

สรุปเนื้อหา ” วิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช

สรุปเนื้อหา

แบบฝึกหัดพร้อมเฉลย
และอธิบาย

Nursing Care Plan

เตรียมตัวฝึกบน ward



คำนำ

หนังสือ **คู่มือสรุปเนื้อหาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** สำหรับนักศึกษาพยาบาล เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่กำลังเตรียมสอบ และ เตรียมขึ้นบอร์ดเพื่อฝึกประสบการณ์จริง โดยตั้งใจเรียบเรียงเนื้อหาให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ แต่ยังคงสาระสำคัญที่จำเป็นต่อการเรียน การสอบ และการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นวิชาที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะการสังเกต ทักษะการสื่อสาร และความเข้าใจความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง นักศึกษาหลายคนอาจรู้สึกว่ายวิชานี้มีเนื้อหามาก จำคำศัพท์ยาก และไม่มั่นใจเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์จริงในบอร์ด เช่น การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยไบโพลาร์ช่วง mania ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหลงผิดหรือหูแว่ว ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนสุรา หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เป็นต้น

คู่มือเล่มนี้จึงออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้อ่านสามารถ “จับสาระสำคัญ” ของแต่ละโรคและแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเป็นระบบ โดยเน้นประเด็นที่ใช้จริงในงานพยาบาลได้แก่

- การประเมินอาการสำคัญและสัญญาณอันตราย
- หลักการสื่อสารบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช
- การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) อย่างเป็นขั้นตอน
- การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาจิตเวชที่พยาบาลต้องสังเกตให้ทัน
- การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร
- หลักกฎหมาย จริยธรรม และการบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ เนื้อหายังจัดเรียงในลักษณะที่เหมาะสมกับการทบทวนก่อนสอบและการเตรียมตัวก่อนขึ้นบอร์ด โดยใช้รูปแบบสรุป หัวข้อสำคัญ ตัวอย่างสถานการณ์ และแนวทางการคิดที่ช่วยให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้จากห้องเรียนสู่การปฏิบัติจริงได้ง่ายขึ้น เพื่อเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีเมตตา และเป็นมืออาชีพ

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นทั้ง “เพื่อนคู่ทบทวน” สำหรับการเตรียมสอบ และ “คู่มือข้างกาย” สำหรับการฝึกปฏิบัติในบอร์ดจิตเวช ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีทิศทาง เข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง และเติบโตเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีทั้งความรู้ ความสามารถ และหัวใจของความเป็นมนุษย์

ขอเป็นกำลังใจให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนในการเรียนรู้ ฝึกฝน และก้าวผ่านทุกประสบการณ์สำคัญบนเส้นทางวิชาชีพนี้อย่างเข้มแข็งนะคะ

Table of Contents

วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

PART 1: พื้นฐานที่ต้องรู้ก่อนขึ้นเวิร์ดจิตเวช

สุขภาพจิตคืออะไร	4
การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication)	5
การประเมินผู้ป่วยจิตเวช: Mental Status Examination (MSE)	6

PART 2 : การสื่อสารเพื่อการบำบัด + MSE + ความปลอดภัย

ความสัมพันธ์บำบัด (Therapeutic relationship)	8
สิ่งที่พยาบาลต้องระวัง: ขอบเขต (Boundaries) + การถ่ายโอนความรู้สึก	10
สคริปต์ “คุยครั้งแรก”	13

PART 3 : สรุปเนื้อหาอาการและโรคทางจิตเวช

ซึมเศร้า (Depression)	15
วิตกกังวล (Anxiety)	22
ไบโพลาร์ (Bipolar)	28
Schizophrenia / Psychosis	35
ติดยาเสพติดและภาวะถอน	42
OCD (คิดย้ำทำ)	48
PTSD	54
Personality Disorders	60
เด็กและวัยรุ่น — ASD / ADHD	66
ผู้สูงอายุ — Delirium vs Dementia vs Depression	72
กฎหมาย/จริยธรรมในจิตเวช	78
ยาจิตเวช	84
แบบทดสอบ พร้อมเฉลย	89
ตัวอย่าง Nursing Care Plan	99

Table of Contents

วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาล

โรคจิตเภท (Schizophrenia)	116
โรคซึมเศร้า (Depression)	125
โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)	133
โรคไบโพลาร์ (Bipolar Disorder)	140
โรคแพนิค (Panic Disorder)	149
การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร	159
การพยาบาลบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน	169
การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของการรู้คิด	177

