mhGAP-IG

mhGAP Intervention Guide

สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1

เรียบเรียงโดย นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

คัดลอกบางส่วนมาจาก องค์การอนามัยโลก 2010

ภายใต้ชื่อเรื่อง "mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)"

© *World Health Organization 2010*

mhGAP Intervention Guide

สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง

ฉบับที่ 1

ISBN: 978-974-296-733-8

บรรณาธิการ: นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง

ที่ปรึกษา: นายแพทย์อภิชัย มงคล
นายแพทย์นิทัศน์ รายยวา
นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
พันตรีแพทย์หญิงดวงกมล สุจริตกุล
แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

พิมพ์ครั้งที่ 1: มีนาคม 2554 จำนวน 2,000 เล่ม

ผลิตโดย: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-8220

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

mhGAP-IG

mhGAP Intervention Guide

สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1

เรียบเรียงโดย นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง

mental health Gap Action Programme

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

> “การดูแลรักษาผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ โดยไม่คำนึงว่าต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น”

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือ จากฐานข้อมูลของกรมสุขภาพจิตที่มีอยู่ ประชากรของประเทศประมาณ 1 ใน 5 มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป หรือเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต ในขณะที่สถานการณ์ด้านผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบว่า โรคซึมเศร้า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าอัตราส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพจิตจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่ก็ถือว่ายังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ

ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชมีลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งคือต้องการการดูแลรักษาทั้งทางชีวภาพ และทางจิตสังคม โรคทางจิตเวชบางโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัวและชุมชน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติในชุมชน ป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ ลดภาระของชุมชน และเพื่อความสงบสุขของสังคม

เมื่อมองปัญหาในภาพรวมแล้ว จึงดูเป็นไปไม่ได้เลย ที่การจัดการและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นบทบาทที่จำกัดอยู่เพียงบุคลากรทางสุขภาพจิตที่มีความเชี่ยวชาญ การดูแลรักษาผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ โดยไม่คำนึงว่าต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น มีผลงานวิจัยหลายชิ้น ที่ทำในประเทศกำลังพัฒนา หรือประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำและปานกลาง ได้ยืนยันผลสำเร็จของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชน ทั้งในแง่ของการรักษาทางชีวภาพ และการรักษาทางจิตสังคม ที่กระทำโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ

สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เริ่มแผนปฏิบัติการ “mental health Gap Action Programme (mhGAP)” เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษา และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ด้วยแนวทางที่มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ ของประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำและปานกลาง และได้เผยแพร่คู่มือ mental health Gap - Intervention Guideline (mhGAP - IG) เพื่อเป็นแนวทางในการนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ

กรมสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นกรมวิชาการ ซึ่งมีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ได้มองเห็นโอกาส ในการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคลทางสาธารณสุข และการลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการดังกล่าว จึงได้เรียบเรียง mhGAP-IG ฉบับภาษาไทยขึ้น เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการนำไปใช้ของบุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่มีโอกาสเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการให้บริการปกติที่หน่วยบริการ

ในฐานะผู้นำสูงสุดของกรมสุขภาพจิต ผมจึงมีความภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง ที่กรมสุขภาพจิตได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ และลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง ในการพัฒนาระบบสุขภาพ และการสาธารณสุขของประเทศไทย

นายแพทย์อภิชัย มงคล
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	5
คำย่อและสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้อง	9
บทนำ	11
หลักการทั่วไปในการดูแลรักษา (General Principles of Care)	19
• โรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-Severe Depression)	25
• ภาวะโรคจิต (Psychosis)	41
• โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (Bipolar Disorder)	53
• การใช้สุรา และโรคที่เกิดจากการใช้สุรา (Alcohol Use and Alcohol Use Disorders)	69
• การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย (Self-harm/Suicide)	85
• ภาวะทางอารมณ์ หรือ ภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints)	97
• การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง (Advanced Psychosocial Interventions)	105

คำย่อและสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้อง (Abbreviations and Symbols)

คำย่อ

AIDS	acquired immune deficiency syndrome
CBT	cognitive behavioural therapy
HIV	human immunodeficiency virus
i.m.	intramuscular
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IPT	interpersonal psychotherapy
i.v.	intravenous
mhGAP	mental health Gap Action Programme
mhGAP-IG	mental health Gap Action Programme Intervention Guide
OST	opioid-substitution therapy
SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor
STI	sexually transmitted infection
TCA	tricyclic antidepressant

สัญลักษณ์

- เด็กทารก / เด็กเล็ก
- เด็กและวัยรุ่น
- ผู้หญิง
- หญิงตั้งครรภ์
- ผู้ใหญ่
- ผู้สูงอายุ
- ข้อสังเกต/ข้อควรตระหนัก
- ไปที่/ดูที่
- อย่า/ห้ามทำ/พึงหลีกเลี่ยง
- ข้อมูลสำคัญที่มีความเกี่ยวข้อง
- ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล
- การรักษาด้วยยา
- การรักษาทางจิตสังคม/จิตสังคมบำบัด
- ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
- ออกจากบทนี้/สิ้นสุดการประเมิน

