

คู่มือ

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

Psychiatric Emergency Nursing

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

Psychiatric Emergency Nursing

ห้องสมุด

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑

๐๓.๐๐๔๗๙

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน
(Manual for Psychiatric Emergency Nursing)

ที่ปรึกษา

นพ. วิวัฒน์	ยถาภูษานนท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นพ. ศักดา	กาญจนาวิโรจน์กุล	หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก
นางเสงี่ยม	สารบัณฑิตกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นางเพ็ญศิริ	สมใจ	ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นางสาวลัดดา	แสนสีหา	วิทยากรวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

คณะผู้เรียบเรียง

นางรุจิรา	จงสกุล	พยาบาลวิชาชีพ 6 ว.
นางวรรณภา	แห้วดี	พยาบาลวิชาชีพ 6 ว.
นางสาวศิริวรรณ	เพชรศรีกุล	พยาบาลวิชาชีพ 6 ว.
นางจินตนา	ปิยะนัทรโสภา	พยาบาลวิชาชีพ 5

บรรณาธิการ

นางรุจิรา	จงสกุล
-----------	--------

คํานิยาม

คู่มือการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้การพยาบาลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการพยาบาลมีการรวบรวมข้อมูล การประเมินความเร่งด่วนของปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ส่วนปัญหาทางจิตเวช ที่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ๆ ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป และในโรงพยาบาลจิตเวช คู่มือการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉินเล่มนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชหรือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป และในโรงพยาบาลจิตเวชพร้อมทั้งใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล นักศึกษาพยาบาลตลอดจนผู้ที่สนใจได้ศึกษา และนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



(นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

กานา

คู่มือการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการอบรมการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และเพื่อใช้เป็นตำราประกอบการศึกษาค้นคว้าของพยาบาล นักศึกษาและผู้สนใจทั่วไป

เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน ขั้นตอนในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ปัญหาทางจิตที่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การฆ่าตัวตาย การได้รับยาเกินขนาด ฯลฯ คณะผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมจากตำรา และวารสารทางการพยาบาลจิตเวช ซึ่งทำให้เนื้อหาสาระเกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูธานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช-ขอนแก่น ที่อนุญาตให้มีการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ นายแพทย์ศักดิ์ กาญจนาวีโรจน์กุล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ และอาจารย์ลัดดา แสนสีหา วิทยากรย์จากวิทยาลัยศรีมหาสารคาม ที่ช่วยตรวจและแก้ไขต้นฉบับขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านที่อ้างอิงถึงแล้วและไม่ได้อ้างอิงถึงที่ช่วยให้คู่มือเล่มนี้สำเร็จขึ้นมาได้ ขอบกพร่องใด ๆ ในคู่มือเล่มนี้ คณะผู้จัดทำขอรับผิดชอบทั้งสิ้น

คณะผู้จัดทำ

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

มีนาคม 2539

-ค-
สารบัญ

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑
๓๓. ๑๑๑

	หน้า
คำนิยม	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน	1
- ความหมาย	1
- ขั้นตอนในการให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน	2
- ปัญหาทางจิตที่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	5
- พฤติกรรมรุนแรง	6
- การฆ่าตัวตาย	10
- การได้รับยาเกินขนาด	15
- โรคจิตชนิดเฉียบพลัน	17
- ความเจ็บป่วยทางกายที่แสดงอาการทางจิต	19
- กลุ่มอาการติดสุรา	21
- โรคประสาทฮีสทีเรียชนิด Conversion Reaction	26
- การถูกข่มขืนกระทำชำเรา	28
บรรณานุกรม	31

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

ในปัจจุบันนี้การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช พบได้ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) และในโรงพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Hospital) แต่การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช มีจุดประสงค์แตกต่างจากการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปคือนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตราย และทรัพย์สินไม่เสียหายแล้วยังช่วยบุคคลอื่นให้พ้นจากอันตรายด้วย ฉะนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Psychiatric Emergency)

สมาคมจิตเวชอเมริกัน (American Psychiatric Association, 1986) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า หมายถึง "ภาวะที่บุคคลมีพฤติกรรม อารมณ์และความคิดผิดปกติไปจากสภาวะโดยทั่วไป อันมีผลให้ตัวผู้ป่วยเพื่อนและญาติพิจารณาว่าควรต้องได้รับการช่วยเหลือทันที"

ซซวาลย์ ศิลปกิจ (2534) ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึง "ภาวะความผิดปกติของความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติคนรอบข้าง หรือแพทย์คิดว่าจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยทันที มิฉะนั้นอาจจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อคนรอบข้าง หรือต่อทรัพย์สิน แม้ว่าในบางภาวะจะไม่ฉุกเฉิน ในความคิดของแพทย์แต่ในความคิดของผู้ป่วยหรือคนรอบข้างรู้สึกว่าจะฉุกเฉิน ก็ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่แพทย์จะต้องช่วยเหลือเช่นกัน"

สรุปภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมอันมีผลให้ตัวผู้ป่วย เพื่อนและญาติ พิจารณาว่าควรต้องได้รับการช่วยเหลือทันที แม้ว่าในบางภาวะจะไม่ฉุกเฉินในความคิดของแพทย์ แต่ในความคิดของผู้ป่วยหรือคนรอบข้างรู้สึกว่าจะฉุกเฉิน ก็ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลือเช่นกัน

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน (Psychiatric Emergency Nursing)

ฉวีวรรณ ฉัตยธรรม (2531) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง "การพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวชเกือบทุกอย่างที่มีอาการรุนแรง หรือมีลักษณะซึ่งเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น"

การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน จึงเป็นการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ที่มีความผิดปกติของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

ขั้นตอนในการให้การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

ขั้นตอนในการให้การพยาบาลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีกระบวนการและขั้นตอนเหมือนกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ทั่วไปสำหรับขั้นตอนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล
2. การประเมินความเร่งด่วนของภาวะฉุกเฉิน
3. การให้การช่วยเหลือหรือจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

1. การรวบรวมข้อมูล

พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องพบผู้ป่วยก่อนแพทย์ การประเมินอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ถูกต้องจะช่วยในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขั้นตอนแรกในการช่วยเหลือคือ การรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย

ข้อมูลสำคัญที่ต้องรวบรวมให้ได้เบื้องต้น

1.1 เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการครั้งนี้ "Chief complaint" อะไรทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล และทำไมจึงมาเดี๋ยวนี้โดยมีคำถามต่าง ๆ เช่น

- ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉิน มีอะไรเกิดขึ้นในด้านสังคม ด้านจิตใจ หรือด้านร่างกาย

- ตัวผู้ป่วยเองบอกปัญหาได้ไหมว่าอะไรเป็นภาวะกดดันหรือเป็นปัญหาวิกฤตของผู้ป่วย

- มีอะไรบ้างในตัวผู้ป่วยที่ผิดปกติไป เช่น การกิน การนอน การทำงาน กิจกรรมส่วนตัว ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว รวมถึงการใช้ Alcohol และยาบางชนิด

ซึ่งข้อมูลเหล่านี้พยาบาลต้องรวบรวมไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาล พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลหรือประวัติอื่น ๆ เพิ่มเติมอีก

1.2 Vital signs และ Physical examination ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านร่างกาย เพราะมีการเจ็บป่วยทางร่างกายมากมายที่มีผลต่อภาวะจิตใจ

1.3 การตรวจสภาพจิต (Mental status examination) ข้อมูลส่วนนี้สำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกแยะลักษณะของผู้ป่วย ข้อมูลอาจได้โดยการสังเกตผู้ป่วยโดยตรง เพราะบางทีคำพูดได้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือชัดเจนเท่ากับท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออกมา

การตรวจสภาพจิต (Mental status examination)

ในภาวะจิตเวชฉุกเฉิน การตรวจสภาพจิตที่พยาบาลควรทราบ จะต้องยึดหลักในการสังเกต ดังต่อไปนี้

- 1.3.1 พฤติกรรมและสิ่งที่ปรากฏให้เห็น (Behavior and Appearance)
- 1.3.2 การรู้จัก เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)
- 1.3.3 อารมณ์ (Affect or emotion)
- 1.3.4 กระบวนการความคิดและเนื้อหา (Thought process and content)
- 1.3.5 การรับรู้ (Perception)
- 1.3.6 หน้าที่ความรู้ความเข้าใจระดับสูง (Higher cognitive function)

1.3.1 พฤติกรรมและสิ่งที่ปรากฏให้เห็น (Behavior and Appearance)

พยาบาลควรสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลอื่น สังเกตสิ่งที่ปรากฏให้เห็นโดยทั่วไป เช่น สภาพร่างกาย การแต่งกาย การทรงตัว ภาวะความรู้สึก ปฏิกริยาที่มีต่อบุคคล ความร่วมมือ ความตั้งใจที่จะตอบคำถาม และเล่าเรื่องราวของตนเอง การตื่นตัว (Alert) ลักษณะการพูดลิ้นรัวหรือไม่ผู้ป่วยรอคอยการตรวจได้หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้มากน้อยเพียงใด

1.3.2 การรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation)

ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร ชื่ออะไร ปีนี้อะไร เดือนอะไร วันที่เท่าไร โดยถามว่ามาโรงพยาบาลได้อย่างไร รู้ไหมว่าอยู่โรงพยาบาล รู้ว่าคนแต่งชุดขาวมีหมวกเป็นพยาบาลหรือไม่ พยาบาลให้ผู้ป่วยตอบคำถาม คำตอบผิดพลาดเล็กน้อยอาจจะเกิดจากความเศร้า ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด คำตอบที่ไม่ตรงและสับสน อาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต

1.3.3 อารมณ์ (Affect)

อารมณ์เศร้า วิตกกังวล โกรธ กลัว เสียใจ ครั่นเครง จะต้องบันทึกไว้ด้วยเช่นผู้ป่วยที่มีอารมณ์เฉยเมย มักจะแยกตัวเอง หรือเศร้า หรืออยากตาย พยาบาลควรสอบถามผู้ป่วยว่าอารมณ์ หรือความรู้สึกที่พยาบาลสังเกตเห็นนั้นเกิดขึ้นเมื่อไร เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ถูกต้องยิ่งขึ้น เมื่อพยาบาลประเมินพบลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ครั่นเครงมากควรขอให้ผู้ป่วยอธิบายลักษณะอารมณ์ของเขาด้วย แต่ผู้ป่วยอาจจะบอกลักษณะอารมณ์ของเขาไม่ตรงกับพฤติกรรมที่แสดงออกอยู่ขณะนั้นก็ได้ เช่น ผู้ป่วยครั่นเครงมากมีกิจกรรมมากเขาอาจจะบอกว่าเขาปกติดีก็ได้

1.3.4 กระบวนการความคิดและเนื้อหา (Thought process and content)

กระบวนการความคิด และเนื้อหาความคิดของผู้ป่วย ดูได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีความคิดที่แตกแยก สร้างคำขึ้นใหม่ มีความคิดกระเจิดกระเจิง เนื้อหาของความคิดอาจจะพบว่ามีหลงผิด หวาดระแวง รู้สึกผิด ย้ำคิด และกลัวอย่างไม่มีเหตุผล

1.3.5 การรับรู้ (Perception)

ผู้ป่วยอาจรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง มีประสาทหลอนทางหู ตา จมูก ผิวกาย แปรสภาพผิด การรับรู้จะทราบได้จากพฤติกรรมและการสอบถามผู้ป่วย

1.3.6 หน้าที่ความรู้ความเข้าใจระดับสูง (Higher cognitive Function)

ให้ตรวจสอบความจำว่าผู้ป่วยความจำเสื่อมบ้างหรือไม่ (Impair of memory) ความจำปัจจุบัน หรือความจำในอดีตเสื่อม พุดจาเป็นคนไม้หรือแต่งเรื่องขึ้นใหม่ (Confabulation) เพื่อปกปิดความเข้าใจของตนเองหรือไม่ การตัดสินใจผิด ความคิดทางนามธรรมคิดไม่ได้ ให้สังเกตมองดูสิ่งรอบตัวของผู้ป่วยว่ารู้ตัวหรือไม่รู้ตัว

2. การประเมินความรุนแรงด่วนของภาวะฉุกเฉิน

หลังจากพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้แล้ว ต้องเป็นผู้ประเมินความรุนแรงด่วนของการที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ โดยการประเมินได้จากพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วย

- 2.1 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตัวเอง ผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน
- 2.2 ผู้ป่วยตะโกนเสียงดังรบกวนโทสะผู้อื่น
- 2.3 ญาติและผู้อื่นมีท่าที่ตื่นกลัว ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย
- 2.4 ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว เช่น อาจจะนั่งเงียบเฉย แล้วมีท่าทางอ่อนเพลียมาก หรือตะโกนเสียงดังแล้วมีท่าที่อ่อนเพลียมาก
- 2.5 ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองอย่างเห็นได้ชัด
- 2.6 ผู้ป่วยไม่พูดหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ และจะพยายามออกจากห้องปฏิบัติการพยาบาลหรือโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- 2.7 มีอาการแสดง (Signs) ว่ามีอาการพक्षा หรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันมีสัญญาณชีพผิดปกติ และมีพฤติกรรมแปลก ๆ ร่วมด้วย

3. ขั้นตอนในการให้ความช่วยเหลือหรือจัดการปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวช

เมื่อพยาบาลพบพฤติกรรมของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น จะต้องบริหารจัดการดังนี้

- 3.1 จัดให้มีคนดูแลอย่างใกล้ชิดหรือจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด (Restraint) ถ้าจำเป็น
- 3.2 รายงานแพทย์ทันที และอาจจำเป็นต้องให้ยาฉีด ตามแนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อให้อาการผู้ป่วยสงบลง
- 3.3 ผู้ป่วยอาจต้องอยู่โรงพยาบาล หรือส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลอื่น พยาบาลจะต้องเตรียมการต่าง ๆ ตามระเบียบของการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system)

- 3.4 สอบถามผู้ใกล้ชิดที่ผู้ป่วยมา เพื่อหาสาเหตุและข้อมูลเพิ่มเติม
- 3.5 สังเกตอาการ อาการแสดง และตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) ทั้งก่อนและหลังการให้ยา

ปัญหาทางจิตที่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งจะต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนมีดังนี้

1. พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)
2. การฆ่าตัวตาย (Suicide)
3. การได้รับยาเกินขนาด (Drug Overdose)
4. โรคจิตชนิดเฉียบพลัน (Acute Psychoses)
5. ความเจ็บป่วยทางกายที่แสดงอาการทางจิต (Organic Mental Disorder หรือ Organic Brain Syndrome)
6. กลุ่มอาการติดสุรา (Alcohol Dependent Syndroms)
7. กลุ่มอาการที่เกิดภาวะการหายใจหอบ (Hyperventilation Syndrome)
8. โรคประสาทฮีสที่เรื้อรัง Conversion Reaction
9. การถูกข่มขืนกระทำชำเรา (Rape)

พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior)

ความหมาย

เพียร์ดี เบียมมงคัล (2536) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า "เป็นภาวะรุนแรงที่สุดของความก้าวร้าว (Aggressive) มีลักษณะที่แสดงออกทันที ทั้งคำพูดและการใช้กำลังทำให้บุคคลอื่นบาดเจ็บหรือสิ่งของถูกทำลายเสียหาย ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าว กุนน์ (Gunn, 1973 อ้างถึงในจรัญ อังสราญ, 2538) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว ไว้ว่าเป็นพลังกำลังของร่างกายที่มุ่งทำอันตรายต่อบุคคลอื่น หรือสิ่งของ

สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง แบ่งออกเป็น 2 พวก

1. โรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมอง (Organic Cause) เช่น เนื้องอกในสมอง (Tumor) สมองได้รับการกระทบกระเทือน (Trauma)
2. โรคที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Functional Cause) เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder) อาการคลุ้มคลั่ง (Mania) อาการหวาดระแวง (Paranoid) เป็นต้น

บุคคลในกลุ่มต่อไปนี้แนวโน้มจะมีพฤติกรรมรุนแรงได้

1. ผู้ที่มีประวัติของความรุนแรงและเคยทำความรุนแรงมาแล้ว
2. ผู้ดื่มสุราที่อาจอยู่ในภาวะเป็นพิษ (Intoxication) หรือดื่มสุราเรื้อรังและมีอาการ (Delirium Tremens)
3. ผู้ใช้สารเสพติดได้ทั้งในภาวะ Intoxication หรือ ในระยะที่ขาดยาและกำลังต้องการยาเสพติด
4. ผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder) ในลักษณะต่อต้านสังคมเป็นพวกอันธพาลมักจะก่อความรุนแรงหรือในลักษณะทุพหุ ความคุมตนเองได้น้อยตัดสินใจปัญหาโดยใช้กำลัง
5. ผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) ผู้ป่วยจะรู้สึกกระหมัดระวังตัว และระแวงว่าจะมีผู้อื่นมาคอยตามทำร้ายจึงเกิดอาการอาละวาดขึ้นได้ง่าย หรือผู้ป่วยโรคจิตชนิดมานิยา (Mania)
6. ผู้ป่วยกลุ่ม Organic Brain เช่น Acute confusion states, Brain damage, Epilepsy หรือ Frontal lobe syndrome
7. ผู้ที่กำลังคับข้องใจหรือเจ็บปวดต่าง ๆ เช่น การที่ต้องรอคอยการตรวจเป็นเวลานาน และมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานอดทนรอไม่ไหว

ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจจะก่อพฤติกรรมรุนแรงได้ เมื่อแรกพบผู้ป่วยพยาบาลควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

1. Posture สังเกตดูท่าทางแขนสองข้างเกร็งกัมมือแน่นหรือนั่งอย่างระมัดระวัง แวดตาไม่ไว้วางใจคนอื่น
2. Speech กระแสคำพูดบอกได้ว่า ผู้ป่วยหงุดหงิด พูดเสียงดัง เสียงสั้นหรือไม่ยอมพูด
3. Motor activity นั่งไม่ติด ไม่ยอมนั่ง ตบโต๊ะเสียงดัง
4. ลักษณะอื่น ๆ เช่น มีกลิ่นสุราจากลมหายใจ มีแผลตามตัวเหมือนใช้ยาเสพติด มีท่าทางตระหนก ตกใจง่ายต่อสิ่งที่อยู่รอบข้าง

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็วเป็นระบบ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยให้มากที่สุด

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังเอะอะอาละวาดนั้น ต้องการช่องว่างระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในการเริ่มต้น ควรให้ผู้ป่วยอยู่อย่างนั้นสักระยะหนึ่ง เจ้าหน้าที่ไม่ควรบุกเข้าไปถึงตัวผู้ป่วยในทันที
2. อย่าพยายามหยุดผู้ป่วยโดยลำพัง ควรหาคนมาคอยช่วยควบคุมผู้ป่วยอย่างน้อย 3 คน
3. อย่าแสดงท่าทีคุกคามผู้ป่วยพยายามพูดกับผู้ป่วย ชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยคลายความดุร้าย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกโกรธของตนเอง แสดงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย พูดปลอบโยนผู้ป่วยให้มีความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัย ให้เขาเข้าใจว่ายังมีคนเห็นใจเขาอยู่
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความในใจ เพื่อลดความคับข้องใจ
5. ถ้าการใช้คำพูดไม่ได้ผล และผู้ป่วยอยู่ในลักษณะ Out of control ต้องใช้วิธีผูกมัด (Restraint) และพิจารณาให้ยาร่วมด้วย แต่วิธีนี้เป็นวิธีสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่นไม่ได้ผล
6. สังเกตอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เช่น ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ
7. เมื่อผู้ป่วยสงบควรตรวจสภาพจิต, จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม

การจำกัดพฤติกรรม (Setting limit)

ในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อมีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และยา ยังไม่ได้ผลที่พยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาช่วยเหลือผู้ป่วย โดยอาจกระทำได้ 2 วิธีคือ

1. การผูกมัด (Restriants)
2. การใช้ห้องแยก (Seclusion room)

1. การผูกมัด (Restriants)

บุคลากรในหอผู้ป่วย ต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่มีท่าทีดุดัน ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตรหรือเอะอะอาละวาด อาจต้องใช้กำลังหรือการบังคับ หรือการผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งต้องกระทำโดยยึดหลักดังต่อไปนี้

1.1 เตรียมผู้ป่วยไว้ให้เพียงพอ ตกลงกันว่าคนไหนจะเข้าข้างไหน จะจับตรงไหน การเข้าจับผู้ป่วยต้องนัดหมายเข้าพร้อม ๆ กันเพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายอีกคนหนึ่งได้

1.2 ผู้ที่เตรียมตัวจะจับผู้ป่วย ต้องถอดแว่นตา บากกา นาฬิกา ออกเสียก่อนเพื่อป้องกันของเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้ป่วยได้

1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำอะไรเสียก่อน เวลาที่จะอธิบายให้มองเห็นผู้ป่วยอย่างสงบไม่ทำทนาย และบอกให้ทราบว่าผลที่ผู้ป่วยจะได้รับมีอะไร อย่างตรงเข้าจับหรือใช้กำลังโดยไม่ได้พูดอะไรเลย

1.4 ระหว่างทำการจับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะต่อสู้โดยการกัด เตะ หรือขวิดด้วยศีรษะ เพราะฉะนั้นในการจับหรือจะทำอะไรให้ผู้ป่วย ควรเข้าข้างหลังและด้านข้าง ๆ อย่าเข้าข้างหน้าผู้ป่วยเด็ดขาด ถ้าผู้ป่วยใส่รองเท้าแข็งหรือแว่นตา ต้องรีบถอดทันทีที่จับผู้ป่วยได้แล้ว

1.5 พยายามจับผู้ป่วยให้อยู่ในท่าปกติ ไม่จับจนแน่นเกินไป และอย่าให้เจ็บจิกผู้ป่วย

1.6 ในรายที่ผู้ป่วยดุดัน และมีอาวุธอยู่ในมือ พร้อมทั้งจะทำร้ายเราให้เข้าด้านหลัง เอาผ้าห่มหรือผ้าปูที่นอนโดยให้ไปคลุมศีรษะผู้ป่วย ในระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังงงัน ก็ตรงเข้าช่วยกันจับและปลดอาวุธ หรือใช้วิธีหาสิ่งของหลอกล่อ และเปลี่ยนจุดสนใจชั่วคราว โดยให้คนหนึ่งเรียกชื่อต่าง ๆ เพื่อเตือนสติให้รู้สึกตัว ใช้ช่วงจังหวะผู้ป่วยเพลอให้บุคลากรเข้าด้านหลัง และในขณะที่ปฏิบัติการอยู่เช่นนั้นต้องไม่ให้ผู้อื่นมามุงดู เพราะอาจจะโดนลูกหลง และเป็นการข่มขู่อารมณ์ เป็นเหตุให้ได้รับอันตราย

หลักการและวิธีการที่กล่าวมาข้างต้น การผูกมัดผู้ป่วยสามารถกระทำดังต่อไปนี้

ก. บอกผู้ป่วยว่าพยาบาลจะทำอะไร ใช้ภาษาง่าย ๆ ชัดเจน ตรงไปตรงมาเน้นความจำเป็นและวัตถุประสงค์ที่ต้องทำ

ข. ทำด้วยความรวดเร็ว เน้นการจับตามธรรมชาติและด้วยความร่วมมือของทีม ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยต่อรอง หลังจากพยาบาลได้ตัดสินใจแล้ว แต่ให้ความสนใจกับผู้ป่วยว่าจะไม่มีอันตราย ผู้ป่วยจะปลดก๊อช์ พยาบาลต้องบอกผู้ป่วยว่าขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ที่ไหน และพยาบาลจะมาคอยดูแลผู้ป่วย

ค. ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยในท่านอนหงาย ผู้ป่วยไม่มีโอกาสตะแคง (ทำให้ผู้ป่วยสับสนและกลุ้มเนื้อตึงรั้ง ส่วนทางด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ไว้วางใจสิ่งแวดล้อมได้ง่าย)

ง. ไม่ผูกมัดจนแน่นเกินไป ควรตรวจปลายมือ ปลายเท้า เกี่ยวกับสีและตรวจวัด

สัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิชีพจรทุก 15 นาที

จ. เปลี่ยนท่าในการผูกมัดผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อาจปล่อยเชือกข้างใดข้างหนึ่งก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักบ้าง

ข. อย่าทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจเหตุการณ์การจำกัดพฤติกรรม และการยกเลิกการจำกัดพฤติกรรม

2. การใช้ห้องแยก (Seclusion room) หรือการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยก

การนำผู้ป่วยเข้าห้องแยก เป็นวิธีการเลือกใช้วิธีสุดท้ายเมื่อใช้วิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล ซึ่งเหตุผลในการกักขังผู้ป่วย Heyman, 1987 ให้เหตุผลว่า

2.1 ช่วยควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากการบาดเจ็บทั้งตัวเองและผู้อื่น

2.2 ป้องกันการสับสน หรือการรับรู้กาลเวลาผิดพลาด

2.3 จัดความรู้สึกและสิ่งกระตุ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการตื่นเต้น

2.4 ป้องกันการทำลายสิ่งของ และทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อย ๆ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้

การฆ่าตัวตาย (Suicide)