PART 1: พื้นฐานที่ต้องรู้ก่อนขึ้นเวิร์ดจิตเวช

1) สุขภาพจิตคืออะไร

สุขภาพจิต = ความสามารถในการ

- รับมือความเครียด
- คิด/ตัดสินใจได้เหมาะสม
- มีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้
- ทำหน้าที่ในชีวิตได้ตามวัย/บทบาท

คนมีปัญหาสุขภาพจิต $\neq$ คนไม่ดี $\neq$ คนอ่อนแอ
มันคือ “ภาวะเจ็บป่วย” เหมือนโรคทางกาย

2) กรอบคิดสำคัญที่พยาบาลใช้ (เอาไว้ตอบข้อสอบ+ใช้จริง)

2.1 Bio-Psycho-Social Model

อาการจิตเวชไม่ได้มาจากอย่างเดียว แต่เกิดจาก 3 ส่วนร่วมกัน:

- Biological: สมอ ง สารสื่อประสาท พันธุกรรม ยา สารเสพติด นอนไม่พอ
- Psychological: ความคิด ความเชื่อ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ trauma
- Social: ครอบครัว งาน เงิน ความสัมพันธ์ การตีตรา

เวลาเราวางแผนการพยาบาล ให้มองครบ 3 มุมเสมอ

2.2 Recovery-oriented care (ดูแลแบบพาคนกลับไปใช้ชีวิตได้)

เป้าหมายไม่ใช่แค่ “อาการหาย” แต่คือ “กลับไปใช้ชีวิตที่มีความหมาย”

- คนไข้มีสิทธิเลือก/ร่วมตัดสินใจ
- เน้นศักยภาพมากกว่าข้อจำกัด
- ลดการตีตรา เพิ่มความหวัง

3) “เครื่องมือหลักของพยาบาลจิตเวช” = ความสัมพันธ์บำบัด (Therapeutic relationship)

3.1 เป้าหมายของสัมพันธ์บำบัด

- คนไข้รู้สึกปลอดภัย
- กล้าพูดความจริง
- ยอมรับการรักษา
- ฝึกทักษะรับมือปัญหา

3.2 หลักสำคัญ 5 ข้อ (จำเป็นมาก)

1. Empathy เข้าใจจากมุมมองเขา (ไม่ใช่สงสาร)
2. Respect เคารพศักดิ์ศรี
3. Genuineness จริงใจ ไม่เสแสร้ง
4. Boundaries มีขอบเขตชัดเจน
5. Consistency ทำเหมือนเดิม สม่ำเสมอ เชื่อถือได้

3.3 เฟสของสัมพันธบำบัด (สอบออกบ่อย)

- Orientation: แนะนำตัว สร้างความไว้วางใจ กำหนดกติกา
- Working: ทำงานกับปัญหา ฝึกทักษะ สะท้อนความคิด/อารมณ์
- Termination: สรุปความก้าวหน้า เตรียมแผนต่อเนื่อง แยกจากอย่างเหมาะสม

4) การสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) – ใช้จริงในเวิร์ด

4.1 เทคนิคที่ใช้แล้วเวิร์ก

- Open-ended question: “ช่วงนี้คุณเจออะไรหนักสุด?”
- Reflection: “เหมือนคุณรู้สึกผิดมากกับเรื่องนั้น”
- Clarification: “ขอให้เล่าเพิ่มเติมไหมว่า ‘เขาแกล้ง’ หมายถึงอะไร”
- Summarizing: “สรุปคือ...คุณนอนไม่หลับ กลัว และคิดว่าตัวเองไร้ค่า”
- Silence: เงียบอย่างตั้งใจ ให้พื้นที่คนไข้
- Offering self: “ฉันอยู่ตรงนี้นะ ถ้าคุณอยากเล่า”

4.2 **สิ่งที่ควรเลี่ยง** (เพราะทำลายความไว้วางใจ)

- “อย่าคิดมาก” / “สู้ๆ” (ฟังดูเหมือนไม่เข้าใจ)
- “ทำไมไม่...” (โทษคนไข้)
- เปลี่ยนเรื่อง/สอนธรรมะทันที (ถ้าเขายังไม่พร้อม)
- ให้คำแนะนำเร็วเกินไปก่อนฟังครบ

5) การประเมินผู้ป่วยจิตเวช: Mental Status Examination (MSE)

