ความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก
- ข. สร้างสัมพันธภาพ ศรัทธา และความเชื่อถือว่าไว้วางใจ
- ค. ให้ข้อมูลข่าวสารทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแล และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย
- ง. ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ แสดงความรู้สึกเห็นใจและเข้าใจ (empathy) รวมทั้งสื่อสารกับผู้รับบริการด้วยความเมตตาเอื้ออาทร (compassion)
- จ. ให้อำนาจแก่ผู้รับบริการในการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ สังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการกฎหมาย จริยธรรมทางวิชาชีพ และเน้นที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการดูแล

3. กิจกรรมการดูแลผู้รับบริการจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วย

ก. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน

ข. การประเมินสถานะผู้รับบริการและครอบครัว โดยประเมินอาการต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย สถานะทางจิตต่อการรักษาต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่บ้านและเครือข่ายชุมชน

ค. สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการแสดงและอาการทางจิต การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การปรับตัว ทักษะชีวิต วิธีการเผชิญปัญหา และการประกอบอาชีพ

ง. การประคับประคองและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัวสนับสนุนให้กำลังใจ ประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ หาแหล่งช่วยเหลือ เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน

5. สรุป

สุขภาพ หมายถึง การไม่มีโรคหรือความนึกคิดที่เป็นสุขที่ปราศจากโรค ซึ่งมีมิติที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านทั้งมิติด้านตัวบุคคล มิติด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว และมิติด้านสังคมของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตดีจะมีลักษณะที่แสดงออก ได้แก่ สามารถควบคุมตนเองได้ ทำงานได้มีประสิทธิภาพ มองตนเองในแง่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ และความมั่นคงทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและการดูแลบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้รับบริการดำเนินการอย่างอิสระและฟื้นฟูความมีศักดิ์ศรีของตน ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีความรู้และทักษะที่เฉพาะ งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเป็นการขยายบทบาทงานบริการออกจากสถานบริการสุขภาพไปสู่ชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคลในชุมชนให้ดีขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพทางสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยลักษณะการจัดบริการจะสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณี ภูมิหลังของผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม สนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ และเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ ให้การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล กลุ่มคน และผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช รวมทั้งสามารถใช้แหล่งประโยชน์และบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลผู้รับบริการจิตเวชที่บ้านก็จะช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สามารถปรับตัว และใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. The World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. 2023 [cited 2023 7 August]; Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
2. The World Health Organization. *Mental health: Strengthening our response*. 2022 17 June 2022 [cited 2023 25 July]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Locke, J. *John Locke Quotes*. 2020 [cited 2021 5 January]; Available from: https://www.brainyquote.com/quotes/john_locke_151482.
4. The World Health Organization. *Determinants of health*. 2021 [cited 2021 15 April]; Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health>.
5. Travis, J.W. and R.S. Ryan. *The illness-wellness continuum*. 2018 [cited 2021 January]; Available from: <http://www.thewellspring.com/wellspring/introduction-to-wellness/357/key-concept-1-the-illnesswellness-continuum.cfm.html>.
6. American Nurses Association, *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice*. 3rd ed. 2022: American Nurses Association, Inc. 3146.
7. Evans, K. and D. Nizette, *Psychiatric and mental health nursing*. 4th ed. 2017, Chatswood: Elsevier. 664.
8. ทศฯ ชัยวรรณวรรต, บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2017. 31(2): หน้า. 16-30.
9. Han, J., et al., *Deep learning for mobile mental health: Challenges and recent advances*. IEEE Signal Processing Magazine, 2021. 38(6): p. 96-105.



บทที่ 2

การจำแนกโรค

และอาการทางจิตเวช

สาระสำคัญ

การจำแนกโรคทางจิตเวชที่นำมาใช้ในประเทศไทยมาจากระบบการจำแนกขององค์การอนามัยโลก (ICD) และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (DSM) การจำแนกโรคเป็นการสื่อสารแทนการบอกเล่าอาการทั้งหมดของผู้รับบริการ ส่วนการจะระบุว่าผู้รับบริการมีความผิดปกติทางจิต พยาบาลต้องรู้จักและเข้าใจอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการและให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

1. การจำแนกโรคทางจิตเวช

โดยทั่วไปการจำแนกโรคทางกายมักจำแนกตามสาเหตุการเกิดโรค เช่น โรคปอดบวมที่เกิดจากไวรัส (viral pneumonia) โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (cryptococcal meningitis) ฯลฯ หรือจำแนกตามอวัยวะที่เกิดโรค เช่น โรคหลอดลมใหญ่และปอดอักเสบ (bronchopneumonia) โรคหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) หรือตามอาการ เช่น อาการปวดศีรษะไมเกรน (migraine headache) อย่างไรก็ตาม การจำแนกโรคทางจิตเวชซึ่งมีที่ไปที่มาไม่ชัดเจน มักยึดตามกลุ่มอาการ (syndrome) เป็นหลัก และเป็นลักษณะการบรรยายอาการที่เห็น (descriptive approach) โดยไม่ค่อยพิจารณาพยาธิสภาพหรือที่มาของโรค ตัวอย่างเช่น การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) แพทย์จะตรวจสอบว่าผู้รับบริการมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยมากกว่า 6 ข้อจากเกณฑ์ทั้งหมด 9 ข้อทั้งอาการขาดสมาธิ (inattention) และอาการอยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) โดยไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานทางชีวภาพยืนยันสาเหตุของอาการแต่อย่างใด ในบางกรณีอาจมีการจำแนกโรคตามพยาธิสภาพโรค เช่น โรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease) ซึ่งการจำแนกโรคทางจิตเวชสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม ดังนี้[1]

1. กลุ่มที่มีพยาธิสภาพของโรคชัดเจน เช่น โรคอัลไซเมอร์และโรคขาดสุราที่มีอาการเพ้อ (alcohol withdrawal delirium)

2. กลุ่มที่อาการเปลี่ยนแปลงได้เป็นรอบหรือเป็นช่วงระยะ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นรอบ ๆ หรือเป็นช่วงระยะ เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคซึมเศร้า (major depressive episode) หรือโรคไบโพลาร์ (อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว) (bipolar disorder) กล่าวคือแต่ละรอบของอาการสามารถบ่งบอกได้ว่าอาการนั้นผิดปกติ/แตกต่างจากปกติอย่างไร

3. กลุ่มโรคที่แยกจากภาวะปกติได้ยาก เป็นกลุ่มที่มีอาการคล้ายคลึงกับภาวะทั่วไปในคนปกติ เช่น ความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ (personality disorder)

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการจำแนกโรคทางจิตเวช คือ ต้องแยกอาการทางจิตเวชออกจากภาวะปกติเสียก่อน โดยทั่วไปอาการทางจิตเวชมักเป็นรุนแรง (severe) และมีอาการเป็นระยะเวลานาน (persistent) จนผู้คนรอบข้างสามารถสังเกตความผิดปกติได้ ในการตรวจหาและวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิต เครื่องมือหลักในการวินิจฉัยโรค คือ การสัมภาษณ์กับบุคคล ความเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดอาการที่ผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดสามารถสังเกตเห็น อาการหลัก ๆ มีอยู่ 5 ประเภท ดังนี้

1. **อาการทางกาย** – อาการทางร่างกาย (somatic symptoms) ความเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่อร่างกายและการทำหน้าที่ เช่น อาการปวดเมื่อย ความเหนื่อยล้า และการรบกวนการนอนหลับ ดังนั้น พยาบาลต้องไม่ลืมว่าความเจ็บป่วยทางจิตมักก่อให้เกิดอาการทางร่างกาย
2. **ความรู้สึก** – อาการทางอารมณ์ (emotional symptoms) ความเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่ออารมณ์ ตัวอย่างทั่วไป คือ รู้สึกเศร้าหรือกลัว
3. **ความคิด** – อาการด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive symptoms) ตัวอย่างทั่วไป เช่น ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย คิดว่ามีคนมาทำร้าย คิดไม่ออก ความคิดคลุมเครือและการหลงลืม
4. **พฤติกรรม** – อาการด้านพฤติกรรม (behavioural symptoms) อาการด้านพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการกระทำ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมก้าวร้าวและพยายามฆ่าตัวตาย
5. **การจินตนาการ** – อาการด้านการรับรู้ (perceptual symptoms) อาการด้านการรับรู้เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสอย่างหนึ่งอวัยวะต่าง ๆ และรวมถึงการได้ยินเสียงหรือการมองเห็นสิ่งที่ผู้อื่นไม่เห็น (ประสาทหลอน)

ในความเป็นจริงแล้ว อาการประเภทต่าง ๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดซึ่งกันและกัน นอกจากนี้อาการทางจิตเวชมักทำให้ผู้รับบริการแตกต่างจากคนทั่วไปใน 3 ด้าน ได้แก่

1. **ความทุกข์ (distress)** หมายถึง อาการที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกทุกข์ทรมานตนเอง เช่น ผู้รับบริการซึมเศร้ามากจนไม่กินไม่นอนหรือทำร้ายตัวเอง
2. **รบกวน (disturb)** หมายถึง อาการที่ทำให้บุคคลรอบข้างผู้รับบริการทุกข์ทรมาน เช่น ผู้รับบริการหูแว่ว หวาดระแวง ก้าวร้าวบุคคลในครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้างกลัวหรือกังวล
3. **การทำหน้าที่บกพร่อง (dysfunction)** หมายถึง อาการที่ทำให้ผู้รับบริการมีการทำหน้าที่หรือการใช้ชีวิตประจำวันไม่มีประสิทธิภาพหรือบกพร่อง เช่น ผู้รับบริการไม่สามารถมาทำงานหรือมาเรียนตามที่เคยเป็นได้

วัตถุประสงค์ในการจำแนกโรคทางจิตเวช คือ สร้างข้อวินิจฉัยโรคที่ได้รับการยอมรับจากจิตแพทย์ เพื่อใช้ในการสื่อสารที่ตรงกันระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข และเพื่อตรวจสอบการดำเนินโรค การรักษา และการวิจัย การแยกโรคทางจิตเวชในช่วงแรก ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้จำแนกโรคทางจิตเวชออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคจิต (psychosis) ซึ่งหมายถึง ผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และโรคประสาท (neurosis) ซึ่งหมายถึง ผู้รับบริการที่ไม่ได้มีอาการทางจิตรุนแรงเท่ากลุ่มโรคจิต (ในปัจจุบันจิตแพทย์ไม่นิยมใช้คำว่า neurosis เนื่องจากมีความหมายคลุมเครือมากกว่าคำว่า psychosis)

2. การจำแนกประเภทของกลุ่มอาการและโรคทางจิตเวช

โรคทางจิตเวชในสมัยก่อนจะมีคำที่นิยมใช้คือคำว่า โรคจิต (psychosis) และโรคประสาท (neurosis) ซึ่งมักทำให้บุคคลทั่วไปมักสับสนกันอยู่เสมอว่าอาการเป็นอย่างไรแน่ ส่วนคำว่าโรคทางจิตใจ (functional disorders) และโรคทางกาย (organic disorders) ไม่มีใช้อย่างเป็นทางการในระบบจำแนกโรค แต่มักถูกนำมาใช้ในทางเวชปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้[2]

2.1 โรคจิต

โรคจิต (psychosis) หมายถึง โรคทางจิตใจที่มีความผิดปกติทางความรู้สึก ความคิด หรือการแสดงออก อย่างรุนแรงถึงขั้นบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคคลที่เป็นโรคจิตจะมีอาการที่มีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

1. มีอาการ 1 ใน 4 อย่าง ได้แก่
 - 1.1. หลงผิด (delusion)
 - 1.2. ประสาทหลอน (hallucination)
 - 1.3. พูดไม่รู้เรื่อง (disorganized speech)
 - 1.4. พฤติกรรมผิดปกติ (disorganized behaviour)
2. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (personality changes)
3. ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย (no insight)

โรคจิตแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพทางกาย (organic psychoses) หมายถึง โรคจิตที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกาย เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ซึ่งเกิดจากโรคหรือความผิดปกติของสมอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมองหรือทำให้สมองทำงานผิดปกติ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1.1 โรคสมองเสื่อมในวัยชราและใกล้เคียง (senile and pre-senile dementia) หมายถึง โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมักเริ่มเมื่อบุคคลมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ผู้รับบริการจะมีอาการระแวง ซึมเศร้า หูแว่ว พฤติกรรมคล้ายเด็ก รักษาให้ทุเลาอาการทางจิตได้ด้วยยาทางจิตเวช แต่ไม่สามารถจะทำให้ความจำกลับคืนปกติได้ นอกจากนี้ โรคสมองเสื่อมอาจเนื่องมาจากหลอดเลือดในสมองแข็ง พบในผู้รับบริการที่มีความดันเลือดสูงเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษา

1.2 โรคจิตจากสุรา (alcoholic psychoses) หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า บุคคลที่ดื่มสุรา 50 คน จะมี 1 คนเป็นโรคจิตจากสุรา โรคที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ โรคจิตเฉียบพลันจากการดื่มสุรา (delirium tremens) ผู้รับบริการจะมีอาการมือสั่น หวาดกลัว เห็นภาพหลอน หลงผิด งุนงง สับสน โรคจิตจากสุรานี้สามารถรักษาให้หายได้

1.3 โรคจิตจากสารหรือยา (drug psychoses) หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากสารหรือยาบางอย่าง เช่น ยาบ้า (แอมเฟตามีน) ผีน และยานอนหลับ (บาร์บิทูเรต)