การฆ่าตัวตายถือว่าเป็นจิตเวชฉุกเฉิน และเป็นเรื่องภาวะวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ ที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ควรรู้ไปในขณะที่ให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายทั้งนี้ เพราะผู้ที่ฆ่าตัวตายอาจจะกระทำซ้ำอีกทันที สภาวะร่างกายนั้นค่อนข้างสับสน และการช่วยเหลือด้านการประคับประคองจิตใจ ควรจะได้ทำก่อนที่จะมีการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่จิตใจจะจบชีวิตของตนเพื่อหนีความยุ่งยากอันสุดที่จะทนต่อไปได้อีกแล้ว ความตายเป็นที่ต้องการเพื่อหยุดความหายนะอันยาวนาน เนื่องมาจากความยากลำบากของชีวิตออกไป และเพื่อหยุดความรู้สึกเจ็บปวด ความเหงา ความรู้สึกผิด ความสูญเสีย โรคภัย ความเศร้า ความรุนแรง หรือความยากจนอีกด้วย ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่จิตใจจะจบชีวิตตนเอง แต่การกระทำไม่สำเร็จ ทั้งนี้ก็เพื่อหนีความยุ่งยากที่สุดจะทนได้หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงความเลื่อมของชีวิต (กิติกร มีทรัพย์, 2538)

* การฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 3 ชนิดคือ

1. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful suicide) หมายถึง การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผลกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Attempt) หมายถึง ความพยายามฆ่าตัวตายซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจจริงที่จะตาย หรือการฆ่าตัวตายแบบรุนแรงเป็นพวกที่ตั้งใจทำร้ายตนเองอย่างรุนแรงและจริงจัง คนพวกนี้มักคิดว่าไม่มีทางแก้ไขปัญหาด้วยวิธีอื่นนอกจากความตายจึงจะพ้นทุกข์
3. การแสลงกระทำการฆ่าตัวตาย (suicidal gesture) หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้กระทำมีความตั้งใจ หรือไม่มีเจตนาตั้งใจที่จะตายหรือฆ่าตัวตายแบบประหลาดคนพวกนี้ใจจริงไม่อยากจะตายแต่กระทำไปเพื่อเป็นการประท้วง หรือเป็นการเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น

วิธีการฆ่าตัวตาย

1. รับประทานยาพิษ หรือสารเป็นพิษต่าง ๆ รับประทานยาเกินขนาด เช่น ยา นอนหลับ น้ำกรด
2. ผูกคอตายโดยใช้สายไฟ ผ้า บีบคอตตนเอง
3. ยิงตัวตาย แทะตัวตาย ใช้ของมีคมต่าง ๆ
4. กระโดดน้ำตาย กระโดดตึก กระโดดให้รถทับ
5. เผาตัวเอง

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

1. สาเหตุทางสังคม ได้แก่ ปัญหาต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น ปัญหา
สามัคคีรยา เพื่อน ผู้ร่วมงาน อาชีพ เศรษฐกิจ ครอบครัวแตกแยก
2. สาเหตุทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย
เช่น มะเร็ง ลมชัก ฯลฯ
3. สาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น ความผิดปกติของบุคลิกภาพ หรือมีความเจ็บป่วย
ทางจิต

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทำลายชีวิตตนเอง

1. เพศ (Sex) ผู้หญิงมีพฤติกรรมทำลายชีวิตตนเองมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายจะ
ทำลายชีวิตตนเองสำเร็จมากกว่า
2. อายุ (Age) ต่ำกว่า 19 ปี และสูงกว่า 45 ปี
3. อารมณ์ซึมเศร้า การแสดงออกของการมีอารมณ์ซึมเศร้าจะเป็นตัวทำนายได้ดี
(Depression)
4. ประวัติการทำลายชีวิตตนเอง เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ถ้ามีประวัติการทำลายชีวิต
ตนเอง (Previous attempt) จะมีความเสี่ยงสูง
5. ดื่มสุรา (Ethanol abuse) ผู้ที่ดื่มสุรามากจนเป็นโรคพิษสุรา (Alcoholic)
จะมีพฤติกรรมทำลายชีวิตตนเองได้
6. ความไม่เป็นเหตุเป็นผล (Rational thinking loss) ผู้ป่วยจิตเวชทุก
คนมีอัตราเสี่ยงต่อการทำลายชีวิตตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด
(Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) และมีความคิดสับสน (Confusion)
7. ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social support lacking) การไม่ได้รับ
การสนับสนุนจากญาติ หรือการไม่มีงานทำ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทำลายชีวิตตนเอง
8. แผนการทำลายชีวิตตนเอง (Organized plan) ผู้ที่มีการวางแผนทำลาย
ชีวิตตนเองเรียบร้อยแล้ว จะมีอัตราเสี่ยงสูง
9. การอยู่ตามลำพัง (No support) การหย่าร้างเป็นหม้าย แยกกันอยู่ หรือ
เป็นโสดมีอัตราเสี่ยงสูง
10. การเจ็บป่วย (Sickness) มีการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เรื้อรังหรือรุนแรง

ภาวะอารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1. ด้านอารมณ์ มีหลายอารมณ์ในคนคิดฆ่าตัวตาย เศร้า กลัว โกรธและเจ็บ เจ็บ อารมณ์มีลักษณะรุนแรงแตกต่างกันออกไป แต่ส่วนมากจะต้องอยู่ในภาวะ depress รู้สึกหมดหวัง ช่วยตัวเองไม่ได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเป็นอารมณ์โกรธการฆ่าตัวตายมักเป็นไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ อยากให้ผู้อื่นเสียใจและรู้สึกผิด

2. ด้านการรับรู้ มีความคิดมากมายที่เป็นการกล่าวโทษตนเอง ในผู้ฆ่าตัวตายคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เป็นผู้ที่ทำให้อื่นเดือดร้อน ถ้าป่วยเรื้อรังก็กลัวว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น อยากทำโทษตนเองหรือคิดว่าจะได้ไปอยู่กับคนที่ตายไปแล้ว

3. ด้านพฤติกรรม ในบุคคลที่เป็นคนใจร้อน ทุรนทุสน เมื่อเผชิญปัญหาและคิดถึงการฆ่าตัวตายก็จะลงมือกระทำเดี๋ยวนั้นเลย ถ้าไม่ตายก็จะเสียใจในการกระทำของตนเอง สำหรับคนที่เฉย ๆ เจ็บ ๆ มักจะมีการวางแผนศึกษาวิธีการที่ดีที่สุด ถ้าไม่ตายมักจะโกรธและอาจจะพยายามฆ่าตัวตายอีก อย่างไรก็ตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคน จะทิ้งร่องรอยของการขอความช่วยเหลือไว้ก่อนตายเสมอ

การวินิจฉัยทางจิตเวชของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายมักจะมีปัญหาทางสุขภาพจิต แบ่งตามการวินิจฉัยทางจิตเวดังนี้

1. Adjustment disorders เป็นกลุ่มที่มีแนวทางในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ บกพร่องปัญหาต่าง ๆ ส่วนมากเป็นเรื่องงาน สัมพันธภาพและสังคม เมื่อเผชิญปัญหาความเครียดกับปัญหาไม่ได้

2. Major depressive episode เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตซึมเศร้าที่เกิดอาการชัดเจนในช่วง 2 อาทิตย์ ได้แก่ มีปัญหาในด้านการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร ขาดความสนใจ อ่อนเพลีย มีอารมณ์เศร้า คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เป็นคนผิด สมาธิลดลง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

3. Personality disorder มีพื้นฐานการปรับตัว การคิด การรับรู้และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมบกพร่อง โดยเฉพาะด้านสังคมและการทำงาน

4. Alcohol and drug abuse กลุ่มใช้สุราและยาเสพติดมักขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง

5. Schizophrenia จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เบื่อหน่ายตนเองหรือเกิดจากมีอาการหลงผิด อารมณ์ผิดปกติ จึงพยายามฆ่าตัวตาย

การประเมินความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้

1. ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย (Intention) พิจารณาจากพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้แก่

1.1 วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ถ้าเป็นวิธีการที่เป็นอันตรายร้ายแรงแสดงว่าผู้ป่วยมีความตั้งใจจะตายสูง ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะทำซ้ำได้

1.2 การวางแผนการล่วงหน้า เพื่อไม่ให้มีคนอื่นมาช่วยได้ทัน เช่น ใช้ให้ลูก ๆ ออกไปซื้อของหรือไปหาธุระนอกบ้าน แล้วก็พยายามฆ่าตัวตาย กรณีนี้ถือว่ามีความเสี่ยงสูง

2. จิตสมรภูมิของผู้ป่วย (Psychopathology) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมีภาวะซึมเศร้า ตัดยาเสพติด มีปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

3. สภาพปัญหา (Psychosocial stress) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาในชีวิตรุนแรงและยังไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้ดี ผู้ป่วยก็จะอาจจะหันไปฆ่าตัวตายอีก

4. ผู้เกื้อหนุนระดับประคับประคองผู้ป่วย (Supportive System) ได้แก่ ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน โดยพิจารณาผู้ป่วยมีบุคคลที่จะประคับประคองจิตใจผู้ป่วยได้หรือไม่ผู้ป่วยที่ไร้ญาติขาดมิตรมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเอาใจใส่