ให้คิดเหมือน “ตรวจร่างกายทางใจ” ดู 8 หมวดหลัก

1. Appearance/Behavior: แต่งตัว การเคลื่อนไหว ท่าที
 2. Speech: พูดเร็ว/ช้า/ดัง/เบา/พูดไม่หยุด
 3. Mood/Affect
 - Mood = อารมณ์ที่เขابอก (“เศร้า เครียด”)
 - Affect = อารมณ์ที่เราเห็น (หน้าเรียบ/ร้องไห้/แปรปรวน)
 4. Thought process: คิดเป็นเส้นเรื่องไหม หรือกระโดดไปมา
 5. Thought content: เนื้อหาความคิด เช่น หลงผิด (delusion) หมกมุ่น
 6. Perception: ประสาทหลอน (hallucination) ได้ยินเสียง เห็นภาพ
 7. Cognition: เวลา สถานที่ คน ความจำ สมาธิ
 8. Insight/Judgment: รู้ไหมว่าป่วย ตัดสินใจเหมาะสมไหม
- ทริค: เขียนบันทึกแบบ “เห็นอะไร-ได้ยินอะไร-คนไข้พูดอะไร” ให้ชัดเจนอย่าเขียนคำว่า “ดี ไม่ให้ความร่วมมือ” ให้เขียน “ปฏิเสธยา บอกว่า....”

6) ความปลอดภัยมาก่อนเสมอ: ประเมินเสี่ยง 4 เรื่องที่ต้องถามให้เป็น

6.1 เสี่ยงทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย

ถามตรงๆ ได้ ไม่ได้ทำให้เขาคิดฆ่าตัวตายเพิ่ม

- “ช่วงนี้เคยคิดไม่อยากจะอยู่ไหม?”
- “คิดจะทำไหม? วางแผนหรือยัง? มีอุปกรณ์ไหม?”
- “เคยทำมาก่อนไหม?”
- “ตอนนี้มีอะไรที่ยึดไว้ให้อยู่ต่อ?”

สัญญาณอันตรายสูง

- มีแผนชัด + มีอุปกรณ์ + ตั้งใจสูง
- เพิ่งสูญเสีย/ซึมเศร้าหนัก/ใช้สารเสพติด
- บอกลา แจกของ เขียนจดหมายลา

การพยาบาลทันที: ฝ้าระวังใกล้ชิด เอาสิ่งเสี่ยงออก แจ้งทีม ประเมินซ้ำ

6.2 เสี่ยงทำร้ายผู้อื่น/ก้าวร้าว

ดูจากน้ำเสียง ท่าที คำพูด ประวัติใช้ความรุนแรง สารเสพติด

แนวทาง: ลดสิ่งกระตุ้น เว้นระยะ ปลอดภัยก่อน ไม่เถียง ไม่ท้าทาย

6.3 เสี่ยงหนี/หลงทาง

โดยเฉพาะ delirium, dementia, mania, psychosis

6.4 เสี่ยงขาดยา/ไม่ร่วมมือการรักษา

ประเมินเหตุผลจริงๆ: ไม่เข้าใจ? กลัวผลข้างเคียง? ไม่มีเงิน? ถูกตีตรา?

PART 2 : การสื่อสารเพื่อการบำบัด + MSE + ความปลอดภัย
เพื่อให้คุณคุยกับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ, ประเมินอาการ “เป็นระบบ”, และดูแลความเสี่ยง “ได้ทันที”

1) พยาบาลจิตเวชทำอะไรบ้าง

ในเวิร์ดจิตเวช เครื่องมือสำคัญที่สุด คือ

1. ความสัมพันธ์ (Therapeutic relationship)
2. การสื่อสาร (Therapeutic communication)
3. การประเมินสภาพจิต (MSE) + การประเมินความเสี่ยง
4. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และทำงานเป็นทีม

2) ความสัมพันธ์บำบัด (Therapeutic relationship)

2.1 หลัก 5 ข้อที่ต้องมี (ใช้ได้ทุกเคส)

- Empathy: “เข้าใจ” ไม่ใช่ “สงสาร”
- Respect: เคารพศักดิ์ศรี ไม่ดูถูก
- Genuineness: จริงใจ ไม่แสดงบทบาทเกินจริง
- Boundaries: มีขอบเขตชัดเจน ไม่สนิทจนหลุดกรอบ
- Consistency: สม่ำเสมอ เชื่อถือได้