1.4 โรคจิตชั่วคราวจากสาเหตุทางกาย (transient organic psychotic conditions) หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายบางอย่าง เช่น มาลาเรียขึ้นสมอง ไทฟอยด์ โรคติดเชื้อ โรคต่อมไร้ท่อ และโรคระบบ เมตาบอลิซึม มักมีอาการรุนแรง สับสน เลอะเลือน พูดเพ้อ เห็นภาพลวงตา ประสาทหลอน เมื่อรักษาโรคทางกายทุเลาหรือหายจะไม่มีอาการรื้อรอยของโรคจิตเหลืออยู่เลย

1.5 โรคจิตเรื้อรังจากสาเหตุทางกาย (chronic organic psychotic conditions) หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่ทำให้เนื้อสมองเสียหรือเสื่อมไป เช่น โรคซิฟิลิสขึ้นสมอง โรคตับในระยะสุดท้าย เป็นต้น

2. โรคจิตอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับพยาธิสภาพทางกาย (functional psychoses) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกายภาพ ได้แก่

2.1 โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีสาเหตุร่วมกันหลายประการ อาการที่สำคัญ ได้แก่ มีความผิดปกติทางความคิด บุคลิกภาพ พฤติกรรม เช่น พูด หัวเราะ ร้องไห้คนเดียว โดยไม่มีเหตุผล ทำท่าแปลก ๆ มักเกิดในวัย 15-40 ปี สถิติโลกพบประมาณ 1% ของประชากร

2.2 โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychoses หรือ manic-depressive psychoses) หมายถึง โรคจิตที่มีความผิดปกติของอารมณ์อย่างมาก พบมากในประเทศทางซีกโลกตะวันตกประมาณ 1%-2% ของประชากร ส่วนมากมักเกิดอาการระหว่างอายุ 30-50 ปี อาการจะเกิดเป็นพัก ๆ เมื่อหายป่วยจะเป็นปกติดีเหมือนบุคคลทั่วไป สาเหตุใหญ่เนื่องจากกรรมพันธุ์หรือเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีบางอย่างในสมอง โรคจิตทางอารมณ์แบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ 7 ชนิด โรคจิตทางอารมณ์ที่พบบ่อย ได้แก่

2.2.1 โรคจิตทางอารมณ์ชนิดครึกครื้นหรือพลุ่งพล่าน (manic type) เป็นโรคจิตที่ผู้รับบริการมีพลังกระตือรือร้นมากผิดธรรมดา ทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่เหน็ดเหนื่อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น หลงผิดคิดว่า ตนเป็นคนใหญ่โต หรือมีความระแวงร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังมีลักษณะอารมณ์ครึกครื้นหรือโกรธง่าย หงุดหงิด พูดมาก ความคิดไหลบ่าท่วมท้นจนพูดไม่ทัน เป็นต้น

2.2.2 โรคจิตทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้า (depressive type) เป็นโรคจิตที่ผู้รับบริการมีอาการเศร้า สิ้นหวัง อยากร้องไห้เสมอ ๆ รู้สึกว่า ตัวเองไร้ค่า คิดอยากฆ่าตัวตาย ขาดพลัง ขาดความ ริเริ่ม รู้สึกว่างานธรรมดา กลายเป็นงานยาก นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสนใจทางเพศลดลงมาก วิดกกังวล กระวนกระวายใจมาก มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในวัยระหว่างอายุ 45-55 ปี

2.2.3 โรคจิตทางอารมณ์ชนิดผสม (mixed manic-depressive type) เป็นโรคจิตที่ผู้รับบริการมีอาการทั้งสองชนิดข้างต้นปนกันในเวลาเดียวกัน ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจทุเลาได้ในเวลา 3 - 6 เดือน ถ้ารักษาอาการจะทุเลาได้ภายใน 2-3 สัปดาห์

2.3 โรคจิตหวาดระแวง (paranoid psychoses) หมายถึง โรคจิตที่ผู้รับบริการมีอาการสำคัญเพียงอย่างเดียว คือ มีความหลงผิดชนิดระแวง แต่มีบุคลิกภาพไม่เปลี่ยนแปลงให้เห็นชัดเจน โรคจิตชนิดนี้พบน้อยกว่าโรคจิตเภทและโรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตหวาดระแวงที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โรคจิตหวาดระแวงในวัยต่อและวัยชรา เช่น ระแวงว่าขโมยจะขึ้นบ้าน ระแวงว่าภรรยาจะมีชู้ ส่วนมากสามารถรักษาให้ทุเลาได้ด้วยยารักษาโรคจิต

2.4. โรคจิตอื่น ๆ (other psychoses) หมายถึง โรคจิตที่ผู้รับบริการมีอาการที่มีสาเหตุจากความเครียดทางอารมณ์ เช่น ตกงาน ไฟไหม้บ้าน อาจมีอาการออกมาในรูปเศร้า อยากรฆ่าตัวตาย งุนงง หวาดกลัว หลงผิด ระวัง อาการจะทุเลาได้เร็ว ถ้าได้รับการรักษาหรือทำให้ภาวะที่ทำให้ความตึงเครียดนี้หมดไป ส่วนมากสามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญปัญหา

ข้อสังเกต คำว่า ‘organic mental disorders’ หมายถึง ความผิดปกติทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรมเป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมองอย่างถาวรหรือไม่ถาวรก็ตาม organic mental disorders แตกต่างจาก functional disorders เช่น โรคจิตเภทและความผิดปกติด้านอารมณ์ เนื่องจาก organic mental disorders มีสาเหตุมาจากชีววิทยาและพยาธิสภาพของสรีระ ส่วน functional disorders ไม่มีสาเหตุจากชีววิทยาและพยาธิสภาพของร่างกาย

ตารางที่ 2.1 อาการที่พบได้ทั่วไปในผู้ที่เป็นโรคจิต

อาการ	อาการทางกาย	อาการทางจิต	ภาวะอารมณ์	ภาวะวิตกกังวล
สับสน (confusion)	√√	√	√	√
ภาพหลอน (illusion)	√√	√	√	√
ประสาทหลอน (hallucination)	√	√√ (AH)	+/-	√
หลงผิด (delusion)	√	√	+/-	√
ครั่นแค้น/พลังพละ่าน (mania)	√	√	√√	√
ซึมเศร้า (depression)	√	√	√√	√
กลุ่มอาการที่สมองได้รับความเสียหายอย่างมาก (vegetative symptoms)	√	√	√√	+/-
วิตกกังวล (anxiety)	√	√	√	√√
อาการทางกาย (somatic symptoms)	√	√	√	√√

หมายเหตุ : AH = auditory hallucination (ประสาทหูหลอน)

2.2 โรคประสาท

โรคประสาท (neurosis) หมายถึง โรคทางจิตใจที่มีความเครียดความกังวลเป็นอาการสำคัญ ผู้รับบริการแสดงอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาการทางกายแสดงออกได้หลายรูปแบบแต่สามารถรับรู้ความจริงได้ เช่น วิตกกังวล (anxiety neurosis) หวาดกลัว (phobic neurosis) ย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive neurosis) มีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ (emotional conflict) การปรับตัวในชีวิตไม่เหมาะสม (maladjustment to life situations) พันธุกรรมและปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจอื่น ๆ (genetic and constitutional factors may contribute)[3] อาการทางจิตใจ เช่น จิตใจแปรปรวน อ่อนไหวง่าย มักมีความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลอยู่เสมอ ไม่สามารถควบคุมความรู้สึก อารมณ์ หรือพฤติกรรมให้เหมือนเดิมได้ ความแตกต่างระหว่างโรคจิตและโรคประสาทตามในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างของอาการทางจิตในโรคจิตและโรคประสาท

ความผิดปกติ	โรคจิต	โรคประสาท
ความรุนแรง	มาก	น้อย
ลักษณะ	ผิดปกติด้านคุณภาพ เช่น โรคจิตเภท	ผิดปกติด้านปริมาณ เช่น วิตกกังวลมาก กลัวมาก
การหยั่งรู้ตนเอง	ผิดปกติ	คงเดิม

ความผิดปกติ	โรคจิต	โรคประสาท
อัตตาหรืออีโก้	บุคคลไม่ตระหนักรู้อาการของตนเอง คิดว่าบุคลิกของตนเป็นสิ่งที่ยอมรับได้และพอใจ ที่จะมีพฤติกรรมเช่นนั้น (ego syntonic)	บุคคลเกิดปัญหาทางจิตใจ รู้สึกไม่ชอบ และพยายาม เลี่ยงไม่คิดหรือไม่ฟังประสงค์ (ego dystonic)
บุคลิกภาพ	เหมือนเดิม	เปลี่ยน
การรักษา	ยา	จิตบำบัด

2.3 โรคทางจิตใจ

โรคทางจิตใจ (functional psychosis) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่ไม่มีการทำลายด้านโครงสร้างของสมอง
หรือไม่มีความผิดปกติใด ๆ ทางร่างกายที่อธิบายสาเหตุของอาการทางจิตเวชได้

2.4 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง

กลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง (organic disorders) หมายถึง กลุ่มโรคทางจิตเวชที่
เกิดขึ้นเมื่อมีการทำลายโครงสร้างของสมองและมักเกิดร่วมกับความผิดปกติทางการรู้คิด (cognitive impairment)
อาการเพื่อ สับสน เช่น หลังอุบัติเหตุ จากแอลกอฮอล์ โรคติดเชื้อ กลุ่มโรคนี้อาจเป็นอยู่ระยะสั้น ๆ หรือตลอดชีวิต

3. การดำเนินโรคหรือธรรมชาติของโรค

การดำเนินโรค (natural history of disease) หมายถึง วงจรการเกิดโรค โดยการดำเนินโรคจะเริ่มตั้งแต่
เริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนกระทั่งหายจากโรค พิการ หรือเสียชีวิต รูปแบบการดำเนินโรคที่สำคัญ ได้แก่

- แบบเฉียบพลัน (acute) หมายถึง การเกิดโรคและเป็นอยู่ 1 วัน ถึง 6 เดือน
- แบบเรื้อรัง (chronic) หมายถึง การเกิดโรคและเป็นอยู่เกินกว่า 6 เดือน
- แบบเป็นรอบหรือช่วงระยะหรือครั้ง (episode) หมายถึง มีช่วงเป็นโรค ช่วงที่หายหรือช่วงที่ไม่มีอาการ (remission)
- แบบชั่วคราว (transient) หมายถึง ระยะที่บุคคลมีอาการเป็นแล้วหายไปอย่างรวดเร็ว
- แบบอาการคงอยู่ (persistent) หมายถึง ระยะที่มีอาการถาวรไม่หาย
- ระยะที่ไม่มีอาการของโรค (remission) หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่บุคคลไม่มีอาการของโรคหรืออาการทุเลา
- ระยะกำเริบ (relapse) หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่บุคคลมีอาการรุนแรงอีกครั้งหรือมีอาการทรุดลงอีกครั้ง
- อาการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) หมายถึง อาการกำเริบที่เกิดขึ้นหลังจากครั้งก่อนที่อาการทุเลาแล้ว
- ช่วงอาการปัจจุบัน (current episode) หมายถึง อาการในครั้งนี้
- อาการเหนี่ยวนำหรือชักนำ (induce) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดมีอาการขึ้น ถ้าไม่มีแล้วอาการผิดปกติจะหายไป

- ระดับเล็กน้อย (mild) หมายถึง ระดับที่มีอาการหรือความรู้สึกไม่สบายแต่ยังทำงานได้
- ระดับปานกลาง (moderate) หมายถึง ระดับที่มีอาการหรือความรู้สึกเริ่มผิดปกติเริ่มกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
- ระดับรุนแรง (severe) หมายถึง ระดับที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถทำงานได้

คำว่า ‘organic’ ไม่มีใช้ในระบบการจำแนกโรค เพราะอาจทำให้เข้าใจผิดว่าโรคทางจิตเวชไม่มีองค์ประกอบทางชีวภาพ เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า โรคทางจิตเวชหลาย ๆ โรค เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมอง (brain disease) และพันธุกรรม

4. ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช

ขั้นตอนแรกในการศึกษาความผิดปกติทางจิต คือ การแยกแยะอาการและอาการแสดงที่สำคัญอย่างรอบคอบและเป็นระบบ และเพื่อช่วยให้สามารถระบุสถานะภายในและพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตอย่างแท้จริง ดังนั้นการระบุและอธิบายกลุ่มอาการที่กำหนดไว้อย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง กระบวนการนี้ช่วยให้แพทย์และพยาบาลสามารถใช้ภาษาทั่วไปกับบุคคลในสาขาอื่น ๆ และช่วยในการสื่อสารเกี่ยวกับความผิดปกติกับผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงาน และสาธารณชนให้มีความเข้าใจตรงกัน และการวินิจฉัยที่ถูกต้องเป็นองค์ประกอบสำคัญในการแนะนำการรักษาที่เหมาะสมและประสบความสำเร็จ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ การจัดหมวดหมู่ของความผิดปกติทางจิตอย่างเป็นระบบจึงมีความจำเป็น ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชที่มีการใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบใหญ่ ๆ คือ ระบบ ICD และ DSM ดังนี้

4.1 ระบบ ICD

ระบบบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Disease and Related Health Problem: ICD) เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 1992 พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1992 ระบบ ICD นี้เป็นระบบที่ใช้อย่างเป็นทางการทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศยุโรป[1]