การให้การช่วยเหลือ

1. การให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

1.1 ช่วยเหลือทางเดินหายใจ ในกรณีที่มีปัญหาด้านการหายใจ

1.2 ในรายที่มีบาดแผลบาดเจ็บทางกายต้องจัดการช่วยเหลือไปก่อน Breathing brain brain ตามลำดับของปัญหา

2. การให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

2.1 ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตดูแลอาการอย่างระมัดระวังเพราะอาการอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะได้ช่วยเหลือทันทั่วทั้ง

2.2 ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการรับฟังผู้ป่วยพูด ให้พูดแสดงความรู้สึกสับสนเศร้าเสียใจ ความรู้สึกหว่านเหวี่ยงทอดทิ้ง ความรู้สึกโกรธและขุ่นเคืองเป็นต้น

2.3 พยาบาลต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามสมควรและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยไม่ตำหนิเพราะจะทำให้เสียใจมากยิ่งขึ้น

2.4 ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย เช่น เก็บอาวุธ ของมีคมให้หมด

2.5 รักษาตามสาเหตุของการฆ่าตัวตาย

2.6 การมีผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง รับไว้ในโรงพยาบาลและควรให้บุตรหรือเพื่อนมาช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด

2.7 ถ้าหากไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล ต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

2.7.1 แจ้งญาติให้เก็บอาวุธ ยา สิ่งของที่ผู้ป่วยอาจจะใช้เป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตายได้

2.7.2 แจ้งญาติที่ดูแลผู้ป่วย ให้ทราบว่าผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากน้อยเพียงไร

2.7.3 จัดให้ผู้ป่วยพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยต้องการ ถ้าไม่ว่างก็ต้องให้เหตุผลแก่ผู้ป่วย และแจ้งให้ทราบว่าพร้อมที่จะพบผู้ป่วยได้เมื่อไร

2.7.4 ไม่ควรให้ยาที่ก่อให้เกิดอันตรายได้ไปเป็นจำนวนมาก และต้องทราบว่าขณะนั้น ๆ ผู้ป่วยใช้ยาอะไรอยู่ ผู้ป่วยมียาติดตัวจำนวนเท่าใด

2.8 ไม่ควรคิดว่าคนที่พูดว่าอยากจะฆ่าตัวตายมักไม่ทำจริง ๆ หรือการฆ่าตัวตายซึ่งดูเหมือนการประชดขบขัน ไม่มีความสำคัญ

2.9 ไม่ควรรื้อเรื่องที่พูดถึงเรื่องการฆ่าตัวตายกับผู้ป่วย ถ้าสงสัยว่าเขาอาจมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง

2.10 ระวังผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นทันทีทันใด เขาอาจรู้สึกว่าจะตายดีกว่าอยู่

ห้องสมุด

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

การได้รับยาเกินขนาด (Drug Overdose)

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ณ. ๐๐๑๑๑

ความหมาย

Drug Overdose หมายถึง ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการ การได้รับยาเกินขนาด กินยาฆ่าแมลง มีประวัติกินยาเกินขนาด หรือได้สารเป็นพิษ ต่าง ๆ โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจเนื่องจากไม่รู้อีกก่อนหรือเคยหยุดใช้แล้วทดลองใหม่โดยใช้ขนาด เดิมซึ่งเคยใช้อยู่หรือเพิ่มขนาดขึ้นจนนั้นอาการที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับจำนวนที่ได้รับเข้าไปรวมทั้งความ ทนต่อสารนั้น ๆ ญาติจึงรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด พบได้ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชอย่างหนึ่ง อาการผู้ป่วย ที่มาโรงพยาบาลและที่ตรวจพบคือ

1. ส่วนมากจะมีอาการหมดสติ
2. ชีพจรและการหายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลงจนถึงอาจหยุดหายใจ
3. รูม่านตาหดตัว (Pinpoint pupils) แต่บางรายอาจขยายใหญ่ได้จากการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง
4. พบรอยเขียวตามมือ แขน จากการใช้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ อาจพบอาการ ของ Pulmonary edema ได้

การให้การช่วยเหลือ

1. การให้การช่วยเหลือทางร่างกาย
 - 1.1 ดูแลเรื่อง Airway respiration
 - 1.2 ทำ Gastric lavage ในราย Overdose จากยาหรือสารอื่น ๆ ที่ จำเป็นต้องทำการล้างท้อง
 - 1.3 ในรายที่มีบาดแผล บาดเจ็บทางกาย ต้องจัดการช่วยเหลือไปก่อน โดย ดูตาม Breathing bluding brain ตามลำดับของปัญหา
 - 1.4 Maintenance blood pressure with fluid, electrolyte
 - 1.5 อาจให้ 50 % glucose เพื่อรักษาอาการที่มีสาเหตุในเลือดต่ำที่ทำให้ ผู้ป่วยหมดสติได้
2. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ
 - 2.1 ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำซ้ำ อีกจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ
 - 2.2 เก็บของมีคม ยาหรือของใช้บางอย่าง ซึ่งอาจเป็นอุปกรณ์ทำร้ายตนเอง ได้ เช่น ผ้าขาวม้า เป็นต้น และไม่ควรให้ยาผู้ป่วยกลับบ้านไปเป็นจำนวนมาก ๆ หรือถ้าจำเป็น ต้องให้ก็ควรให้ญาติเป็นคนเก็บรักษา

มีคุณค่า
2.3 กระตุ้นให้ร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเอง

2.4 ถ้ามีอาการเศร้าหรือความผิดปกติทางจิตเช่น หลงผิดหรือประสาทหลอน
ต้องรับรักษา

2.5 ทำจิตบำบัด โดยการเห็นอกเห็นใจ และการเข้าใจผู้ป่วยตามสมควรให้
โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความคับแค้นใจ และให้รู้จักวิธีแก้ปัญหาชีวิตด้วยวิธีที่เหมาะสมกว่าการทำ
ร้ายตนเองด้วยการกินยาตาย

2.6 ศึกษาปัญหาทางสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น ปัญหาสมรส
ปัญหาครอบครัว ปัญหาเรื่องการทำงาน หรือปัญหาเศรษฐกิจ และหาทางแก้ไขต่อไป

โรคจิตเฉียบพลัน (Acute Psychosis)

Acute Psychosis เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชอย่างหนึ่ง ที่พบได้ค่อนข้างบ่อย แม้แต่ในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งอาจพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) อารมณ์คลุ้มคลั่ง (Mania) หรือ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ก็ได้

ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล (2537) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า "โรคจิตเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or functional) หรือสาเหตุจากร่างกาย (Organic) และมีผลทำให้มีความผิดปกติในความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสถานะความเป็นจริงและพฤติกรรมอย่างมาก จนเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการของชีวิตตามธรรมดา มักจะแสดงออกโดยมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด (Delusion) และประสาทหลอน (Hallucination)"

ลักษณะของผู้ป่วยที่บ่งบอกว่าเป็นโรคจิต ได้แก่

1. อยู่นอกสภาวะความเป็นจริง (Out of reality) คือผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ออกจากความเป็นจริง เช่น ผู้ป่วยคิดอะไรก็เชื่อว่าเป็นสิ่งที่ตนคิดเป็นความจริง อาการที่พบได้บ่อย ๆ คือหลงผิด (Delusion) และประสาทหลอน (Hallucination)

2. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Behavior change) ผู้ป่วยที่แต่เดิมเป็นคนเงียบ ๆ เฉย ๆ ก็อาจจะมีท่าทางก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด บางคนอาจจะมีอาการเหม่อลอย ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

3. ไม่รู้ว่าตนเองผิดปกติ (Poor insight) ผู้ป่วยโรคจิตมักจะไม่นยอมรับว่าตนเองผิดปกติ ผู้ป่วยที่ยอมรับว่าตนเองผิดปกติจะเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาอาการทางจิตเวชมาแล้ว

ข้อควรระวังต่อผู้ป่วยโรคจิต

1. พยาบาลควรวางตัวในแบบของวิชาชีพในการช่วยเหลือ และพูดกับผู้ป่วยตามปกติและไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย ในด้านพฤติกรรมและความคิด

2. ไม่ควรเข้าไปจับต้องตัวผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีการรับรู้ไม่เป็นไปตามปกติ

3. Physical restraints เป็นสิ่งจำเป็นเมื่อผู้ป่วยแสดงท่าทีจะเป็นอันตรายหรือควบคุมตัวเองไม่ได้

การให้การช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์สำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตในภาวะฉุกเฉิน คือ การทำให้ผู้ป่วยสงบและลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น สำหรับการช่วยเหลือจึงเป็นการใช้ยา Antipsychotic drugs ควบคุมอาการตามแนวการรักษาของแพทย์ คือ Haloperidol 5-10 mg หรือ Chlopromazine 25-50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกครึ่งชั่วโมง โดยทั่วไปจะใช้ไม่เกิน 2-3 dose ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยอาการจะดีขึ้น หนึ่งให้ยาต้องตรวจวัด Vital Signs และมีคนคอยดูแลตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นควรเลิกใช้ยาฉีดใช้ยากินแทน ตามแนวการรักษาของแพทย์ส่วนการช่วยเหลือ โดยการใช้การควบคุมพฤติกรรมโดยการผูกมัด (Restriants) คู่มือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