2.2 3 เฟสของสัมพันธ์บำบัด (ข้อสอบออกบ่อย)

1. Orientation: แนะนำตัว-บทบาท-เวลา-กติกา สร้างความไว้วางใจ
 2. Working: ช่วยสำรวจปัญหา ฝึกทักษะ จัดการอารมณ์/ความคิด
 3. Termination: สรุปสิ่งที่ทำได้ดี วางแผนต่อเนื่อง เตรียมจบความสัมพันธ์
- ตัวอย่างประโยค (Orientation)
- “สวัสดีค่ะ ดิฉัน...เป็นพยาบาลประจำวันนี้ จะมาคุยกับคุณประมาณ 10-15 นาที ถ้าคุณไม่สบายใจบอกได้ตลอดนะคะ”

3) การสื่อสารเพื่อการบำบัด: พุดแบบไหน “ช่วย” ไม่ทำร้ายใจ

3.1 ท่าทีที่ช่วยให้คนไข้เปิดใจ (พื้นฐานที่สุด)

- น้ำเสียงนิ่ง อ่อนโยน ไม่รีบ
- นั่งระดับสายตา เว้นระยะที่คนไข้สบายใจ
- รับฟังจริง ไม่ตัดสิน ไม่ประชด ไม่สอนเร็ว

3.2 เทคนิคที่ใช้บ่อยและใช้แล้วเวิร์ก

1) Open-ended question (คำถามปลายเปิด)

ช่วยให้ได้ข้อมูลจริง

- “ช่วงนี้จะไรหนักที่สุดสำหรับคุณ?”

2) Reflection (สะท้อนความรู้สึก/คำพูด)

ทำให้คนไข้รู้ว่าเรา “ฟังอยู่”

- คนไข้: “ไม่มีใครเข้าใจผมเลย”
- พยาบาล: “คุณรู้สึกโดดเดี่ยวมาก”

3) Clarification (ขอให้ชัด)

กันการตีความผิด

- “ตอนที่บอกว่า ‘เขาอาจจะทำร้าย’ หมายถึงใคร และเกิดขึ้นเมื่อไหร่คะ?”

4) Summarizing (สรุปให้เป็นเรื่องเดียวกัน)

ปิดท้ายบทสนทนาให้ชัด

- “สรุปคือคุณนอนน้อยมา 1 สัปดาห์ หงุดหงิดง่าย และเริ่มได้ยินเสียงด่าตัวเอง ถูกไหมคะ”

5) Silence (เงียบอย่างตั้งใจ)

บางทีคนไข้ต้องการเวลารวมความคิด

6) Offering self (เสนอการอยู่ด้วย)

- “ฉันอยู่ตรงนี้ได้ ถ้าคุณอยากเล่าเพิ่ม”

3.3 ประโยคที่ควรเลี่ยง (ทำให้คนไข้ปิดใจทันที)

- “อย่าคิดมาก” / “ทำใจๆ”
- “ทำไมไม่...” (ฟังเหมือนตำหนิ)
- “เดี๋ยวก็หาย” (ลดทอนความทุกข์)
- “เลิกกลัวสิ” (อารมณ์สั่งให้หยุดไม่ได้)

แปลงประโยคให้ดีขึ้น

- แทน “อย่าคิดมาก” → “มันคงหนักมากสำหรับคุณ เล่าให้ฟังได้ไหมว่าจะไร ทำให้หนักที่สุด”

4) สิ่งที่พยาบาลต้องระวัง: ขอบเขต (Boundaries) + การถ่ายโอนความรู้สึก

4.1 Boundaries (ขอบเขต)

- ไม่รับของขวัญ/เงิน
- ไม่ให้ช่องทางติดต่อส่วนตัว
- ไม่สัญญาเกินจริง (“เดี๋ยวพี่ช่วยให้กลับบ้านวันนี้แน่นอน” ห้าม)
- ไม่เล่าเรื่องส่วนตัวเยอะ

4.2 Transference/Countertransference

- Transference: คนไข้เอาความรู้สึกเดิมๆ (เช่น กลัวพ่อ) มาฉายใส่เรา
- Countertransference: เรารู้สึกแรงกับคนไข้เกินเหตุ (สงสารมาก/ หงุดหงิดมาก)

วิธีรับมือ: “รู้ตัว” → “ปรึกษาพี่เลี้ยง/ทีม” → “ยึดหลักวิชาชีพ”