ระบบ ICD นิยมใช้ในการวินิจฉัยโรคทางกาย องค์การอนามัยโรคคิดค้นขึ้นมาเพื่อใช้วางแผน เป็นแนวทางการวินิจฉัย การรักษาอย่างเป็นสากล การบันทึกสถิติโรค และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระบบ ICD เกิดจากการเก็บข้อมูลอาการ กลุ่มอาการ สาเหตุของโรค อุบัติการณ์อย่างครอบคลุม และบันทึกเป็นสถิติอย่างชัดเจน มีการปรับปรุงให้เข้ากับยุคสมัยและงานวิจัยใหม่เป็นระยะ จึงทำให้ระบบ ICD เป็นการวินิจฉัยโรคที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก ปัจจุบันการแก้ไขการวินิจฉัยทางการแพทย์ยึดตาม ICD ฉบับที่ 11 ซึ่งได้เริ่มต้นปรับปรุงในปี ค.ศ. 2007 และได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน ค.ศ. 2018 และมีผลบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับศตวรรษที่ 21 โดยมีการปรับปรุงเพิ่มเติมจากฉบับที่ 10 ดังนี้

โครงสร้างรหัส ใน ICD-11 เพิ่มเป็น 28 บท (ICD-10 มี 22 บท) และมีการเปลี่ยนแปลงรหัสหน้า โดยที่ ICD-10 ใช้รหัสหน้าเป็นตัวอักษร A-Z ส่วน ICD-11 ใช้รหัสหน้าเป็นตัวเลข 1-9 และรหัสตัวอักษร A-S และ V X

(ยกเว้นอักษร I และ O เนื่องจากคล้ายกับตัวเลข 1 และ 0) ใน ICD-10 มีรหัสโรคทั้งสิ้น 14,000 ข้อวินิจฉัย ในขณะที่ ICD-11 มี 55,000+ ข้อวินิจฉัย

การประยุกต์ใช้ในระดับสากล ICD-11 มีคำแนะนำสำหรับการใช้งานกับวัฒนธรรมที่ต่างกัน รวมถึงการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ 43 ภาษา ซึ่งมีระบบที่ปรับปรุงใหม่โดยใช้ภาษาการเขียนโค้ดทั่วไปที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและนักวิจัยทั่วโลกสามารถใช้ได้ ซึ่งจะช่วยในการเปรียบเทียบและการใช้งานในระดับสากล ด้วยเครื่องมือ iCAT (internet computer-aided translation หมายถึง กลวิธีการแปลที่อาศัยคอมพิวเตอร์ในการช่วยการทำงานแปลของมนุษย์) ที่สามารถทำงานผ่านระบบเครือข่ายได้ ทำให้สามารถค้นหารายละเอียดตามลิงค์ (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>)

การใช้งานแบบดิจิทัลและใช้งานง่าย ICD-11 ใหม่ได้รับการออกแบบมาให้เป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์และใช้งานง่าย โดยเป็นการทำงานบนแพลตฟอร์มกลางและสามารถเชื่อมต่อกับซอฟต์แวร์ใดก็ได้ นอกจากนี้ยังสามารถเป็นรูปแบบที่เครื่องอ่านได้ ซึ่งเป็นการขยายศักยภาพการใช้งานในยุคดิจิทัล

แนวทางเชิงมิติ การปรับปรุงอีกประการหนึ่งของ ICD-11 ก็คือการใช้แนวทางเชิงมิติที่ทำให้จัดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ดีขึ้น สอดคล้องกับหลักฐานการวิจัย และจะปรับปรุงการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย วิธีการเชิงมิตินี้ยังช่วยลดโรครวมซึ่งหมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมามากกว่าหนึ่งโรค ทั้งที่จริงแล้วอาการของบุคคลล้วนเป็นส่วนหนึ่งของความเจ็บป่วยเดียวกัน เพื่อช่วยแนวทางเชิงมิตินี้ ระบบใหม่นี้ยังประกอบด้วยบทใหม่สองบทและหมวดหมู่ชุดใหม่

ตารางที่ 2.3 รายชื่อบททั้งหมดใน ICD-11

1. Certain infectious or parasitic diseases	15. Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue
2. Neoplasms	16. Diseases of the genitourinary system
3. Diseases of the blood or blood-forming organs	17. Conditions related to sexual health
4. Diseases of the immune system	18. Pregnancy, childbirth, or the puerperium
5. Endocrine, nutritional or metabolic diseases	19. Certain conditions originating in the perinatal period
6. Mental, behavioural, or neurodevelopmental disorders	20. Developmental anomalies
7. Sleep-wake disorders	21. Symptoms, signs, or clinical findings not elsewhere classified
8. Diseases of the nervous system	22. Injury, poisoning or certain other consequences of external causes
9. Diseases of the visual system	23. External causes of morbidity or mortality
10. Diseases of the ear or mastoid process	24. Factors influencing health status or contact with health services
11. Diseases of the circulatory system	25. Codes for special purposes
12. Diseases of the respiratory system	26. Supplementary chapter traditional medicine conditions—module I
13. Diseases of the digestive system	27. Supplementary section for functioning assessment
14. Diseases of the skin	28. Extension codes

โรคทางจิตเวชในระบบ ICD-11 อยู่ในบทที่ 6 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders (ความผิดปกติทางจิต พฤติกรรม หรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาท) เลขรหัสหน้าด้วยเลข 6 โดยเป็นกลุ่มอาการที่แสดงอาการผิดปกติทางคลินิกด้านการรับรู้ การควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงความผิดปกติในกระบวนการทางจิตวิทยา ร่างกาย หรือพัฒนาการที่เป็นรากฐานของการทำงานของจิตใจ และพฤติกรรม ความผิดปกติเหล่านี้มักจะเกี่ยวข้องกับความทุกข์หรือความบกพร่องในการทำงานส่วนตัว ครอบครัว สังคม การศึกษา อาชีพ หรือส่วนสำคัญอื่น ๆ ความผิดปกติประกอบด้วยกลุ่มโรคระดับที่ 1 (blockL1 (block หมายถึง กลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการหรืออาการแสดงย่อย, L หมายถึง ระดับ) และกลุ่มโรคระดับที่ 2 (blockL2) ซึ่งบท และกลุ่มโรคจะไม่มีรหัสกำกับ ดังนั้นจึงไม่ใช่การวินิจฉัยโรค และโรคบางโรคอาจอยู่หลายบทหรือหลายกลุ่มโรคทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรค โดยมีรายละเอียดหมวดหมู่และกลุ่มโรคตามระบบ ICD-11 ดังนี้[4]

ความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาท (neurodevelopmental disorders) (BlockL1-6A0)

6A00 Disorders of intellectual development
6A01 Developmental speech or language disorders
6A02 Autism spectrum disorder
6A03 Developmental learning disorder
6A04 Developmental motor coordination disorder
6A05 Attention deficit hyperactivity disorder
6A06 Stereotyped movement disorder
8A05.0 Primary tics or tic disorders
6E60 Secondary neurodevelopmental syndrome
6A0Y Other specified neurodevelopmental disorders

โรคจิตเภทหรือโรคจิตปฐมภูมิอื่น ๆ (schizophrenia or other primary psychotic disorders) (BlockL1-6A2)

6A20 Schizophrenia
6A21 Schizoaffective disorder
6A22 Schizotypal disorder
6A23 Acute and transient psychotic disorder
6A24 Delusional disorder
6A25 Symptomatic manifestations of primary psychotic disorders
Substance-induced psychotic disorders (กระจายหลายกลุ่ม)
6E61 Secondary psychotic syndrome
6A2Y Other specified primary psychotic disorder
6A2Z Schizophrenia or other primary psychotic disorders, unspecified

คาทาโทเนีย (catatonia) (BlockL1-6A4)

6A40 Catatonia associated with another mental disorder
6A41 Catatonia induced by substances or medications
6E69 Secondary catatonia syndrome
6A4Z Catatonia, unspecified

ความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) (BlockL1-6A6)

Bipolar or related disorders (BlockL2-6A6)

Depressive disorders (BlockL2-6A7)

6A80 Symptomatic and course presentations for mood episodes in mood disorders

Substance-induced mood disorders (กระจายหลายกลุ่ม)

6E62 Secondary mood syndrome

6A8Y Other specified mood disorders

6A8Z Mood disorders, unspecified

โรควิตกกังวลและโรคที่สัมพันธ์กับอาการกลัว (anxiety or fear-related disorders) (BlockL1-6B0)

6B00 Generalized anxiety disorder

6B01 Panic disorder

6B02 Agoraphobia

6B03 Specific phobia

6B04 Social anxiety disorder

6B05 Separation anxiety disorder

6B06 Selective mutism

Substance-induced anxiety disorders (กระจายหลายกลุ่ม)

6B23 Hypochondriasis

6E63 Secondary anxiety syndrome

6B0Y Other specified anxiety or fear-related disorders

6B0Z Anxiety or fear-related disorders, unspecified

โรคย้ำคิดย้ำทำและโรคที่เกี่ยวข้อง (obsessive-compulsive or related disorders) (BlockL1-6B2)

6B20 Obsessive-compulsive disorder

6B21 Body dysmorphic disorder

6B22 Olfactory reference disorder

6B23 Hypochondriasis

6B24 Hoarding disorder

6B25 Body-focused repetitive behaviour disorders

Substance-induced obsessive-compulsive or related disorders (กระจายหลายกลุ่ม)

6E64 Secondary obsessive-compulsive or related syndrome

8A05.00 Tourette syndrome

6B2Y Other specified obsessive-compulsive or related disorders

6B2Z Obsessive-compulsive or related disorders, unspecified

กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียดโดยเฉพาะ (disorders specifically associated with stress) (BlockL1-6B4)

6B40 Post traumatic stress disorder

6B41 Complex post traumatic stress disorder

6B42 Prolonged grief disorder

6B43 Adjustment disorder

6B44 Reactive attachment disorder

6B45 Disinhibited social engagement disorder

6B4Y Other specified disorders specifically associated with stress

6B4Z Disorders specifically associated with stress, unspecified

#โรคดิสโซซิเอทีฟ (dissociative disorders) (BlockL1-6B6)

- 6B60 Dissociative neurological symptom disorder
- 6B61 Dissociative amnesia
- 6B62 Trance disorder
- 6B63 Possession trance disorder
- 6B64 Dissociative identity disorder
- 6B65 Partial dissociative identity disorder
- 6B66 Depersonalization-derealisation disorder
- 6E65 Secondary dissociative syndrome
- 6B6Y Other specified dissociative disorders
- 6B6Z Dissociative disorders, unspecified

ความผิดปกติการกินหรือพฤติกรรมการกินอาหาร (feeding or eating disorders) (BlockL1-6B8)

- 6B80 Anorexia nervosa
- 6B81 Bulimia nervosa
- 6B82 Binge eating disorder
- 6B83 Avoidant-restrictive food intake disorder
- 6B84 Pica
- 6B85 Rumination-regurgitation disorder
- 6B8Y Other specified feeding or eating disorders
- 6B8Z Feeding or eating disorders, unspecified

ความผิดปกติการขับถ่าย (elimination disorders) (BlockL1-6C0)

- 6C00 Enuresis
- 6C01 Encopresis
- 6C0Z Elimination disorders, unspecified

ความผิดปกติความกังวลหรือการรับรู้ร่างกายของตน (disorders of bodily distress or bodily experience) (BlockL1-6C2)

- 6C20 Bodily distress disorder
- 6C21 Body integrity dysphoria
- 6C2Y Other specified disorders of bodily distress or bodily experience
- 6C2Z Disorders of bodily distress or bodily experience, unspecified

ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดหรือจากพฤติกรรมเสพติด (disorders due to substance use or addictive behaviours) (BlockL1-6C4)

- Disorders due to substance use (BlockL2-6C4)
- Disorders due to addictive behaviours (BlockL2-6C5Y-Z)

ความผิดปกติการควบคุมตัวเอง (impulse control disorders) (1-6C7)

- 6C70 Pyromania
- 6C71 Kleptomania
- 6C72 Compulsive sexual behaviour disorder
- 6C73 Intermittent explosive disorder
- Substance-induced impulse control disorders (กระจายหลายกลุ่ม)
- 6C50 Gambling disorder
- 6C51 Gaming disorder

6E66 Secondary impulse control syndrome
 6B25 Body-focused repetitive behaviour disorders
 6C7Y Other specified impulse control disorders
 6C7Z Impulse control disorders, unspecified

ความผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าวหรือต่อต้านสังคม (disruptive behaviour or dissocial disorders) (BlockL1-6C9)

6C90 Oppositional defiant disorder
 6C91 Conduct-dissocial disorder
 6C9Y Other specified disruptive behaviour or dissocial disorders
 6C9Z Disruptive behaviour or dissocial disorders, unspecified

บุคลิกภาพผิดปกติและลักษณะบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้อง (personality disorders and related traits) (BlockL1-6D1)

6D10 Personality disorder
 6D11 Prominent personality traits or patterns
 6E68 Secondary personality change

ความผิดปกติการเร้าอารมณ์ทางเพศ (paraphilic disorders) (BlockL1-6D3)

6D30 Exhibitionistic disorder
 6D31 Voyeuristic disorder
 6D32 Paedophilic disorder
 6D33 Coercive sexual sadism disorder
 6D34 Frotteuristic disorder
 6D35 Other paraphilic disorder involving non-consenting individuals
 6D36 Paraphilic disorder involving solitary behaviour or consenting individuals
 6D3Z Paraphilic disorders, unspecified

โรคปวยปลอม (factitious disorders) (BlockL1-6D5)

6D50 Factitious disorder imposed on self
 6D51 Factitious disorder imposed on another
 6D5Z Factitious disorders, unspecified

ความผิดปกติของระบบประสาทการรู้คิด (neurocognitive disorders) (BlockL16D7)