ความเจ็บป่วยทางกายที่แสดงอาการทางจิต (Organic Mental Disorder หรือ Organic Brain Syndrome)

ความหมาย

ทวี ตั้งเสรี (2536) ได้ให้คำจำกัดความของ Organic Mental Disorder หมายถึง "หน้าที่การทำงานของสมองจะผิดปกติ เป็นผลให้เกิดความบกพร่องในการเรียนรู้ การรู้เวลา สถานที่ บุคคล การตัดสินใจ และเชาวิสัย" "

ชนิดของ Organic Mental Disorder

1. Delirium
2. Amnestic Syndrom
3. Dementia

แนวทางการวินิจฉัย Organic Brain Syndrome (OBS)

1. ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

- มีการเจ็บป่วยทางกายที่มีแนวโน้มจะมีผลทาง OBS เช่น เคยประสบอุบัติเหตุมี CardiovascularและPulmonary diseaseมีinfection ฯลฯ
- เคยมีประวัติปัญหาทางสุขภาพจิต
- ได้รับยาบางอย่างมีผลข้างเคียง ทำให้เกิดอาการ OBS
- มีประวัติการดื่มสุรา และใช้ยาเสพติด

2. อาการและอาการแสดงร่วมกับผลการตรวจทางห้องทดลอง

- มี Vital signs ผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็วและหายใจช้า
- มี Incontinence of Urine or stool
- มีอาการทาง Neurological signs เช่น Ataxia, tremor, seizures
- มีผลการตรวจพบ Metabolic และ Electrolyte ผิดปกติ

3. อาการและการแสดงทางจิต (Mental status signs and symptoms)

- การรับรู้หรือการรู้สึกตัว ไม่คงที่ ระดับการรู้ตัวเปลี่ยนไปมา
- มีความบกพร่องในเรื่อง Memory, Judgment และ Cognition
- มีอารมณ์แปรปรวน เปลี่ยนไปมา ประกอบกับมี Appetite และ Weight loss หรือมี Disturbances
- พบมี Hallucination ในแบบ Alfactory และ Tactile hallucination

Organic Mental Disorder ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ Delirium ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบได้ทั่วไปทั้งในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลฝ่ายกาย ซึ่งมีอาการสำคัญดังนี้

1. Clouding of consciousness การรู้สึกตัวลดน้อยลง
2. Perceptual disturbances เช่นมีประสาทหลอน หรือรับรู้ผิดปกติ
3. Disorientation ในด้านบุคคล สถานที่ และเวลามีความสับสน
4. Affect อารมณ์เปลี่ยนไปมารวดเร็วไม่แน่นอนอาจไม่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่
5. Memory บกพร่องโดยเฉพาะ Short-term memory

ขั้นตอนของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (Delirium)

1. ควบคุมผู้ป่วยโดยการผูกมัด (Physical restraints) อาจจำเป็นในกรณีผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่รับรู้สภาพแวดล้อม เอะอะอาละวาด ซึ่งมีแนวโน้มที่ตัวผู้ป่วยจะได้รับอันตราย เช่น ตกเตียง อุบัติเหตุต่าง ๆ

2. การใช้ยา (Medications) ตามแนวการรักษาของแพทย์ ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาส่วนมากให้ในกลุ่ม Highpotency Neuroleptic ในปริมาณต่ำเช่น Haloperidol 2 mg-5 mg หรือ 5 mg-10 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 30-60 นาที อาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้ ในผู้ป่วยสูงอายุ การใช้ยาต้องระมัดระวังมาก หรือให้ยาต้องคอยตรวจสอบอาการผู้ป่วยตลอดเวลา

3. ตรวจสอบ (Vital signs) เป็นระยะ ๆ ประเมินการหายใจ การได้รับสารน้ำต่าง ๆ (Infusion fluid) และให้การพยาบาลอื่น ๆ ตามอาการ สิ่งสำคัญไม่ควรรบกวนผู้ป่วยบ่อยครั้ง ในการถามคำถามต่าง ๆ จะมีอาการ Delirium ผู้ป่วยยังไม่พร้อมในการให้ข้อมูลหรือตัดสินใจ

กลุ่มอาการติดสุรา (Alcohol dependence syndromes)

ปัญหาของผู้ดื่มสุรามีทั้งด้านจิตใจ การแพทย์และสังคม ซึ่งด้านจิตใจทำให้มีอาการ depression, anxiety, suicide และ insomnia นอกจากนี้อาจเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอื่น ๆ อีกด้วย

ความหมาย

สมพงษ์ รังสิตพรหมกุล (2528) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง "สภาพที่ต้องการผลทางจิตใจ และผลทางร่างกายที่เกิดจากการดื่มสุรา แสดงออกด้วยการมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสุรา เช่น ดื่มซ้ำแล้วซ้ำเล่าต่อเนื่องกัน หรือดื่มเป็นช่วง ๆ เพื่อที่จะได้ผลทางจิตใจเกิดขึ้น และบางขณะก็ดื่มเพื่อไม่ให้เกิดอาการขาดสุรา คือความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ นอกจากนี้อาจรวมถึงการเกิดหรือไม่เกิด Tolerance ต่อสุราก็ได้"

การติดสุรา คือสภาวะทางจิตใจ ซึ่งมักจะร่วมกับสภาวะทางร่างกายอันเป็นผลมาจากการดื่มสุราโดยการแสดงลักษณะทางพฤติกรรมหรือการตอบสนองบางอย่าง ได้แก่ การอยากดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หรือในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้จิตใจสบายและบางทีเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายกาย จากการที่ไม่ได้ดื่มด้วย อาจมีการเพิ่มจำนวนสุราที่ดื่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่เพิ่มก็ได้

การดื่มสุราจัดเป็นระยะนาน ๆ จะทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงแก่สุขภาพ สังคม ครอบครัว อาชีพ หรือกฎหมายของผู้ดื่ม ซึ่งเป็นสภาวะที่รักษายากหรือรักษาไม่ค่อยหาย มักเลวลงเรื่อย ๆ เรื้อรังและเป็นแล้วเป็นอีก เราเรียกสภาวะนี้ว่า สภาวะเป็นพิษจากสุรา

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งการใช้สุราเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Alcohol abuse เป็นการใช้สุราทุกวัน โดยยังควบคุมให้หยุดดื่มได้ อาจมีปัญหาสังคมจาก เอะอะอาละวาด เมื่อได้สุรามีปัญหาทางกฎหมาย และไม่มีงานทำ มีปัญหา Alcohol intoxication

2. Alcohol dependence เป็นการใช้สุรานานจนติดหยุดดื่มไม่ได้มีสุขภาพทรุดโทรมร่วมกับปัญหาสังคมอื่น ๆ พบมีปัญา Withdrawal symptoms ถึงอาจรุนแรงขึ้น Delirium Tremens

ปัญหาจากการดื่มสุรา

1. ปัญหาครอบครัว พบว่ามีอัตราการแยกหรือหย่าร้างในชีวิตสมรสสูง เพราะครอบครัวไม่มีความสุข มีปัญหาความไม่ปองดองกันของคู่สมรส และปัญหาสุขภาพจิตของบุตร

2. ปัญหาแรงงาน ประสิทธิภาพการทำงานของคนที่ได้รับพิษจากสุรามักต่ำลงขาดความรับผิดชอบในการทำงาน ทำงานล่าช้า ทำให้เป็นที่เพ่งเล็งของผู้บังคับบัญชา และมักไม่

ได้รับการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าสูงขึ้นเท่า ๆ กัน ถ้าการทำงานประสิทธิภาพต่ำลงเรื่อย ๆ ก็อาจถูกไล่ออกจากงานได้

3. ปัญหาอุบัติเหตุ พบว่าคนที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ จำนวนมากที่แอลกอฮอล์ในเลือดสูงเป็นจำนวนมาก

4. ปัญหาอาชญากรรม พบว่าพวกนี้อารมณ์ไม่มั่นคง และเข้ากับคนอื่นลำบากจึงแสดงพฤติกรรมทางด้านการผิดกฎหมาย หรือทำร้ายผู้อื่นเป็นต้น

5. ปัญหาสุขภาพ พวกที่ดื่มสุราจัดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคตับอักเสบเป็นต้น

ลักษณะของผู้ป่วยที่ติดสุราที่จัดอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