5) MSE: ตรวจสภาพจิตแบบเป็นระบบ (ใช้ได้ทุกคน)

ให้คิดว่า MSE = “ตรวจร่างกายทางใจ” แบ่งเป็น 8 หมวด

5.1 8 หมวดของ MSE (จำให้ได้)

1. Appearance/Behavior: การแต่งกาย สุขอนามัย ท่าที การเคลื่อนไหว
2. Speech: พูดเร็ว/ช้า/ดัง/เบา/พูดไม่หยุด/ตอบช้า
3. Mood/Affect
 - Mood = อารมณ์ที่เขาบอก
 - Affect = อารมณ์ที่เราเห็น (เหมาะสมกับเรื่องไหม)
4. Thought process: คิดต่อเนื่องไหม หรือกระโดดไปมา
5. Thought content: เนื้อหาความคิด (หลงผิด คิดฆ่าตัวตาย ฯลฯ)
6. Perception: ประสาทหลอน (ได้ยินเสียง เห็นภาพ)
7. Cognition: เวลา สถานที่ บุคคล สมาธิ ความจำ
8. Insight/Judgment: รู้ไหมว่าป่วย ตัดสินใจได้เหมาะสมไหม

5.2 ตัวอย่าง “คำถาม MSE” ที่ถามได้จริง

- Mood: “ช่วงนี้อารมณ์โดยรวมเป็นยังไงคะ?”
- Sleep: “นอนกี่ชั่วโมง หลับยากไหม ตื่นกลางดึกไหม?”
- Thought content: “ช่วงนี้มีความคิดทำร้ายตัวเองไหม?”
- Perception: “เคยได้ยินเสียงคนอื่นทั้งที่ไม่มีคนอยู่ไหม?”
- Cognition: “วันนี้วันอะไรคะ ตอนนี้อยู่ที่ไหน?”
- Insight: “คุณคิดว่าจะอะไรทำให้ต้องมาโรงพยาบาลครั้งนี้?”

5.3 ทริคการบันทึก MSE

- เขียน สิ่งที่เห็น/สิ่งที่คนไข้พูดจริง
- เลี่ยงคำตัดสิน เช่น “ดี” “นิสัยไม่ดี”
- ใช้คำอธิบายแทน: “ปฏิเสธยา โดยกล่าวว่า...”, “เดินวนไปมา 30 นาที”, “พูดเร็วต่อเนื่อง หยุดยาก”

6) ความปลอดภัย: 4 ความเสี่ยงที่ต้องประเมินเสมอ (จำเป็นสุด)

6.1 เสี่ยงฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง (ถามตรงๆ ได้เลย)

คำถามแกนหลัก

1. “ช่วงนี้เคยคิดไม่อยากจะอยู่ไหม?”
2. “เคยคิดจะทำร้ายตัวเองไหม?”
3. “มีแผนไหม? จะทำยังไง? เมื่อไหร่?”
4. “มีอุปกรณ์ไหม?”
5. “เคยทำมาก่อนไหม?”
6. “ตอนนี้จะช่วยให้คุณไว้?” (protective factors)

สัญญาณอันตรายสูง

- มีแผนชัด + มีอุปกรณ์ + ตั้งใจจริง
- เพิ่งสูญเสียใหญ่, ใช้สารเสพติด, ซึมเศร้าหนัก
- บอกลา แจกของ เขียนจดหมายลา

การพยาบาลทันที (คิดเป็นขั้น)

- อยู่กับคนไข้/ไม่ปล่อยลำพัง
- เอาสิ่งเสี่ยงออก (เชือก ของมีคม ยา)
- แจ้ง RN/แพทย์/ทีมทันที
- บันทึก + ประเมินซ้ำตามแผนเฝ้าระวัง

หมายเหตุสำคัญ: “สัญญาว่าจะไม่ทำ” ไม่พอ ต้องมีระบบเฝ้าระวังจริง

6.2 เสี่ยงก้าวร้าว/ทำร้ายผู้อื่น

ดูจาก

- น้ำเสียงแข็ง บู่ ตะโกน กำมือ เดินกระแทก
- ประวัติก้าวร้าว/สารเสพติด/psychosis/mania

การพยาบาลทันที

- ลดสิ่งกระตุ้น (คนมุง เสียงดัง)
- เว้นระยะ ปลอดภัยก่อน
- พูดสั้น ชัด ไม่เถียง ไม่ท้าทาย
- เรียกทีมช่วยตามระบบ (อย่าเล่นเดี่ยว)