6D70 Delirium
 6D71 Mild neurocognitive disorder
 6D72 Amnesic disorder

Dementia (Block L2-6D8)

6E67 Secondary neurocognitive syndrome
 6E0Y Other specified neurocognitive disorders
 6E0Z Neurocognitive disorders, unspecified

โรคจิตเวชหรือความผิดปกติทางพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ การคลอดและภาวะหลังคลอด (mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium) (BlockL1-6E2)

6E20 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, without psychotic symptoms
 6E21 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, with psychotic symptoms
 6E2Z Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, unspecified

ปัจจัยทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความผิดปกติหรือโรคที่ระบุไว้ในหมวดหมู่อื่น (psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere) (BlockL1-6E4)

- 6E40.0 Mental disorder affecting disorders or diseases classified elsewhere
- 6E40.1 Psychological symptoms affecting disorders or diseases classified elsewhere
- 6E40.2 Personality traits or coping style affecting disorders or diseases classified elsewhere
- 6E40.3 Maladaptive health behaviours affecting disorders or diseases classified elsewhere
- 6E40.4 Stress-related physiological response affecting disorders or diseases classified elsewhere
- 6E40.Y Other specified psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere
- 6E40.Z Psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere, unspecified

กลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมทุติยภูมิที่สัมพันธ์กับความผิดปกติหรือโรคที่ระบุไว้ในหมวดหมู่อื่น (secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere) (BlockL1-6E6)

- 6E60 Secondary neurodevelopmental syndrome
- 6E61 Secondary psychotic syndrome
- 6E62 Secondary mood syndrome
- 6E63 Secondary anxiety syndrome
- 6E64 Secondary obsessive-compulsive or related syndrome
- 6E65 Secondary dissociative syndrome
- 6E66 Secondary impulse control syndrome
- 6E67 Secondary neurocognitive syndrome
- 6E68 Secondary personality change
- 6E69 Secondary catatonia syndrome
- 6D70.0 Delirium due to disease classified elsewhere
- 6E6Y Other specified secondary mental or behavioural syndrome
- 6E6Z Secondary mental or behavioural syndrome, unspecified
- # 6E8Y Other specified mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
- # 6E8Z Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders, unspecified

ข้อสังเกตเพิ่มเติม ใน ICD-11 คือ

- บทที่ 7 Sleep-wake disorders ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ รหัสส่นำหน้าด้วย 7
- บทที่ 17 Conditions related to sexual health ภาวะเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ รหัสส่นำหน้าด้วย H
- บทที่ 26 Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I การแพทย์ทางเลือก รหัสส่นำหน้าด้วย S
- บทที่ 27 Supplementary section for functioning assessment การประเมินสมรรถนะการทำงาน รหัสส่นำหน้าด้วย V
- บทที่ 28 Extension Codes รหัสส่นำหน้าเพื่อขยายความ บอกรายละเอียด รหัสส่นำหน้าด้วย X

สรุปการจำแนกโรคทางจิตเวชในระบบ ICD-11 มีการเปลี่ยนแปลงจาก ICD-10 ดังนี้

1. **โครงสร้างของบท** ใน ICD-11 ประกอบด้วย 21 กลุ่มอาการ ใน ICD-10 มี 11 กลุ่มอาการ ดังตารางที่ 2.4
2. **เพิ่มบท** มีการเพิ่มบทเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยทางเพศและความผิดปกติด้านการนอน (sexual health and sleep-wake disorders)
3. **เพิ่มกลุ่มการวินิจฉัยโรค** มีการเพิ่มกลุ่มความผิดปกติด้านพฤติกรรมและพัฒนาการระบบประสาท (behavioural and neurodevelopmental conditions) ดังตารางที่ 2.5 และมีการปรับปรุงคำอธิบายความผิดปกติ เช่น ภาวะโศกเศร้าแบบมีพยาธิสภาพ ภาวะติดเกมคอมพิวเตอร์ และพฤติกรรมย่ำทำด้านเพศ นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยโรค เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ

- (PTSD) ได้กำหนดอาการ 3 อาการที่ควรมี ดังนี้ 1). การประสบกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจซ้ำ ๆ 2). การหลีกเลี่ยงความคิดและความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือบุคคลที่ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น และ 3). การรับรู้อย่างต่อเนื่องของภัยคุกคามในปัจจุบันที่เพิ่มสูงขึ้น
4. **ความสอดคล้องกับระบบ DSM** ใน ICD-11 ใช้โครงสร้างการเข้ารหัสแบบตัวอักษรและตัวเลขซึ่งให้ความยืดหยุ่นสำหรับการจัดกลุ่มการวินิจฉัยโรคที่มากขึ้น การจัดกลุ่มเหล่านี้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติงานทางคลินิก
 5. **มิติในการจัดหมวดหมู่** ได้ใช้แบบการจัดหมวดหมู่ของกลุ่มอาการที่มีลักษณะอาการเหมือนกันหลายอย่างเข้าไว้ด้วยกัน (polythetic categorical approach) ซึ่งในการจัดหมวดหมู่เชิงมิติแสดงถึงความรุนแรงของอาการเฉพาะและความผิดปกติทางจิต รวมถึงอาการของจิตใต้สำนึก

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบการจำแนกกลุ่มอาการทางจิตเวชตาม ICD-10 (mental and behavioural disorders chapter และ ICD-11 (mental, behavioural or neurodevelopmental disorders and relevant disorder chapter) [4]

ICD-10	ICD-11
F00-F99 Mental and behavioural disorders chapter	06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders chapter (and relevant disorder groupings from other ICD-11 chapters)
F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders	6D70-6E0Z Neurocognitive disorders (8A20-8A2Z Disorders with neurocognitive impairment as a major feature)
F10-F19 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use	6C40-6C5Z Disorders due to substance use or addictive behaviours
F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	6A20-6A2Z Schizophrenia or other primary psychotic disorders 6A40-6A4Z Catatonia
F30-F39 Mood (affective) disorders	6A60-6A8Z Mood disorders
F40-F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders	6B00-6B0Z Anxiety or fear-related disorders 6B20-6B2Z Obsessive-compulsive or related disorders 6B40-6B4Z Disorders specifically associated with stress 6B60-6B6Z Dissociative disorders 6C20-6C2Z Disorders of bodily distress or bodily experience
F50-F59 Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	6B80-6B8Z Feeding or eating disorders 6E20-6E2Z Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth, or the puerperium 6E40-6E40Z Psychological or behavioural factors affecting disorders or diseases classified elsewhere
F60-F69 Disorders of adult personality and behaviour	6C70-6C7Z Impulse control disorders 6D10-6D11.5 Personality disorders and related traits 6D30-6D3Z Paraphilic disorders 6D50-6D5Z Factitious disorders (7A00-7A0Z Insomnia disorders)

ICD-10	ICD-11
	(7A20-7A2Z Hyper somnolence disorders) (7A60-7A6Z Circadian rhythm sleep-wake disorders) (HA60-HA6Z Gender incongruence)
F70-F79 Mental retardation	6A00-6A00.Z Disorders of intellectual development
F80-F89 Disorders of psychological development	6A00-6A06.Z Neurodevelopmental disorders
F90-F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in child-hood and adolescence	6C00-6C0Z Elimination disorders 6C90-6C9Z Disruptive behavioural or dissocial disorders
F99 Unspecified mental disorder	6E60-6E6Z Secondary mental or behavioural syndromes associated with disorders or diseases classified elsewhere

ตารางที่ 2.5 แสดงกลุ่มการวินิจฉัยโรคใหม่ใน ICD-11 และกลุ่ม post-traumatic stress disorder[5]

กลุ่มการวินิจฉัยโรค	ลักษณะอาการ
catatonia	กลุ่มอาการของการรบกวนการทำงานของการทำงานของร่างกายแบบปฐมภูมิ (ไม่ถือว่าเป็นประเภทย่อยของโรคจิตเภทอีกต่อไป) ซึ่งมีลักษณะอาการหลายอย่างเกิดขึ้น ได้แก่ stupor; catalepsy; waxy flexibility; mutism; negativism; posturing; mannerisms; stereotypies; psychomotor agitation; grimacing; echolalia และ echopraxia
bipolar type II disorder	ต้องมีช่วงอาการเกือบพลุ่งพล่าน (hypomanic episode) และช่วงอาการซึมเศร้า (depressive episode) อย่างน้อย 1 ครั้ง
body dysmorphic disorder	ต้องมีการหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างที่ผิดปกติหรือมีปัญหาคือคนอื่นมองไม่เห็นหรือมองเห็นได้เพียงเล็กน้อยเป็นระยะเวลานาน (โรคไม่ชอบรูปร่างหน้าตาตัวเอง)
olfactory reference disorder	ต้องมีการหมกมุ่นเป็นระยะเวลานานเกี่ยวกับความเชื่อว่าตนกำลังส่งกลิ่นกายหรือกลิ่นลมหายใจที่เหม็นหรือน่ารังเกียจ ซึ่งผู้อื่นไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นเพียงเล็กน้อย
hoarding disorder	มีการสะสมทรัพย์สินให้เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการหามาได้มากเกินไปหรือมีความยากลำบากในการละทิ้งสิ่งเหล่านั้น โดยไม่คำนึงถึงมูลค่าที่แท้จริงของสิ่งเหล่านั้น
excoriation disorder	ต้องมีลักษณะเฉพาะ คือ การหยิบผิวหนังซ้ำ ๆ ทำให้เกิดโรคผิวหนังพร้อมกับความพยายามลดหรือหยุดพฤติกรรมไม่สำเร็จ
complex PTSD	อาการที่พัฒนาหลังจากเกิดเหตุการณ์ที่คุกคามหรือน่าสยดสยอง (หรือชุดของเหตุการณ์) และมีลักษณะของการรบกวนอย่างรุนแรงและต่อเนื่องในการควบคุมผลกระทบ ความคิดเชิงลบต่อตนเองและความยากลำบากในการรักษาความสัมพันธ์ นอกเหนือจากคุณสมบัติหลักสามประการของ PTSD (เช่น การประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจซ้ำในปัจจุบัน การหลีกเลี่ยงความคิดและความทรงจำของเหตุการณ์ การรับรู้อย่างต่อเนื่องของภัยคุกคามในปัจจุบันที่เพิ่มสูงขึ้น)
prolonged grief disorder	การตอบสนองต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติเป็นวงกว้าง ยืดเยื้อ และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่หายไป
binge eating disorder	ลักษณะเฉพาะของการกินมากเกินไปและเกิดซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
avoidant/restrictive food intake disorder	มีลักษณะการกินหรือพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ มีผลทำให้ปริมาณหรือความหลากหลายของอาหารไม่เพียงพอต่อการงานหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
body integrity dysphoria	โรคอยากกำจัดอวัยวะตนเอง ซึ่งเป็นความต้องการที่รุนแรงและยืดเยื้อจนทำให้ร่างกายอาจกลายเป็นผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญโดยเริ่มมีอาการในวัยเด็กหรือวัยรุ่นตอนต้น

กลุ่มการวินิจฉัยโรค	ลักษณะอาการ
gaming disorder	รูปแบบพฤติกรรมการเล่นเกมนียึดเยื้อและซ้ำ ๆ (โรคติดเกม)
compulsive sexual behaviour disorder	รูปแบบการควบคุมตนเองล้มเหลว มีความต้องการทางเพศซ้ำ ๆ หรือมีแรงกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศซ้ำ ๆ
intermittent explosive disorder	ความก้าวร้าวทางวาจาหรือทางกายซ้ำ ๆ เป็นระยะ ๆ หรือการทำลายทรัพย์สินซึ่งแสดงถึง ความล้มเหลวในการควบคุมแรงกระตุ้นที่ก้าวร้าว
premenstrual dysphoric disorder	รูปแบบของอาการทางอารมณ์ (เช่น อารมณ์ซึมเศร้า) อาการด้านร่างกาย (เช่น การกินมากเกินไป) หรืออาการทางปัญญา (เช่น การหลงลืม) เป็นอาการที่เริ่มต้นขึ้นหลายวันก่อนเริ่มมีประจำเดือน เริ่มดีขึ้นภายในสองสามวันหลังจากนั้นประจำเดือนเริ่มมาน้อยหรือขาดภายใน 1 สัปดาห์หลังมีประจำเดือน

คำถาม ข้อใดเป็นโครงสร้างรหัสใน ICD-11 ตอบทุกข้อที่เป็นจริง

- ก. รหัสเริ่มต้นด้วยตัวเลข
- ข. รหัสทุกตัวเริ่มต้นด้วยตัวอักษร
- ค. รหัส X เป็นรหัสที่บ่งชี้ถึงรหัสเพิ่มเติม
- ง. ไม่ใช่ตัวอักษร O และ I
- จ. ถูกทุกข้อ

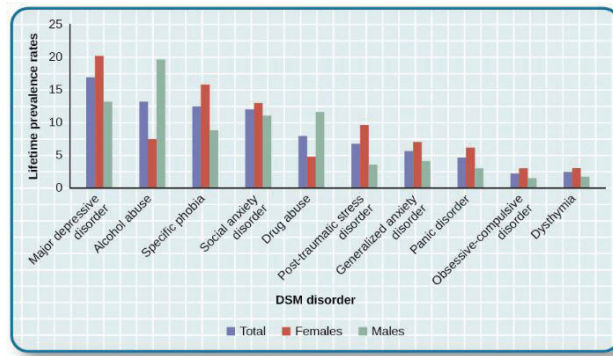
คำตอบ

- ก. ถูกต้อง รหัสเริ่มต้นด้วยตัวเลข เช่น ความผิดปกติทางจิตเวชเริ่มต้นด้วย 6
- ข. ผิด รหัสทุกตัวเริ่มต้นด้วยตัวอักษรเป็นรหัสในระบบ ICD-10
- ค. ถูกต้อง อักษร X เป็นรหัสเสริมเพื่ออธิบายรายละเอียดทางคลินิก ซึ่งอยู่ในภาคผนวก
- ง. ถูกต้อง ระบบ ICD-11 ไม่มีรหัสที่เป็นอักษร I และ O เนื่องจากคล้ายกับตัวเลข 1 และ 0
- จ. ผิด