1. Alcohol intoxication
2. Alcohol withdrawal symptoms
3. Alcohol withdrawal delirium (Delirium tremens)

1. Alcohol intoxication เกิดจากการดื่มสุรามากเกินไป ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท สภาพจิต รวมทั้งพฤติกรรม ระยะเวลาที่เกิดอาการขึ้นกับปริมาณสุราที่ดื่มเข้าไป การดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต อัตราการทำลายและความไวของเซลล์สมองต่อ Alcohol ส่วนความรุนแรงขึ้นกับระดับแอลกอฮอล์ในกระแสโลหิตโดยทั่วไป ประมาณระดับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะเกิดอาการ Intoxication ถ้าระดับ 400-500 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์มักจะหมดสติและถ้าถึง 600-800 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จะเสียชีวิตได้เนื่องจากเกิด Respiratory paralysis

ส่วนมากตัดสินว่าถ้ามีระดับ Alcohol ในเลือด $> 10\%$ ทำให้เกิดอาการเป็นพิษได้ โดยมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

- อาการของระบบ Central nervous systems เช่น Hyperglycemia, convulsions, cardiovascular collapse, dehydration และ gastrointestinal disturbances

- ร่วมกับอาการ euphoria, suicidal indication
- การตัดสินใจบกพร่อง มีผลต่อการทำงานและสัมพันธภาพ
- เดินไม่ตรงทาง พุดตะกุกตะกัก
- ลมหายใจมีกลิ่นสุรา

การให้การช่วยเหลือ

1. ถ้าผู้ป่วยไม่ถึงขั้นหมดสติตรวจวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ แล้วพบว่าชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิตคงที่ ให้นอนพักจนกว่าจะสร้างเม

2. ถ้ามีพฤติกรรมเอะอะโวยวาย ซึ่งมีอาการรุนแรงมากให้ยา Haloperidal 5 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ (ตามการรักษาของแพทย์) และอาจให้กลูโคสเข้าหลอดเลือดดำด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมด้วย

3. ถ้าผู้ป่วยหมดสติต้อง Evaluate Vital signs ถ้าผิดปกติต้องให้การช่วยเหลือก่อน ให้กลูโคสเข้าหลอดเลือดดำ และประเมินดูว่ามีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเมาร่วมด้วยหรือไม่ เช่น Subdural hematoma, fractures pneumonia, meningitis, hepatic failure, GI bleeding เป็นต้น

2. Alcohol Withdrawal Symptoms

พบว่าผู้ป่วยติดสุรา เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงกว่าที่เคยดื่มประจำ จะมีอาการจากการขาดสุรา อาการเป็นอยู่ประมาณ 5-7 วัน หรืออาจนานกว่านี้ก็ได้ในบางคน ถ้ามีอาการอยู่นานควรดูว่ามีสาเหตุอื่นทางกาย หรือทางจิตใจร่วมด้วยหรือไม่อาการต่าง ๆ ที่อาจพบได้ในภาวะของ Alcohol Withdrawal Symptoms มีดังนี้

- อาการสั่น (Tremor)
- คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย
- มีอารมณ์วิตกกังวล หรือหงุดหงิด
- หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น
- นอนไม่หลับ
- อาจมีอาการชักได้

การให้การช่วยเหลือ

1. ให้ยา Minor Transquillizer (Antianxiety drug) ขนาดยาขึ้นกับอาการความรุนแรง ระยะเวลาแล้วแต่อาการควรให้วิตามินโดยเฉพาะบี 1 ร่วมด้วย (ตามการรักษาของแพทย์)

2. ดูแลเรื่องอาหารและน้ำให้เพียงพอ

3. แนะนำให้หยุดดื่มตลอดไป แต่เป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ เพราะทำให้แพทย์เบื่อหน่ายหรือโกรธ ผู้ป่วยจึงต้องใช้การรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น

- การทำจิตบำบัด โดยให้เข้าร่วมประชุมกลุ่มติดสุรา
- การทำพฤติกรรมบำบัด

3. Alcohol Withdrawal Delirium (Delirium tremens) มีอาการรุนแรงมากกว่า Alcohol withdrawal syndrome พบประมาณ 5 % ของผู้ป่วยติดสุราที่หยุดดื่ม มักเกิดอาการภายในสัปดาห์แรกที่หยุดดื่มสุรา อาการรุนแรงภายใน 2-3 วันแรก และจะดีขึ้นภายใน 5-7 วัน อาการต่าง ๆ ที่พบมีดังนี้

- กระสับกระส่าย
- มือ-เท้าสั่น
- เริ่มสับสนเรื่องเวลา และอาการจะรุนแรงขึ้นในเวลาค่ำ
- มี Vivid Visual Hallucination (มักจะเป็นความกลัว)
- มีอาการหวาดระแวง
- Insomnia
- Autonomic Overactivity เช่น Hypertension, tachycardia, เหงื่อออกมาก

การให้การช่วยเหลือ

1. ผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. คอยระวังผู้ป่วยเกิดอาการกลัวอย่างรุนแรง จากการเห็นภาพหลอนที่น่ากลัว ผู้ป่วยอาจวิ่งหนี ทาร้ายตนเอง ทาร้ายผู้อื่น
3. ควรมีญาติ เพื่อนสนิท หรือพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด
4. ดูแลให้อาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ให้เพียงพออาจโดยการรับประทาน หรือให้ทางหลอดเลือดดำ ถ้าผู้ป่วยรับประทานไม่ได้
5. ให้ Multi - vitamins vitamin B complex, B1 เพื่อช่วย Brain metabolism และป้องกัน Wernick Korsokoff syndrome
6. ยาทางจิตเวช (ตามการรักษาของแพทย์) เช่น Chlordizepoxide 25-50 มิลลิกรัม ทุก 2-4 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการ Withdrawal แต่มีอาการ Delirium tremens จัดเจนให้ขนาดสูงขึ้นเป็น Chlordizepoxide 50 - 100 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง หรือ Diazepam 10 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมง

บางรายถ้ามีอาการรุนแรงมาก และผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารควรให้ยาฉีด แพทย์มักจะเลือกให้ Haloperidol 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4-6 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะดีขึ้นแล้วจึงเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทาน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ให้ชนิดรับประทานต่อไปอีก 2-3 วัน แล้วค่อย ๆ ลดขนาดยาลง บางคนหยุดยาได้เลย แต่บางคนที่มีอาการหงุดหงิดนอนไม่หลับอาจเปลี่ยนมาให้ Antianxiety drug แทน

กลุ่มอาการที่เกิดการหายใจผิดปกติ (Hyperventilation Syndrome)

ความหมาย

เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกหายใจไม่ทัน มีศีรษะ หายใจ หอบเร็ว ในรายที่เป็นมากอาจทำให้มีอาการมือเท้าชา เกร็งได้ ซึ่งเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสารแคลเซียมในเลือดและเกิดภาวะ Respiratory alkalosis ขึ้น

หลักการรักษาที่สำคัญที่สุด คือ พยายามให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะควบคุมอาการด้วยตนเอง การใช้ยาแทบจะไม่มีจำเป็นเลย เว้นแต่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงหวาดกลัวมากการใช้ Diazepam 5-10 mg ฉีดเข้าเส้นซึ่งจะได้ผลค่อนข้างดีและรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยจะเกิดอาการเรียนรู้หรือฝังใจว่าอาการนี้ต้องได้รับการฉีดยาจึงจะหาย ทำให้เกิดการพึ่งพาแพทย์หรือพยาบาลตลอด

การให้การช่วยเหลือ

1. ตัวผู้ป่วย มีการช่วยเหลืออยู่ 4 ขั้นตอน

1.1 ระวังอาการ โดยใช้ถุงกระดาษครอบบริเวณปากและจมูกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยหายใจจากอากาศในถุง ซึ่งจะช่วยลดภาวะ Respiratory alkalosis ทำให้อาการทุเลาลงได้ วิธีนี้ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องพึ่งการฉีดยา และผู้ป่วยจะเข้าใจธรรมชาติของโรคนี้ขึ้น การปฏิบัติขั้นตอนนี้ ควรให้คำอธิบายเหตุผลและวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วย ถ้าอาการไม่ทุเลาให้ฉีด Diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ ไม่เร็วกว่า 2 นาที เพื่อป้องกันการกดการหายใจ

1.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย อธิบายสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง ทำให้รู้สึกแน่นหน้าอก เหนื่อยและพยายามหายใจเร็วขึ้นจนมากเกินไปเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยจะตกใจกลัวและยิ่งหายใจมากขึ้นอีกอาการจึงรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

1.3 หลังจากอธิบายสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้าใจแล้ว ให้ผู้ป่วยทดลองหายใจลึก ๆ 2-3 นาที ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหมือนตอนมีอาการจากนั้นก็ให้ผู้ป่วยหายใจผ่านถุงกระดาษจนอาการกลับเป็นปกติ วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุ และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมอาการได้