ประโยคที่ใช้ได้:

- “ตอนนี้คุณโกรธมาก ฉันอยากช่วย แต่เราต้องคุยกันแบบปลอดภัยนะค่ะ” 13

6.3 เสี่ยงหนี/หลงทาง

พบบ่อยใน mania, delirium, dementia, psychosis

แนวทาง: สังเกตใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อม ลดสิ่งยั่วยุ ประเมินซ้ำ

6.4 เสี่ยงไม่ร่วมมือ/ขาดยา

ให้ถามเหตุผลจริง

- “กังวลเรื่องผลข้างเคียงไหม?”
- “เคยมีประสบการณ์ไม่ดีจากยาไหม?”
- “ลืม หรือไม่อยากกินเพราะอะไร?”
- แล้วค่อยให้ความรู้/แก้ปัญหามาตามสาเหตุ

7) สคริปต์ “คุยครั้งแรก” ที่นักศึกษาใช้ได้เลย

1. แนะนำตัว + กติกา
2. สำนวญทุกขัหลัก + ความปลอดภัย
3. สรุป + บอกขั้นตอนต่อไป

ตัวอย่าง

- “สวัสดีค่ะ ดิฉัน...เป็นพยาบาลนักศึกษา วันนี้ขอคุย 10 นาทีได้ไหมคะ”
- “ช่วงนี้จะไรทำให้คุณหนักใจที่สุด”
- “ขอถามเรื่องความปลอดภัยนะคะ ช่วงนี้เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือไม่อยากอยู่ไหม”
- “ขอบคุณที่เล่าให้ฟังนะคะ เดี่ยวฉันจะสรุปข้อมูลให้ทีม และเราจะช่วยให้คุณปลอดภัยก่อน จากนั้นค่อยวางแผนดูแลร่วมกัน”

แบบฝึกหัด

เคส 1

ผู้ป่วยชาย 28 ปี เดินวน พูดเร็ว บอกว่า “ผมไม่ต้องนอน ผมมีภารกิจใหญ่”

คำถาม: คุณจะประเมิน MSE ส่วนไหนเพิ่ม และความเสี่ยงอะไรต้องรับดู?

แนวคิดคำตอบ:

- *Speech (pressure), Mood/Affect, Thought process, Insight/Judgment*
- เสี่ยงก้าวร้าว/หุนหันพลันแล่น, เสี่ยงหนี, เสี่ยงนอนน้อยจนทรุด (*mania*)

เคส 2

ผู้ป่วยหญิง 19 ปี เขียน ร้องไห้ บอก “หนูเหนื่อย ไม่อยากอยู่แล้ว”

คำถาม: ถามอะไรต่อเพื่อประเมิน *suicide risk*?

แนวคิดคำตอบ:

- ถามแผน วิธี เวลา อุปกรณ์ เคยทำมาก่อนไหม *protective factors*

PART 3 : สรุปเนื้อหาอาการและโรคทางจิตเวช

ซึมเศร้า (Depression) + การประเมินเสี่ยงฆ่าตัวตาย + แผนการพยาบาล

1) ซึมเศร้าไม่ใช่แค่ “เศร้า”

Depression คือภาวะที่ “อารมณ์-ความคิด-ร่างกาย-พฤติกรรม” ทรอปลงพร้อมกัน จนกระทบการใช้ชีวิต

อาการหลักที่เจอบ่อย (จำเป็นสุด)

อารมณ์/ความคิด

- เศร้า ว่างเปล่า ซา ร้องไห้ง่าย
- รู้สึกผิด ไร้ค่า โทษตัวเอง
- คิดซ้ำ สมาธิลด ตัดสินใจยาก
- คิดอยากตาย/ไม่อยากอยู่

พฤติกรรม

- ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากเจอคน
- ไม่อยากทำงาน/การเรียนตก
- บางคนกลับดู “ปกติ” แต่ข้างในพัง (ยิ่งต้องระวัง)

ร่างกาย

- นอนผิดปกติ (นอนไม่หลับ/หลับมาก)
- เบื่ออาหาร/กินมาก น้ำหนักเปลี่ยน
- เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง
- ปวดเมื่อย ปวดหัว แน่นหน้าอก แบบตรวจร่างกายไม่เจอสาเหตุชัด (somatic)