4.2 ระบบ DSM

ระบบ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)[6] และ text revision (DSM-5-TR หรือฉบับปรับปรุงแก้ไข)[7] เป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตจัดทำโดยสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) เนื่องจากสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกามีความคิดเห็นว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคในระบบ ICD บางข้อขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับและไม่มีที่น่าเชื่อถือทางสถิติ

ระบบ DSM ฉบับแรก (DSM-I) ถูกพัฒนาในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ. 1952 โดยได้ทดลองใช้ในกลุ่มทหารผ่านศึกที่มีปัญหาสุขภาพจิต หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ ปรับปรุงมาโดยตลอดเพื่อให้เหมาะสมกับความรู้ทางการแพทย์และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันใช้ DSM ฉบับที่ 5 (DSM-5) ซึ่งออกมาในปี ค.ศ. 2013 โดย DSM-5 มีบทบาทในการให้ชื่อปัญหาทางจิตเวช เป็นการสื่อสาร และให้ข้อมูลบางอย่าง เช่น นิยาม อาการของโรค และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้วินิจฉัยอาการทางจิต ทางเลือกในการรักษา และการทำความเข้าใจและแผนการรักษาโรค โดยระบบ DSM ได้แสดงความชุกของโรคทางจิตเวชตามลำดับแยกตามเพศ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงความชุกของโรคทางจิตเวชในระบบ DSM แยกตามเพศ[8]

องค์ประกอบและหมวดหมู่ในระบบ DSM-5

ระบบ DSM-5 ประกอบด้วย 3 หมวดหมู่และภาคผนวก ในแต่ละหมวดหมู่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย และสถิติต่าง ๆ ดังนี้[9]

หมวดหมู่ที่ 1 พื้นฐานของระบบ DSM-5

ในหมวดหมู่นี้ประกอบด้วยบทนำ วิธีการใช้คู่มือ และคำเตือนในการใช้ระบบ DSM-5 ในงานนิติเวช

หมวดหมู่ที่ 2 หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

หมวดหมู่นี้มีเนื้อหามากที่สุด โดยได้จำแนกโรคทางจิตเวชออกเป็น 20 กลุ่ม และในแต่ละกลุ่มจะแยกย่อยเป็นภาวะผิดปกติทางจิตต่าง ๆ เพื่อใช้วินิจฉัยโรคทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเริ่มต้นด้วยความผิดปกติทางพัฒนาการทางระบบประสาท ต่อด้วยปัญหาภายในจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลทางสังคม ภาวะโซมาติก อาการหลังเหตุการณ์รุนแรง และโรคย้ำคิดย้ำทำ) ไปสู่ปัญหาภายนอกจิตใจ (การหยุดชะงัก การควบคุมแรงผลักดัน และความผิดปกติและการใช้สารเสพติด เป็นต้น) ซึ่ง 20 กลุ่มโรคที่ระบุในระบบ DSM-5 มีดังนี้

1. กลุ่มโรคความผิดปกติของพัฒนาการด้านสติปัญญา (neurodevelopmental disorders)
2. กลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders)
3. กลุ่มโรคไบโพลาร์และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง (bipolar and related disorders)
4. กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders)
5. กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders)
6. กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่นหรือมีพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ และความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง (obsessive-compulsive and related disorders)
7. กลุ่มโรคที่เกิดจากความกดดันทางจิตใจ (trauma and stressor-related disorders)
8. กลุ่มโรคบุคลิกภาพแตกแยก (dissociative disorders)
9. กลุ่มโรคโซมาติกและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง (somatic symptoms and related disorders)
10. กลุ่มความผิดปกติในพฤติกรรมกรกิน (feeding and eating disorders)

11. กลุ่มความผิดปกติของการขับถ่าย (elimination disorders)
12. กลุ่มความผิดปกติในการนอนหลับ (sleep-wake disorders)
13. กลุ่มโรคที่มีความบกพร่องในการตอบสนองทางเพศหรือการมีความสุขทางเพศ (sexual dysfunctions)
14. กลุ่มภาวะทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria)
15. กลุ่มความผิดปกติในควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (disruptive, impulse control, and conduct disorders)
16. กลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดและพฤติกรรมเสพติด (substance-related and addictive disorders)
17. กลุ่มความผิดปกติด้านความทรงจำ (neurocognitive disorders)
18. กลุ่มความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ (personality disorders)
19. กลุ่มโรคกามวิปริต (paraphilic disorders)
20. กลุ่มโรคอื่น ๆ (other disorders)

นอกจากนี้ ยังมี 2 กลุ่มพิเศษที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา อาการและปัญหาอื่น ๆ ที่อาจพบในการตรวจรักษาประกอบด้วย

- กลุ่มความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา (medication-induced movement disorders and other adverse effects of medication)
- กลุ่มความผิดปกติอื่น ๆ ที่ควรได้รับความสนใจทางคลินิก (other conditions that may be a focus of clinical attention)

หมวดหมู่ที่ 3 การพัฒนาการวัดผลและแม่แบบ

หมวดหมู่นี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์และการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับสุขภาพจิต เครื่องมือการประเมินผล การทำความเข้าใจวัฒนธรรม รูปแบบความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ และอาการต่าง ๆ ซึ่งต้องศึกษาเพิ่มเติมก่อนจำแนกประเภทการวินิจฉัยโรค ในระบบนี้มีเครื่องมือในการประเมินอาการผิดปกติทางจิต 2 ระดับ (ระดับที่ 1 ประเมินอาการผิดปกติทั่วไป ([DSM-5 level1 assessment.pdf](#)) และระดับที่ 2 ประเมินอาการเฉพาะ ([DSM-5 Online Measures.docx](#)) 3 รูปแบบ (ผู้ใหญ่ประเมินตนเอง ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลประเมินเด็กอายุ 6-17 ปี) และวัยรุ่นประเมินตนเองอายุ 11-17 ปี)[7]

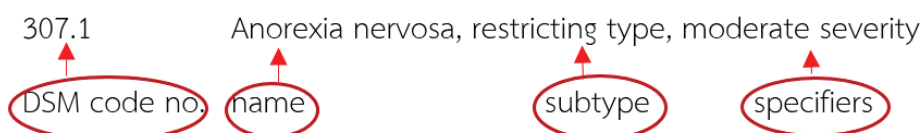
ภาคผนวก

ส่วนสุดท้ายในระบบ DSM-5 เป็นส่วนที่รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมต่าง ๆ เช่น การปรับปรุงเนื้อหาจากระบบ DSM-4 นิยามศัพท์เฉพาะ รายชื่อคณะกรรมการผู้พิจารณาและตรวจสอบเนื้อหาในระบบ DSM-5 เจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ซึ่งระบบ DSM-5 เป็นคู่มือที่รวบรวมนิยาม ลักษณะอาการ และหลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ช่วยให้การตรวจรักษาผู้ป่วยมีความถูกต้องโดยใช้เกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อย่างไรก็ตาม หากสงสัยว่าตัวเองหรือคนใกล้ชิดมีอาการผิดปกติใด ๆ ไม่ควรสันนิษฐานและวินิจฉัยโรคด้วยตัวเอง เพราะการตรวจและรักษาโรคทางจิตเวชควรให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์และนักจิตวิทยาเป็นผู้ประเมินและให้คำแนะนำที่ถูกต้อง การวินิจฉัยโรคด้วยตนเองจากการอ่านเนื้อหาในระบบ DSM ไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรค เนื่องจากอาจมีอคติต่อเกณฑ์การวินิจฉัยได้

การใช้ระบบ DSM ในการวินิจฉัยถือว่ามีความยืดหยุ่นมากกว่าระบบ ICD เนื่องจากอาจใส่แค่การวินิจฉัยที่น่าจะเป็น หรือการวินิจฉัยขั้นต้นเมื่อเริ่มรักษา (provisional diagnosis) หรือสามารถใส่หลายการวินิจฉัยโรคก็ได้ (multiple diagnosis) โดยระบุการวินิจฉัยหลัก (principal diagnosis) ร่วมด้วย

ระบบ DSM-5 มีการวินิจฉัยในแกนเดียว โดยแตกต่างจากความผิดปกติทางจิตใน DSM-4 ที่อยู่ในแกนที่ 1 และ 2 ส่วนอาการอื่น ๆ ซึ่งมุ่งเน้นที่การรักษาเป็นรหัส V (V codes หมายถึง ความผิดปกติที่ไม่จัดเป็นความผิดปกติทางจิต เมื่อยังไม่พบความผิดปกติด้านสังคม หน้าที่การงาน และการแสดงออกที่มากเกินไปจากระดับปกติ เช่น ความผิดปกติจากปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล ปัญหากับคู่สมรส เป็นต้น โดยใน DSM-4 อยู่ในแกนที่ 1 และความผิดปกติทางกาย ใน DSM-4 อยู่ในแกนที่ 3

ตัวอย่างองค์ประกอบของการวินิจฉัยโรคในระบบ DSM[6]



ตัวอย่าง รหัสใน DSM-4 Bipolar — single manic

- 296 Bipolar I disorder, single manic episode, unspecified
- 296.01 Bipolar I disorder, single manic episode, mild
- 296.02 Bipolar I disorder, single manic episode, moderate
- 296.03 Bipolar I disorder, single manic episode, severe without psychotic features
- 296.04 Bipolar I disorder, single manic episode, severe with psychotic features
- 296.05 Bipolar I disorder, single manic episode, in partial remission
- 296.06 Bipolar I disorder, single manic episode, in full remission

ตัวอย่าง รหัสใน DSM-5 Bipolar — manic

- 296.4 Bipolar I disorder, most recent episode hypomanic
- 296.4 Bipolar I disorder, most recent episode manic, unspecified
- 296.41 Bipolar I disorder, most recent episode manic, mild
- 296.42 Bipolar I disorder, most recent episode manic, moderate
- 296.43 Bipolar I disorder, most recent episode manic, severe without psychotic features
- 296.44 Bipolar I disorder, most recent episode manic, severe with psychotic features
- 296.45 Bipolar I disorder, most recent episode manic, in partial remission
- 296.46 Bipolar I disorder, most recent episode manic, in full remission

ตัวอย่าง รหัสใน DSM-5 Bipolar — depressed

- 296.5 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, unspecified
- 296.51 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, mild
- 296.52 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, moderate
- 296.53 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, severe without psychotic features
- 296.54 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, severe with psychotic features
- 296.55 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, in partial remission

- 296.56 Bipolar I disorder, most recent episode depressed, in full remission

ตัวอย่าง รหัสใน DSM-5 Bipolar — mixed

- 296.6 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, unspecified
- 296.61 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, mild
- 296.62 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, moderate
- 296.63 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, severe without psychotic features
- 296.64 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, severe with psychotic features
- 296.65 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, in partial remission
- 296.66 Bipolar I disorder, most recent episode mixed, in full remission
- 296.7 Bipolar I disorder, most recent episode unspecified
- 296.8 Bipolar disorder NOS
- 296.89 Bipolar II disorder
- 296.9 Mood disorder NOS

คำถาม ตัวอักษรย่อในคู่มือตามระบบ DSM-5 หมายความว่าข้อใด

- โรคและอาการแสดงในดัชนีความผิดปกติทางจิต
- การวินิจฉัยโรคและสถิติในคู่มือความผิดปกติทางจิต
- การวินิจฉัยโรคมาตรฐานในคู่มือความผิดปกติทางจิต
- โรคและสถิติในดัชนีความผิดปกติทางจิต

คำตอบ

- ผิด (คู่มือเป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยโรค ไม่ใช่ดัชนีโรค)
- ถูกต้อง (ชื่อคู่มือบ่งชี้ถึงการวินิจฉัยและสถิติ เนื่องจาก DSM-5 เป็นเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต รวมถึงเกณฑ์และสถิติ เช่น ความชุกและโรคร่วม)
- ผิด (คำตอบใกล้เคียง แต่ไม่เป็นมาตรฐาน)
- ผิด (คู่มือไม่ได้ดัชนีโรค)

คำถาม ข้อใดไม่ปรากฏใน DSM-5

- เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
- ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต
- สาเหตุของความผิดปกติทางจิต
- ข้อมูลความชุกของความผิดปกติทางจิต

คำตอบ

- ผิด (อาการแสดงมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ DSM-5)
- ผิด (ปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ DSM-5)
- ถูกต้อง (สาเหตุของความผิดปกติทางจิตต้องมาจากการรวบรวมข้อมูลของแพทย์หรือพยาบาล สาเหตุของโรคและการรักษาไม่ได้รวมอยู่ใน DSM-5)
- ผิด (ความชุกของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รวมอยู่ใน DSM-5)