1.4 ช่วยแก้ไขปัญหาคำความขัดแย้งในจิตใจ หรือความเครียดของผู้ป่วย ส่วนมากผู้ป่วยจะมีปัญหาคำความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์โกรธ หรือเสียใจอย่างรุนแรง

2. ญาติและผู้ใกล้ชิด

ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ญาติและผู้ใกล้ชิดให้เกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

โรคประสาทฮีสทีเรียชนิด Conversion Reaction

คำจำกัดความ

ลักษณะเฉพาะของโรคนี้ คือ การทำงานของร่างกายจะเปลี่ยนไปจากเดิม หรือ ทำงานได้จำกัด อาการดังกล่าวเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยมีสาเหตุจากความขัดแย้งของจิตใจ และไม่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางกาย (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์, 2536)

โรคประสาทฮีสทีเรียชนิด Conversion reaction เป็นสภาวะที่ความวิตกกังวล ถูกเปลี่ยนเป็นอาการทางกาย ที่เกี่ยวกับระบบความรู้สึก หรือส่วนของร่างกายที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ อาการที่เกิดขึ้นมักมีความหมายต่อความขัดแย้งภายในจิตใจ เช่น หลังจากที่มีการโต้แย้งกับคนอื่น ผู้ป่วยอาจต้องการแสดงความก้าวร้าวออกมา แต่ขัดต่อมโนธรรมของตนจึงทำให้เกิดอาการไม่มีเสียงเป็นต้น อาการที่ชัดเจนที่สุดคือ อัมพาต อาการไม่มีเสียง ตาบอด เป็นต้น

การให้การช่วยเหลือ

1. แพทย์จะทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีพยาธิในสมอง และเพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย
2. หลีกเลี่ยงการใช้ยาและการรักษาทางร่างกายอย่างอื่นที่ไม่จำเป็น
3. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย
4. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีคุณค่า เห็นอก เห็นใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ออกมาเพื่อลดความเครียด ซึ่งจะเป็นการช่วยทั้งรักษาและป้องกันการเกิดอาการขึ้นใหม่
5. Insight-Oriented therapy ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความขัดแย้งของจิตใจ ซึ่งอยู่เบื้องหลังอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก ผู้ป่วยจะเรียนรู้วิธีการจัดการกับแรงผลักดันทางเพศ และความก้าวร้าว โดยใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมและไม่ใช้กลไกชนิด Conversion อีกต่อไป
6. พฤติกรรมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย
7. การสะกดจิต
8. ไม่กล่าวโทษผู้ป่วยเมื่อเขาเรียกร้องความสนใจหรืออาการไม่ดีขึ้น
9. ผู้ป่วยที่มีอาการนาน ๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาทางกายบางอย่างได้ เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อตอยึดติดแน่น กระดูกหัก จึงควรดูแลปัญหาเหล่านี้ด้วย

ฮิสทีเรียกลุ่ม (Mass Hysteria)

เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น หลังจากเกิดการสูญเสีย อย่างรุนแรง หรือเกิดจากความตึงเครียดเดียวกันกับคนหลายคน อาการที่พบได้คือการร้องไห้ อารมณ์โกรธ ก้าวร้าว สิ้นหวังและเป็นลม เช่น เด็กนักเรียนที่มีความตึงเครียดถูกกดดันในโรงเรียนทำให้เป็นลมทั้งห้อง อาการมักจะชัดเจนใน 1-2 คน และจะเป็นลมตามกันไปเรื่อย ๆ

การให้การช่วยเหลือ

ทางกาย

1. ควรแยกคนที่เป็นตัวทำให้เกิดอาการจากคนอื่น ตรวจวินิจฉัยและรักษา
2. ให้การปฐมพยาบาลตามอาการ
3. ในบางรายอาจต้องได้รับยาคลายกังวลช่วย

ทางจิตใจและสังคม

1. ศึกษาสาเหตุของภาวะเครียด
2. ไม่ควรตำหนิหรือติเตียน จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอาการมากขึ้น
3. แนะนำวิธีแก้ปัญหาที่ถูกต้อง
4. บลอบ (Support) สมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว เพื่อน และหัวหน้าชุมชน
นั้นให้สงบ อาจต้องอาศัยพระช่วยให้กำลังใจขณะอยู่ในภาวะวิกฤต

การถูกข่มขืนกระทำชำเรา (Rape)

ความหมาย

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2533) ได้ให้ความหมายไว้ หมายถึง "การพยายามร่วมเพศโดยฝ่ายหญิงไม่ยินยอม อันถือเป็นการทำร้ายทางเพศอย่างหนึ่งในทางกฎหมาย การข่มขืนกระทำชำเรารวมถึงการที่หญิงหรือชายยินยอมให้มีการร่วมเพศ เพราะความกลัวเพราะถูกบังคับ เพราะถูกล่อลวง หรือเพราะปัญญาอ่อน การร่วมเพศในภาวะที่หญิงไม่อาจขัดขืนได้ เช่น ในขณะที่หญิงหลับหมดสติเนื่องจากยาหรือสุรา หรือถูกทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเป็นสามี โดยการสะกดจิตก็จัดว่าเป็นการข่มขืนกระทำชำเราด้วย"

อาภาไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2536) การข่มขืน หมายถึง "การใช้กำลังความก้าวร้าวคุกคามทางเพศอันมีผลเสียหายต่อบุคคลในทางด้านร่างกาย อารมณ์และทางเพศ"

การข่มขืนถือว่าเป็นการทำร้ายทางเพศทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้หญิงที่ถูกข่มขืนต้องเผชิญสิ่งน่ากลัวหลายอย่าง นอกเหนือจากสภาพการถูกข่มขืนแล้ว เช่น ความรู้สึกละอายต่ำต้อยไร้ค่า กลัว โกรธ และเหตุการณ์ที่ถูกข่มขืนจะเป็นประสบการณ์ชีวิตที่เธอลืมไม่ลงเป็นฝันร้ายคอยติดตามไปตลอดชีวิต จึงพบว่าผู้ถูกข่มขืนบางรายก็ไม่แจ้งตำรวจเมื่อถูกข่มขืนแล้วและบางรายก็ไม่กล้าเล่าให้ใครฟังต้องควบคุมตนเองไม่ให้เพื่อน และครอบครัวรู้การต้องพยายามเก็บกดความรู้สึกเหล่านี้ไว้นาน ๆ อาจทำให้บุคคลมีอาการทางด้านจิตใจได้

ผลกระทบต่อดิจใจของผู้ถูกข่มขืน

ระยะต่าง ๆ	อาการและอาการแสดงออก
ปฏิกิริยาหลังเหตุการณ์ทันที ระยะที่ 1 เจ็บปวด	ผลกระทบรุนแรง ตกใจ ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นี้เกิดกับ ตนพูดไม่ออก หรือกรีดร้องรุนแรง หวาดกลัวสุดขีด - ด้านร่างกายอาจมีบาดเจ็บปวดหัว อ่อนเพลีย นอน ไม่หลับ ปวดท้อง ไม่รู้สีกอยากกินอาหาร ไร้ความ ช่อกคลอด - ด้านอารมณ์ กลัว โกรธ หวาดหวั่น หดหนทาง
ระยะที่ 2 รับรู้เหตุการณ์	- กลัวจะถูกติดตาม พยายามอยู่ที่ใหม่ต้องมีคนอยู่เป็น เพื่อน อยู่คนเดียวไม่ได้ นอนไม่หลับ ผันรำย กลัว ไปหมดทุกอย่าง เช่น ไม่ออกไปไหน ไม่ติดต่อกับ ใคร
ปฏิกิริยาโดยรวม	- สุขภาพจิตไม่ดี ไม่มีความสุข โกรธ กลัวเริ่มตำหนิ ตนเอง ไม่ชอบตนเอง ไม่รู้จะทำอย่างไร ช่วยตัว เองไม่ได้
ปฏิกิริยาที่อาจแอบแฝงอยู่	- หงุดหงิดง่าย มีความวิตกกังวลตลอด ความสนใจ ทางเพศเปลี่ยนไป มีพฤติกรรมความกลัวผิดปกติ สูญเสียความภูมิใจในตนเอง รู้สีกว่าตนเองไม่ดี

ศักดิ์ดา กาญจนวิโรจน์กุล. คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์ปฏิบัติทั่วไป; ขอนแก่น :
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2537

ศุภาวรรณ มณีสะอาด. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยก้าวร้าว; สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาล
สวนสราญรมย์. 2538

อาไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน. กองการพยาบาล. สำนักปลัด
กระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์. 2536

Hyman, Steven E, Mannaal of Psychiatric Emergency. 2 nd. ed Boston :
litle, Brown and Company, 1988