ทริค: ถ้าคนไข้มาด้วย “นอนไม่หลับ เหนื่อย เบื่อ” อย่าลืมหาคัดกรองซึมเศร้าเสมอ

2) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด/กำเริบ (ใช้ทั้งซักประวัติและสอนคนไข้)

- ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า/ไบโพลาร์
- เครียดเรื้อรัง/สูญเสีย/อกหัก/ตกงาน/เป็นหนี้
- Trauma, ถูกทำร้าย, bullying
- ใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์
- โรคทางกายเรื้อรัง (เช่น ปวดเรื้อรัง มะเร็ง)
- หลังคลอด/ฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง
- การนอนแย่อต่อเนื่อง

3) แยก “ซึมเศร้า” กับ “ความเศร้าปกติ”

เศร้าปกติ: ยังพอทำหน้าที่ได้ มีช่วงดีขึ้นได้ตามเวลา/การปลอบใจ

ซึมเศร้า: กระทบการใช้ชีวิตชัด ต่อเนื่อง + ความคิดลบหนัก/ไร้ค่า/อยากตาย

ถ้าคิดไม่แน่ใจ ให้ยึด 2 อย่างนี้

1. “กระทบหน้าที่แค่ไหน”
2. “มี suicide risk ไหม”

4) การประเมินซึมเศร้าแบบภาษามนุษย์ (ถามยังงี้ให้ได้ข้อมูล)

4.1 คำถามเปิดที่ช่วยให้คนไข้พูด

- “ช่วงนี้ชีวิตคุณหนักตรงไหนที่สุด?”
- “ตั้งแต่เมื่อไหร่ที่เริ่มรู้สึกไม่ไหว?”
- “มีอะไรที่เคยทำแล้วมีความสุข แต่ตอนนี้ไม่อยากทำไหม?”

4.2 ประเมินแกนอาการ (เหมือน checklist แต่ถามแบบคุย)

- อารมณ์โดยรวม
- ความสนใจ/ความสุข (anhedonia)
- นอน
- กิน/น้ำหนัก
- พลังงาน
- สมาธิ
- ความรู้สึกผิด/ไร้ค่า
- การเคลื่อนไหวช้าลง/กระสับกระส่าย
- ความคิดทำร้ายตัวเอง/อยากตาย

5) หัวใจสำคัญของอาการนี้: การประเมินเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Suicide risk)

5.1 หลักใหญ่: “ถามตรงๆ” = ปลอดภัยกว่าเดา

การถามเรื่องฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้คนใช้คิดเพิ่ม แต่ช่วยให้เราป้องกันได้ทัน

5.2 สคริปต์ถามแบบมืออาชีพ (ใช้ได้จริง)

เริ่มจากเบาไปหนัก (แต่ “ชัด”)

1. “ช่วงนี้เคยรู้สึกไม่อยากอยู่ไหม?”
2. “เคยคิดทำร้ายตัวเองไหม?”
3. “เคยคิดว่าจะทำยังไงไหม?” (วิธี)
4. “คิดจะทำเมื่อไหร่?” (เวลา/ความเร่งด่วน)
5. “มีของ/อุปกรณ์พร้อมไหม?” (means)
6. “เคยทำมาก่อนไหม?” (ประวัติ attempt)
7. “ตอนนี้อะไรช่วยรั้งคุณไว้?” (protective factors)
8. “วันนี้ถ้ากลับบ้าน คุณอยู่คนเดียวไหม?” (ความปลอดภัยหลังสัมภาษณ์)

ถ้าคนใช้ตอบ “มีแผน + มีอุปกรณ์ + ใกล้เคียงมือ” = ดุกเหิน

5.3 ตัวชี้วัดความเสี่ยงสูง (จำเป็นมาก)

- มีแผนชัดเจน (plan)
- มีอุปกรณ์/เข้าถึงวิธีได้ (means)
- ตั้งใจสูง/บอกว่าจะทำเร็วๆ นี้ (intent/timeframe)
- เคยพยายามมาก่อน
- ใช้สารเสพติดร่วม
- สิ้นหวังมาก (hopelessness)
- เพิ่งสูญเสีย/ถูกปฏิเสธ/เจ็บป่วยหนัก
- มีอาการหูแว่วสั่งให้ตาย (command hallucination)

สัญญาณเตือนในพฤติกรรม

- แจกของ บอกลา เคลียร์บัญชี
- อยู่ๆ สงบผิดปกติหลังซึมหนัก (อาจ “ตัดสินใจแล้ว”)