ระบบ DSM ยังได้นำมุมมองในการทำความเข้าใจและการรักษาผู้ที่มีอาการทางจิตเวช โดยพิจารณาจากมิติ ผู้รับบริการอย่างเป็นระบบใน 4 มุมมอง ดังภาพที่ 2.2 โดยในปี ค.ศ. 1983 พอล อาร์. แมคฮิวจ์ (Paul McHugh) และ ฟิลิป สเลเยอร์ (Phillip Slavney) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้ให้ความคิดเห็นถึงลักษณะที่สำคัญในการทำความเข้าใจบุคคลว่า ชีวิตของบุคคลมีรายละเอียดที่ต้องศึกษาตามลำดับเวลา ต้องรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ หลากหลาย มีการตรวจสอบสภาพจิตอย่างเป็นระบบ และต้องแยกความแตกต่างระหว่างการสังเกตและการตีความ ดังนี้ [10]

1. **มุมมองด้านการวินิจฉัยโรค (disease perspective)** หมายถึง การลงความเห็นของแพทย์ว่าผู้รับบริการเป็น ‘โรคอะไร’ จากข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และการสังเกตทาง ห้องปฏิบัติการ ประมวลผลร่วมกับความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ภายใต้ 3 แนวคิด ได้แก่ กลุ่มอาการของ โรค (syndrome) พยาธิวิทยา (pathology) และสาเหตุของการเกิดโรค (etiology) ในการประยุกต์หาอาการที่ ประกอบมาเป็นบุคคลคนหนึ่งว่า ‘เขามีอาการอะไร’ เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา การพยากรณ์โรค การ ส่งเสริมสุขภาพ และการลดอัตราการไม่มารักษาของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามมุมมองด้านการวินิจฉัยโรคมุ่งจุด ด้อย ได้แก่ การมุ่งเน้นไปที่อาการด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ แพทย์อาจให้ยาเกินความจำเป็นซึ่งอาจทำให้ ผู้รับบริการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และผู้รับบริการอาจสูญเสียผลประโยชน์ด้านกฎหมายหากถูกตีตราว่า เป็นบุคคลไร้ความสามารถเนื่องจากอาการทางจิต

PERSPECTIVE	Disease	Dimensional	Behavior	Life story
TRIAD				
	Pathology Syndrome	Provocation Response	Learning Choice	Sequence Outcome
WHAT A PATIENT ...	Has	Is	Does	Encounters

ภาพที่ 2.2 มิติการทำความเข้าใจผู้รับบริการ[10]

2. **มุมมองด้านคุณลักษณะในมิติต่าง ๆ (dimensional perspective)** หมายถึง การวินิจฉัยโรคที่มุ่งเน้นไปที่ มิติด้านจิตใจซึ่งมีลักษณะทั่วไป วัดได้ และมีระดับ (ความรู้ ความเข้าใจ และอารมณ์) อยู่ภายใต้ 3 แนวคิด คือ ศักยภาพ (potential) สิ่งกระตุ้น (provocation) และการตอบสนอง (response) ในการประยุกต์หาอาการที่ ประกอบมาเป็นบุคคลคนหนึ่งว่า ‘เขาเป็นใคร’ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตั้งเป้าหมายในการรักษา เนื่องจาก ปัญหาของบุคคลไม่จำเป็นต้องมาจากพยาธิสภาพในสมองเสมอไป
3. **มุมมองด้านพฤติกรรม (behaviour perspective)** หมายถึง การจำแนกและอธิบายความผิดปกติของบุคคล ภายใต้ 3 แนวคิด ได้แก่ ทางเลือก (choice) แรงขับทางสรีระวิทยา (physiologic drive) และการเรียนรู้ (conditioned learning) เพื่อประยุกต์ค้นหาว่าผู้รับบริการ ‘ทำอะไร’ จึงเกิดโรค และค้นหาสิ่งที่รบกวนหรือ ขัดขวางการรักษา

4. มุมมองด้านเรื่องราวชีวิตของผู้รับบริการ (life story perspective) หมายถึง การทำความเข้าใจชีวิตของผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้นใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ (setting) ด้านลำดับเวลา (sequence) และด้านผลที่เกิดขึ้น (outcome) เพื่อช่วยให้แพทย์และพยาบาลเข้าใจความเป็นจริง มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจชีวิตของผู้รับบริการในภาพกว้าง อย่างไรก็ตามมุมมองนี้อาจทำให้แพทย์และพยาบาลเกิดอคติ คิดไปเอง ปฏิเสธผู้รับบริการยาก และอาจต้องจัดการกับสิ่งที่ผู้รับบริการสร้างขึ้น ทั้งนี้มุมมองนี้ทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อทบทวนแผนการรักษาและการพยาบาล ดังรายละเอียดในภาพที่ 2.3

มุมมอง	โครงสร้างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ลักษณะ	สิ่งที่เกิดกับผู้รับบริการ
การวินิจฉัยโรค	<pre> graph TD A[อาการทางคลินิก] <--> B[กระบวนการด้านพยาธิสภาพ] A <--> C[สาเหตุการเกิดโรค] B <--> C </pre>	หมวดหมู่	มีอะไร
คุณลักษณะในมิติต่างๆ	<pre> graph LR A[แนวโน้ม] --> B[ตัวกระตุ้น] B --> C[การตอบสนอง] </pre>	เชิงปริมาณ	คืออะไร
พฤติกรรม	<pre> graph TD A[แรงขับเคลื่อนร่างกาย] <--> B[ทางเลือก] A <--> C[การเรียนรู้] B <--> C </pre>	ต้นเหตุของพฤติกรรม (ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ)	ทำอะไร
เรื่องราวชีวิต	<pre> graph LR A[สภาพแวดล้อม] --> B[ลำดับเหตุการณ์] B --> C[ผลลัพธ์] </pre>	เชิงเรื่องเล่า	เผชิญกับอะไร

ภาพที่ 2.3 รายละเอียดของมิติการมองผู้รับบริการ[10]

โดยสรุประบบ DSM-5 มีลักษณะของการนำเสนอการวินิจฉัยโรค ดังนี้

1. DSM-5 ไม่ได้บอกว่าต้องนำเสนอข้อสรุปการวินิจฉัยโรคอย่างไร
2. DSM-5 ไม่ได้ระบุแนวคิดตามแกนต่าง ๆ สำหรับการวินิจฉัยโรค
3. DSM-5 ให้ระบุการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis หรือ reason for visit) ก่อน โดยใช้คำที่บ่งชี้คุณสมบัติของการวินิจฉัยโรคหลักควรเพิ่มในภายหลัง (การวินิจฉัยโรคหลักถือเป็นภาวะสุขภาพจิตที่เป็นเหตุเบื้องต้นในการส่งต่อหรือที่เป็นหลักความสนใจทางคลินิกหรือการรักษา)
4. DSM-5 หากมีข้อวินิจฉัยหลายข้อให้ระบุตามลำดับชั้นจากอาการที่มีนัยสำคัญมากที่สุดไปสู่อาการที่มีความกังวลน้อยที่สุด (กล่าวคือ ต้องสะท้อนถึงอาการ ณ เวลาที่ประเมินและเป็นไปตามเหตุผลในการส่งต่อ/ความสนใจทางคลินิกหรือการรักษา)
5. DSM-5 ให้พิจารณาทั้งประเภทย่อยของการวินิจฉัย (subtype) และตัวบ่งชี้รายละเอียด (specifiers) ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
6. DSM-5 ให้พิจารณาและรายงานทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม ด้านบริบท และอิทธิพลต่าง ๆ เมื่อกำหนดและรายงานข้อสรุปการวินิจฉัย
7. DSM-5 เตือนว่ารหัส V ไม่ใช่ความผิดปกติทางจิต

การเกิดโรคร่วม (comorbidity)

DSM-5 ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วมว่าหมายถึง การเกิดร่วมกันของความผิดปกติ 2 รูปแบบ ตัวอย่างเช่น DSM-5 ระบุว่า 41% ของผู้ที่เป็นโรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเช่นกัน หรือผู้ที่ใช้สารเสพติดมีความเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยพบว่า 6 ใน 10 ของบุคคลที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการป่วยทางจิตอีกรูปแบบหนึ่งด้วย

การเกิดโรคร่วมและความผิดปกติทางจิตร่วมกันนั้นค่อนข้างพบได้บ่อย และโรคร่วมบางอย่างที่มีจำนวนมากที่สุดนั้นเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่เกิดขึ้นร่วมกับความผิดปกติทางจิต โดยมีการประมาณการชี้ให้เห็นว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชขั้นรุนแรงที่สุดจะมีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ในทางกลับกัน ประมาณ 10% ของบุคคลที่แสวงหาการรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดจะมีการป่วยทางจิตขั้นรุนแรง ข้อสังเกตเช่นนี้มีนัยสำคัญสำหรับตัวเลือกการรักษา เมื่อผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตเป็นผู้ใช้สารเสพติดจนติดเป็นนิสัย อาการของพวกเขาจะรุนแรงขึ้นและต้องการรักษา ทำให้อาการและอาการแสดงของผู้รับบริการไม่ชัดเจนว่าอาการดังกล่าวเกิดจากการใช้สารเสพติด เป็นความเจ็บป่วยทางจิต หรือทั้งสองอย่างรวมกัน ดังนั้นจึงแนะนำให้สังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการเลิกใช้สารและไม่เลิกสารเสพติดต่อไปอีกเพื่อให้การวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุด

อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดไม่ได้เป็นเพียงโรคร่วมที่เป็นไปได้เท่านั้น ในความเป็นจริง ความผิดปกติทางจิตบางอย่างที่พบได้บ่อยที่สุดอาจเกิดขึ้นพร้อมกัน ตัวอย่างเช่น มากกว่าครึ่งหนึ่งของบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคซึมเศร้า คาดว่าจะแสดงอาการวิตกกังวลบางประเภท และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรควิตกกังวลอาจมีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร่ายังมีอัตราการป่วยร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ สูง

หลักการสำคัญในการประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในระบบ DSM-5

1. ประเมินก่อนเสมอว่าผู้รับบริการมีโรคทางกายที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าวหรือไม่
2. ประเมินว่าอาการของผู้รับบริการเป็นผลโดยตรงจากสุรา สารเสพติด ยา หรือสารใด ๆ หรือไม่
3. ประเมินว่าอาการของผู้รับบริการเป็นผลมาจากโรคจิตอื่น เช่น หวาดระแวง หลงผิด ซึมเศร้า หรือไม่

ตัวอย่างการเขียนการวินิจฉัยโรคในระบบ DSM-5 ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามในตัวอย่างเหล่านี้ไม่มีข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารตามเกณฑ์การวินิจฉัย (เช่น ประวัติความเป็นมา ข้อกังวล อาการและอาการแสดง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามลำดับเวลา)[9]

ตัวอย่างที่ 1: ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางจิตอาการเดียว (single disorder)

นาย ก มีอาการและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการวินิจฉัย DSM-5 Major Depressive Disorder, Single Episode, Mild (296.21), with Anxious Distress

หมายเหตุ: เนื่องจากผู้รับบริการมีความผิดปกติทางจิตเพียงอาการเดียว การวินิจฉัยโรคหลักจะถูกสันนิษฐานว่าเป็นอย่างนั้น ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องระบุ: การวินิจฉัยหลัก

หมายเหตุ: DSM-5 แสดงตัวอย่างการวินิจฉัยเป็นตัวพิมพ์เล็กแทนตัวพิมพ์ใหญ่ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้อ่านรับรู้ว่าคำทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของคำอธิบายการวินิจฉัย ขอแนะนำให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ในเขียนการวินิจฉัยทั้งหมด รวมถึงตัวบ่งชี้รายละเอียดด้วย

ตัวอย่างที่ 2: ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางจิต 2 อาการ

นาย ข มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน DSM-5 ดังนี้

300.02 Generalized Anxiety Disorder (Principal diagnosis)

315.00 Specific Learning Disorder, with Impairment in Reading

ตัวอย่างที่ 3: ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางจิต 2 อาการ (อาการย่อย 1 อาการ)

นาย ค มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน DSM-5 ดังนี้

309.81 Posttraumatic Stress Disorder (Principal diagnosis)

300.4 Persistent Depressive Disorder (Dysthymia), Moderate, with Pure Dysthymic Syndrome, with Peripartum Onset

ตัวอย่างที่ 4: ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางจิตและมีอาการทางกาย

นาย ง มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน DSM-5 ดังนี้

250 Diabetes Mellitus (Principal diagnosis)

307.51 Bulimia Nervosa, Moderate

หมายเหตุ: เมื่อผู้รับบริการมีอาการทางกาย (รวมถึงอาการทางกายที่ทำให้เกิดอาการทางจิต) ให้การวินิจฉัยโรคหลักเป็นความผิดปกตินั้น

จุดเด่นและข้อจำกัดในการใช้ระบบ DSM เพื่อการวินิจฉัยโรค

1. ระบบนี้ง่ายแก่การจำแนกพฤติกรรมของอาการและอาการแสดง สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยและการรักษาโรค
2. ระบบนี้มีประโยชน์ในการทำวิจัย (ส่วนระบบ ICD เหมาะสำหรับการวินิจฉัยโรค)
3. ระบบนี้ไม่ค่อยยืดหยุ่นและอาจมองข้ามความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น วัฒนธรรม ความต้องการหรือศีลธรรม

คำถาม

ข้อใดต่อไปนี้เป็นความผิดปกติขั้นรุนแรงที่มีลักษณะเฉพาะของความสามารถในการใช้ชีวิตของบุคคลเสียหายโดยสิ้นเชิง และรวมถึงอาการหลงผิดและประสาทหลอนด้วย

ก. โรคไบโพลาร์

ข. โรคซึมเศร้า

ค. โรคบุคลิกภาพแปรปรวนแบบหวาดระแวง

ง. โรคจิตเภท

คำตอบ

- ก. ผิด (โรคไบโโพลาร์ มีลักษณะเด่น คือ อารมณ์แปรปรวนรุนแรง - อาการเมเนียและซึมเศร้า ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลเสียหายได้ แต่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอน)
- ข. ผิด (โรคซึมเศร้ามีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลรุนแรง โดยเฉพาะอารมณ์ไม่สนใจและไม่ยินดี แต่ไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอน)
- ค. ผิด (อาการนี้ไม่ใช่โรคบุคลิกแปรปรวน อาการหวาดระแวงเป็นอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท)
- ง. ถูกต้อง (โรคจิตเภทมีลักษณะที่สำคัญ คือ อาการหลงผิดและประสาทหลอน)

คำถาม

นาง ก บอกว่ารู้สึกสบายดี ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือเครียด แต่มีอาการกระสับกระส่าย กลัวการแยกจากและไม่มีความมั่นใจ นาง ก น่าจะมีความผิดปกติตามข้อใด

- ก. generalized anxiety disorder
- ข. dissociative identity disorder
- ค. personality disorder
- ง. major depressive disorder

คำตอบ

- ก. ผิด (นาง ก ไม่ได้แสดงอาการวิตกกังวลหรือเครียด อาการกระสับกระส่ายอาจเกิดจากบุคลิกภาพของนาง ก)
- ข. ผิด (นาง ก ไม่ได้แสดงอาการที่ผิดปกติไปกว่าบุคลิกภาพทั่วไปของบุคคล)
- ค. ถูกต้อง (อาการกระสับกระส่ายอาจเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ถ้านาง ก มีบุคลิกภาพขี้กลัวจากการแยกจากและขาดความมั่นใจ นาง ก อาจมีบุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพา)
- ง. ผิด (นาง ก ไม่ได้แสดงอาการของโรคซึมเศร้า เนื่องจากนาง ก บอกว่าสบายดี)

ตารางที่ 2.6 เปรียบเทียบกลุ่มความผิดปกติระหว่าง DSM-4 และ DSM-5 เรียงตามความผิดปกติใน DSM-4[5]

DSM-4	DSM-5
1. Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence	ยกเลิก
2. Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorders	17. Neurocognitive disorders
3. Mental disorders due to a general medical condition	ยกเลิก
4. Substance-related disorders	16. Substance-related and addictive disorders
5. Schizophrenia and other psychotic disorders	2. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders
6. Mood disorders	3. Bipolar and related disorders
	4. Depressive disorders
7. Anxiety disorders	5. Anxiety disorders
8. Somatoform disorders	9. Somatic symptom and related disorders
9. Factitious disorders	ยกเลิก
10. Dissociative disorders	8. Dissociative disorders

DSM-4	DSM-5
11. Sexual and gender identity disorders	13. Sexual dysfunctions
	14. Gender dysphoria
	19. Paraphilic disorders
12. Eating disorders	10. Feeding and eating disorders
13. Sleep disorders	12. Sleep-wake disorders
14. Impulse-control disorders not elsewhere classified	15. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders
15. Adjustment disorders	ยกเลิก
16. Personality disorders	18. Personality disorders
N/A	1. Neurodevelopmental disorders
N/A	6. Obsessive-compulsive and related disorders
N/A	7. Trauma-and stressor-related disorders
N/A	11. Elimination disorders
N/A	20. Other mental disorders
N/A	21. Medication-induced movement disorders and other adverse effects of medication

หมายเหตุ : คำว่า ‘ยกเลิก’ หมายถึง ยกเลิกทั้งกลุ่ม แล้วมีการจัดกลุ่มใหม่

ตารางที่ 2.7 การเปลี่ยนแปลงจาก DSM-IV-TR ไปยัง DSM-5[7]

DSM-IV-TR	DSM-5
หลายแกน	ไม่มีแกน
Not otherwise specified (NOS)	แทนที่ด้วย other disorder หรือ unspecified disorder
รหัสของอาการที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ 374 รหัส	รหัสของอาการที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ 324 รหัส
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ICD-9-CM, V-codes, 22 รายการ	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ICD-9-CM, V-codes, 88 รายการ
รหัสที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่ดี (995.xx) มี 5 รหัส	รหัสที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่ดี (995.xx) มี 44 รหัส

ความคล้ายคลึงระหว่างระบบ ICD และ DSM

ความคล้ายคลึงกันบางประการระหว่างระบบ ICD และ DSM มีดังนี้

1. คำจำกัดความที่ใช้ร่วมกัน ใน ICD และ DSM มีการใช้รหัสสำหรับการวินิจฉัยโรคที่คล้ายกันหลายรหัส อย่างไรก็ตาม ความจำเพาะเจาะจงของการกำหนดเกณฑ์แต่ละข้อนั้นแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น รหัสสำหรับความผิดปกติการรับรู้ทางสังคม (social pragmatic communication disorder) และความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ (AUD) มีความคล้ายคลึงกันในระบบการจำแนกประเภท

2. การจัดประเภทใน DSM และ ICD เป็นชุดรหัสที่เกือบจะเหมือนกันในหลาย ๆ ด้าน และทำให้จัดประเภทการวินิจฉัยโรคสำหรับกระบวนการดูแลสุขภาพคล้ายกัน

3. รหัสการจับคู่เพื่อการทำงานข้ามระบบ ทั้ง DSM และ ICD ได้นำเอาคำจำกัดความบางอย่างจากฉบับก่อนหน้ามาใช้

4. การทำความเข้าใจเกณฑ์สำหรับ DSM และ ICD ไม่ได้ตัดสินจากหลักฐานข้อเท็จจริง แต่ใช้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อการทำวิจัยหลังจากบรรลุข้อตกลงร่วมกัน

ตารางที่ 2.8 ความแตกต่างระหว่างภาพรวมของระบบ ICD-11 และระบบ DSM-5

ICD-11		DSM-5
ผู้พัฒนา	องค์การระหว่างประเทศ	สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา
การนำเสนอ	มีความแตกต่างระหว่างฉบับ เช่น ฉบับรูปแบบอย่างง่าย (simplify version) เหมาะสำหรับการใช้งานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และรูปแบบมาตรฐาน (standard version) เหมาะสำหรับการใช้งานในโรงพยาบาลทั่วไป	มีฉบับเดียว
ภาษา	มีการแปลหลายภาษา	มีภาษาอังกฤษเพียงภาษาเดียว
เนื้อหา	-มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่ไม่มีการใช้อำนาจประกอบทางสังคม -ให้คำแนะนำและเกณฑ์การวินิจฉัยโดยไม่รวมถึงเกณฑ์การปฏิบัติงาน	-เกณฑ์การวินิจฉัยโรคใช้ความสามารถในการประกอบอาชีพและการปรับตัวร่วมด้วย -ให้เกณฑ์การปฏิบัติงานซึ่งมีค่าจำกัดความที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละอาการ
ความแม่นยำ	รวบรวมข้อมูลได้รวดเร็ว แต่มีความแม่นยำน้อยกว่า	เกณฑ์ทางคลินิกมีความเฉพาะเจาะจง ทำให้มีความแม่นยำมากกว่า
ความน่าเชื่อถือ	ได้รับการพิจารณาว่ามีความน่าเชื่อถือน้อยกว่า เนื่องจากระบบปฏิเสธเกณฑ์การวินิจฉัยที่มีการตรวจสอบความถูกต้องโดยอิสระ ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งในการวินิจฉัย	เมื่อมีการแนะนำเกณฑ์การปฏิบัติงาน ระบบถือว่ามีความน่าเชื่อถือมากกว่าในบริบททางสถิติ
ความไว้วางใจ	เป็นการจัดประเภทอย่างเป็นทางการที่นำมาใช้โดยหลายประเทศทั่วโลก	เป็นการจัดประเภทอย่างเป็นทางการในสหรัฐอเมริกา แต่หลายประเทศก็นำมาใช้เช่นกัน
วัตถุประสงค์	ใช้สำหรับจำแนกความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจและถูกใช้โดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำนวนมาก	ถูกใช้โดยจิตแพทย์เนื่องจากเป็นชุดรหัสสำหรับความผิดปกติทางจิตทั้งหมด
การบังคับใช้	เป็นที่นิยมในประเทศสมาชิก WHO ซึ่งรวมถึงประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง	เป็นทางเลือกแรกด้านสุขภาพจิตในประเทศที่มีรายได้สูง

คำถาม ข้อใดเป็นความจริงเกี่ยวกับระบบ ICD และ DSM

ก. ICD ไม่เคยได้รับการแก้ไข

ข. DSM ใช้เพื่อตรวจสอบสุขภาพทั่วไปของประชากรในระดับนานาชาติ

ค. ในระดับนานาชาติ ICD มักใช้สำหรับการวินิจฉัยทางคลินิก และ DSM มักใช้สำหรับการวิจัยและโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตประเทศของสหรัฐอเมริกา

ง. เฉพาะ DSM เท่านั้นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ

คำตอบ

- ก. ผิด ทั้ง ICD และ DSM ได้รับแก้ไขปรับปรุงมาแล้วหลายครั้ง
- ข. ผิด แม้ว่า DSM จะประเมินความชุกของความผิดปกติทั่วไป แต่จุดเน้นอยู่ที่สุขภาพจิต ไม่ใช่สุขภาพทั่วไป
- ค. ถูกต้อง ICD มักใช้สำหรับการวินิจฉัยทางคลินิก ขณะที่ DSM มักใช้สำหรับการทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในประเทศสหรัฐอเมริกา
- ง. ผิด ทั้ง ICD และ DSM ได้รับการยอมรับว่าเป็นระบบจำแนกที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย

5. หลักการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชด้วยหลักการอื่น ๆ

ในทางการแพทย์นอกจากการวินิจฉัยโรคตามระบบการจำแนกโรคแล้ว การวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์อาจใช้หลักการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ รวมด้วย ได้แก่

5.1 การใช้กลุ่มอาการในการวินิจฉัย (syndromal approach)

กลุ่มอาการ (syndrome) หมายถึง กลุ่มของอาการที่มักพบว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการดำเนินโรคหรือการพยากรณ์โรคที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือกลไกของความผิดปกติที่ชัดเจน ดังนั้นแพทย์จะต้องระบุนาอาการของผู้รับบริการให้ชัดเจนว่าเป็นปัญหาใด แล้วจึงตรวจสอบรูปแบบและพัฒนาการของโรคดังกล่าวเพื่อการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่แล้วจะอิงลักษณะกลุ่มอาการของผู้รับบริการ เนื่องจากสาเหตุของความผิดปกติมักประกอบด้วยหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันหรือบางโรคยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน ตามหลักการนี้จะวินิจฉัยโรคโดยดูความผิดปกติในแง่ของกลุ่มอาการและการดำเนินโรคมกกว่าการหาอาการใดอาการหนึ่งที่เป็นอาการเฉพาะเจาะจงของโรค (pathognomonic symptom)

5.2 การใช้ลำดับของอาการในการวินิจฉัย (hierarchy principle)

การใช้ลำดับของอาการ หมายถึง การวินิจฉัยโรคโดยเรียงตามลำดับความครอบคลุมของอาการ ตามแนวคิดนี้ โรคทางจิตเวชแบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม ดังภาพที่ 2.4 ซึ่งความผิดปกติกลุ่มต้น ๆ หรือกลุ่มพื้นฐาน จะเป็นกลุ่มที่ทราบถึงสาเหตุทางกายภาพของความผิดปกติหรือมีสาเหตุจากความผิดปกติภายในตัวผู้รับบริการ ส่วนกลุ่มท้าย ๆ เป็นจากปัญหายานนอกของโรคในกลุ่มต่อมาได้ และในกลุ่มท้าย ๆ จะขาดอาการบางอาการที่เป็นลักษณะสำคัญของกลุ่มโรคที่อยู่เหนือขึ้นไป ตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการติดสุราแล้วหยุดกะทันหันจะมีอาการแสดงคล้ายคลึงกับที่พบในผู้ที่ เป็นโรควิตกกังวล และบางครั้งอาจมีอาการสับสน เพื่อ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่มีในกลุ่มโรควิตกกังวล เป็นต้น

ตามหลักการนี้เชื่อว่า บางอาการที่สำคัญนั้น เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นก่อนหรือหลังหรือพบเกี่ยวโยงกันได้กับโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่า ซึ่งต้องให้ความสนใจสืบค้นว่าผู้รับบริการมีอาการที่เป็นจากโรคที่อยู่ในกลุ่มพื้นฐานกว่าได้หรือไม่ เพื่อการรักษาจะได้แก้ไขปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่สุด ดังนั้นเมื่อยังไม่แน่ใจว่าอาการของผู้รับบริการในขณะนี้อยู่ใน

กลุ่มอาการใดเป็นที่แน่ชัด จึงไม่ควรทำการวินิจฉัย ซึ่งวิธีการนี้ตรงกันข้ามกับวิธีการที่ใช้ในระบบ DSM ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยได้หลายโรคพร้อมกันและนำไปสู่ปัญหาของโรคร่วม

5.3 หลักการดูที่ลักษณะ (parsimony principle)

การดูที่ละอาการ/ลักษณะ หมายถึง ในการวินิจฉัยโรค แพทย์จะพยายามสังเกตอาการตลอดจนปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียวมากกว่าการคิดว่าผู้รับบริการมีหลาย ๆ โรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก โดยการอธิบายถึงการเกิดอาการหรือความสัมพันธ์ของอาการต่าง ๆ ให้ไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ครอบคลุมอาการของผู้รับบริการทั้งหมด ซึ่งมักใช้หลักการเรียงลำดับขั้นร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคในระยะหลังพบว่า ผู้รับบริการอาจมีโรคร่วมหลายโรคได้และจะวินิจฉัยโรคทั้งหมดที่พบหากผู้รับบริการมีอาการที่ชัดเจนตามเกณฑ์จริง ๆ เรียกว่า โรคร่วม (comorbidity) คือ โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นโรคหลักของผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการโรคซึมเศร้าอาจมีโรคแพนิคเป็นโรคร่วมได้ หากมีอาการของโรคแพนิคครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย เป็นต้น

แนวการวินิจฉัยโรค

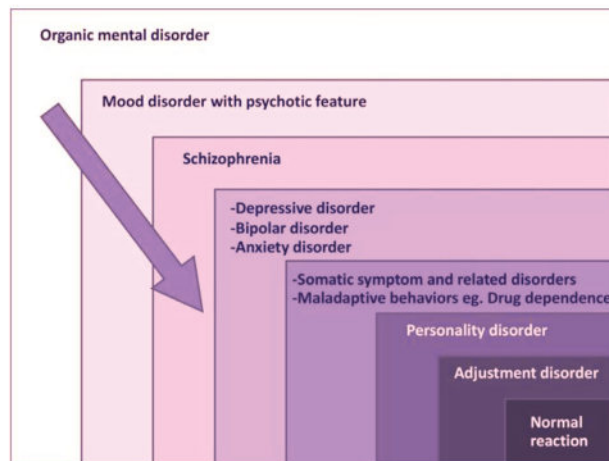
ในการวินิจฉัยโรค แพทย์จะระบุรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. อาการสำคัญ แพทย์จะตั้งคำถามว่า ทำไมผู้รับบริการจึงต้องมาพบแพทย์ ณ เวลานี้ (Why now?)
2. อาการและอาการแสดง แพทย์จะพยายามมองอาการย่อย ๆ เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัยโรคที่มีอยู่
3. การดำเนินโรค แพทย์จะตรวจสอบอาการนำ (prodrome) เหตุการณ์ระหว่างนั้น ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และอายุที่เริ่มป่วย (duration and age of onset) เป็นส่วนที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ในกรณีที่บางโรคอาจมีอาการขณะพบแพทย์ (cross-sectional symptoms) คล้ายคลึงกัน หรือช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการมากขึ้นในกรณีที่ผู้รับบริการมีอาการสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก
4. การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย แพทย์จะแยกจากโรคที่เป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย จากยา หรือสารเสพติด
5. การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช แพทย์จะแยกจากโรคทางจิตเวชอื่นที่มีลักษณะกลุ่มอาการคล้ายคลึงกัน

ในกรณีที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมที่สุดได้ แพทย์สามารถระบุ ‘not otherwise specified (NOS)’ หรือแทนที่ด้วย other disorder หรือ unspecified disorder ใน DSM-5) เพื่อระบุว่าสงสัยโรคในกลุ่มนี้แต่ยังไม่มีข้อมูลมากเพียงพอ ซึ่งถ้าแพทย์ได้ข้อมูลเพิ่มเติมก็สามารถเปลี่ยนการวินิจฉัยได้ นอกจากนี้แพทย์ยังสามารถระบุความรุนแรงของโรคด้วยการวินิจฉัย (mild, moderate, severe, partial remission, full remission) เพื่อให้เข้าใจความรุนแรงของโรค

นอกจากการพิจารณาตามเกณฑ์ของระบบ DSM การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นเพศ วัย หรือวัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้น โรคบางโรคพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่น ภาวะ anorexia หรือ bulimia nervosa โรคบางโรคพบในผู้สูงอายุเท่านั้น เช่น alzheimer’s dementia โรคบาง

โรคพบในท้องถิ่นเอเชีย เช่น culture bound syndrome ในกรณีที่สงสัยว่าอาการของผู้รับบริการเข้าได้กับโรคทางจิตเวชมากกว่าหนึ่งโรคให้ยึดตาม ‘หลักการจัดลำดับชั้น (hierarchy principle)’ คือ ควรวินิจฉัยโรคในลำดับที่สูงกว่า (มีอันตรายมากกว่า) เมื่อผู้รับบริการน่าจะมีข้อวินิจฉัยมากกว่าหนึ่งโรค (ดูในภาพที่ 2.4 ประกอบ)



ภาพที่ 2.4 การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามหลักการจัดลำดับชั้น[11]

จากภาพที่ 2.4 จะเห็นว่ากลุ่มโรคที่มีลำดับสูงที่สุด คือ กลุ่มโรคทางจิตเวชจากโรคทางกาย (organic mental disorder) และกลุ่มโรคที่มีลำดับต่ำที่สุด เป็นปฏิกิริยาปกติ (normal reaction) เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มโรคที่มีความรุนแรงมากมักจะอยู่ในลำดับที่สูง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือละเลยโรคที่รุนแรงซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการมีโรคประจำตัวเป็นโรคลมชักที่อาการไม่คงที่ แต่มาพบแพทย์ด้วยอาการซึมเศร้าร่วมกับหูแว่วเป็นเสียงคนบอกให้ทำร้ายตนเอง ถึงแม้ว่าอาการซึมเศร้าของผู้รับบริการจะครบตามเกณฑ์วินิจฉัย major depressive disorder with psychotic feature ก็ตาม แต่จิตแพทย์จะวินิจฉัยว่าผู้รับบริการเป็นโรค organic mood disorder (depressive disorder due to general medical condition) แทน เนื่องจากโรคกลุ่ม organic mental disorder มีอาการในลำดับที่สูงกว่า

อย่างไรก็ตามมีจิตแพทย์หลายคนที่ไม่เห็นด้วยกับการจัดลำดับชั้น และยืนยันการวินิจฉัยโรคมากกว่าหนึ่งโรคในกรณีที่หลักฐานยืนยันว่าอาการของผู้รับบริการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย เช่น วินิจฉัยโรคจิตเภทเป็นข้อวินิจฉัยโรคหลักหรือสาเหตุนำผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (principal diagnosis) และวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นข้อวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity)

6. อาการทางจิตเวช

อาการวิทยา (symptomatology) เป็นความรู้เบื้องต้นของโรคทางจิตเวช มีความสำคัญสำหรับการวินิจฉัยโรคและการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการเพื่อนำมาประกอบในการรักษา อาการทางจิตเวชเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการรู้สึก (subjective) มากกว่าเป็นสิ่งที่ตรวจพบได้ (objective) ซึ่งแตกต่างจากอาการทางกายที่สามารถ

ตรวจพบหรือพิสูจน์ได้จากการตรวจผู้รับบริการ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องพยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด

อาการและอาการแสดงทางจิตเวชของผู้รับบริการสามารถจำแนกออกตามความผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ ดังนี้ 1) ความผิดปกติด้านภาวะตระหนักรู้ 2) ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว 3) ความผิดปกติด้านความคิด 4) ความผิดปกติด้านอารมณ์ 5) ความผิดปกติด้านการรับรู้ 6) ความผิดปกติด้านการพูด 7) ความผิดปกติด้านความจำ 8) ความผิดปกติด้านเซวาร์ปัญญา และ 9) ความผิดปกติด้านการหยั่งรู้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้[12]

6.1 ความผิดปกติด้านภาวะตระหนักรู้ (state of awareness disturbance)

ภาวะตระหนักรู้ หมายถึง ภาวะของการรู้สติหรือรู้สึกตัว สามารถตระหนักรู้บทบาท หน้าที่ และความรู้สึกในสถานภาพของตน ตลอดจนความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความผิดปกติด้านภาวะตระหนักรู้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจ การมีสมาธิ การใส่ใจ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ประกอบด้วย

1. ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness)

ความผิดปกติของระดับความรู้สึก หมายถึง ความผิดปกติของการตื่นตัวของสมอง การรู้จักตัวเอง และสิ่งแวดล้อม เช่น

ก. disorientation หมายถึง ความผิดปกติในการรับรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล ซึ่งเป็นการรับรู้สภาพแวดล้อมที่ผิดปกติ เช่น ผู้รับบริการตอบคำถามด้านวันเวลาสถานที่ไม่ถูกต้อง มักพบในผู้รับบริการที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมอง

ข. stupor หมายถึง อาการมึนงง ไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม และไม่รับรู้สิ่งแวดล้อม เช่น ผู้รับบริการอยู่ในสภาพกึ่งหมดสติ แต่ถ้าถูกกระตุ้นด้วยความรู้สึกปวดระดับลึกหรือตอบสนองโดยร้องครางได้ พบในผู้รับบริการโรคจิตที่เกิดจากสภาวะทางร่างกายและโรคจิตชนิดคาทาโทเนีย (catatonia type)

ค. delirium หมายถึง อาการสับสนเฉียบพลัน งุนงง กระสับกระส่าย และเสียความสามารถในการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล ร่วมกับมีความกลัว และประสาทหลอน เกิดจากภาวะสมองทำงานบกพร่อง พบในผู้รับบริการโรคที่เกิดจากสภาวะทางร่างกาย อาการจะเป็นมากในเวลากลางคืนเนื่องจากมีความบกพร่องด้านการรับรู้

ง. coma หมายถึง ภาวะที่ผู้รับบริการไม่มีความรู้สึกตัวเหลืออยู่หรือหมดสติไป พบในผู้รับบริการโรคของสมองหรือสภาวะของร่างกายที่รบกวนการทำงานของสมอง

จ. confusion หมายถึง ภาวะสับสน มีความสนใจและการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง มีอาการ disorientation ร่วมด้วย พบในผู้รับบริการโรคจิตที่เกิดจากสภาวะทางร่างกายหรือหลังจากถูกช็อตด้วยไฟฟ้า

ฉ. drowsiness หมายถึง ภาวะไม่ค่อยรู้สึกตัว ครึ่งหลับครึ่งตื่น เมื่อถูกกระตุ้นให้ตอบคำถาม ผู้รับบริการสามารถตอบได้บ้าง

ช. fluctuation of consciousness หมายถึง ภาวะที่ความรู้สึกไม่คงที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาของวัน บางเวลาผู้รับบริการรู้สึกตัวดีในเวลากลางวัน แต่พอถึงเวลากลางคืนจะมีอาการสับสน พบในผู้รับบริการโรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง (organic brain syndrome)

2. ความผิดปกติของความตั้งใจ (disturbance of attention)

ความผิดปกติของความตั้งใจ หมายถึง ความผิดปกติของความสนใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น

ก. distractibility หมายถึง อาการรอกแวก เช่น ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจง่ายตามสิ่งเร้าต่าง ๆ หรือเมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกผู้รับบริการจะหันเหความสนใจไปทันที เป็นอาการที่มักพบในเมเนีย

ข. selective inattention หมายถึง ภาวะสมาธิในการเลือกสิ่งเร้า เช่น ผู้รับบริการไม่มีสมาธิเฉพาะสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ หรือไม่มีสมาธิทำการบ้านของครูที่ดูมากให้เสร็จได้ เพราะกลัวทำผิดแล้วจะถูกลงโทษ

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการคล้อยตามการชักนำ (disturbances in suggestibility)

ความผิดปกติเกี่ยวกับการคล้อยตามการชักนำ หมายถึง การยินยอมปฏิบัติตามความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้อื่นได้ง่ายจนเกินไป เช่น

ก. folie a deux (or folie a trois) หมายถึง สภาวะซึ่งคน 2 คน ที่ใกล้ชิดกันมาก (มักจะเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน) มีความหลงผิดเหมือนกันหรือโรคจิตร่วม

ข. hypnosis (hypnos แปลว่าการนอนหลับ) หมายถึง สภาวะซึ่งยอมรับการชักจูงง่ายขึ้น เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัวของบุคคลจากการกระทำบางอย่าง หรือการสะกดจิต

6.2 ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (disorders of motor activity)

ความผิดปกติด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมถึงแรงกระตุ้น แรงจูงใจปรารถนา แรงขับ สัญชาติญาณ ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือทางระบบสั่งการ เช่น

1. echolalia หมายถึง การพูดเลียนแบบคำพูดหรือข้อความของผู้อื่น เช่น พยาบาลถามว่า ‘ไม่สบายมีอาการอย่างไร’ ผู้รับบริการจะพูดเหมือนกันว่า ‘ไม่สบายมีอาการอย่างไร’ พบในผู้รับบริการโรคจิตเภทและโรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติด้านร่างกาย

2. echopraxia หมายถึง การเลียนแบบการเคลื่อนไหวของผู้อื่น เช่น เห็นเพื่อนถอดกระดุมเสื้อก็ถอดบ้าง เห็นเพื่อนเกาหลังก็เกาหลังบ้าง พบในผู้รับบริการโรคคาทาโทเนีย

3. catatonia หมายถึง ความผิดปกติของระบบสั่งการในโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจากร่างกายแบ่งเป็น

ก. catalepsy (posturing) หมายถึง การเจ็บป่วยที่ผู้รับบริการไม่สามารถขยับเขยื้อนตนเองได้ จะอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งของการเคลื่อนไหวที่กำลังกระทำอยู่โดยที่การกระทำนั้นยังไม่สิ้นสุดลง เช่น กำลังจะใส่เสื้อ แต่เกิดหยุดการเคลื่อนไหวเสียก่อนจึงคงค้างอยู่ในท่านั้นพบได้ในผู้รับบริการโรคจิตเภท

ข. excited หมายถึง ภาวะการเคลื่อนไหวกระวนกระวายอย่างไม่มีจุดมุ่งหมาย และไม่สัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายนอก พบได้ในผู้รับบริการโรคจิตเภท