ใช่ **ถ้าตอบ “ใช่”**

ไม่ใช่ **ถ้าตอบ “ไม่ใช่”**

บทนำ

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) – ความเป็นมา

ในประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำ และปานกลาง (ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลปานกลาง) พบว่ามีประชากรที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ประสาทวิทยา และภาวะการใช้สารเสพติด แต่กลับไม่ได้รับบริการดังกล่าว มากถึง 4 ใน 5 แม้บางครั้งพบว่า มีการให้บริการดังกล่าว แต่ก็เป็นการบริการที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานวิชาการ หรือมีคุณภาพไม่ดีพอ

องค์การอนามัยโลก จึงได้เริ่มแผนปฏิบัติการที่ใช้ชื่อว่า “mental health Gap Action Programme (mhGAP)” โดยมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาและขยายผลการบริการทางด้านสุขภาพจิต ด้านประสาทวิทยา และ ภาวะการใช้สารเสพติด ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำ และปานกลาง แนวทางการดูแลรักษาตามแผนปฏิบัติการ mhGAP (mental health Gap Intervention Guide: mhGAP-IG) เล่มนี้ จึงได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนารูปแบบบริการและกระบวนการดูแลรักษาที่ ได้มาตรฐานและตั้งอยู่บนพื้นฐานวิชาการ โดยเฉพาะในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง

มีแนวคิดที่ไม่ถูกต้องนัก เกี่ยวกับการให้การดูแลรักษา ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ว่าเป็นกระบวนการที่มีความละเอียดซับซ้อน และควรทำโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้เท่านั้น ผลงานวิจัยเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยการให้ยา หรือการรักษาทางจิตสังคมในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง

แนวทางการดูแลรักษาในคู่มือฉบับนี้ มีที่มาจากการทบทวนผลงานทางวิชาการที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมทั้งได้นำเสนอ แนวทางที่เป็นมาตรฐาน และได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติ ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำ และปานกลาง

mhGAP - IG เล่มแรกนี้ประกอบไปด้วยแนวทางในการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคที่มีความสำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว โรคที่เกิดจากการใช้สุรา การทำร้ายตัวเอง/การฆ่าตัวตาย และภาวะทางอารมณ์หรือภาวะทางกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ โดยโรคและภาวะที่กล่าวมานี้เป็นสาเหตุของการตาย ความเจ็บป่วย และทุพพลภาพที่สำคัญ ซึ่งนำมาสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชน

mhGAP-IG ฉบับเต็มขององค์การอนามัยโลก จะมีเนื้อหาที่นอกเหนือไปจากที่กล่าวไว้จากในเล่มนี้อยู่ 5 โรค ได้แก่ โรคลมชักการพัฒนาการผิดปกติ โรคพฤติกรรมผิดปกติในเด็กและวัยรุ่น โรคสมองเสื่อม โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดอื่นๆ ซึ่งจะเป็นเนื้อหาของ mhGAP-IG ฉบับภาษาไทยเล่มต่อไป

บทนำ

การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาตามแผนปฏิบัติการ mhGAP (mhGAP-IG)

mhGAP-IG เล่มนี้ ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยผ่านกระบวนการทบทวนหลักฐานทางวิชาการอย่างละเอียดถี่ถ้วน การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)ได้ถูกนำมาใช้ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา ที่สามารถอ้างอิงทางวิชาการได้ และผ่านการทบทวนจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติขององค์การอนามัยโลก ที่ทำงานร่วมกับเลขาธิการองค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด เนื้อหาที่ผ่านการทบทวนอย่างละเอียดมานั้นจะถูกปรับเปลี่ยนให้อยู่ในรูปแบบของแนวทางการดูแลรักษาที่มีความชัดเจน และเป็นขั้นตอน โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติอีกครั้งหนึ่ง หลังจากนั้น mhGAP-IG ได้ถูกส่งผ่านไปยังผู้เชี่ยวชาญทั่วโลกเพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นที่มีความหลากหลาย

เนื้อหาใน mhGAP-IG ประกอบด้วยแนวทางในการดูแลรักษา โรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และการใช้สารเสพติด (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/) mhGAP-IG จะได้รับการปรับปรุงใหม่อีกครั้ง ภายในระยะเวลา 5 ปี การปรับปรุงแก้ไขใดๆ ที่เกิดขึ้นก่อนระยะเวลาดังกล่าวจะถูกทำให้อยู่ในรูปแบบของเอกสารออนไลน์

วัตถุประสงค์ของ แนวทางการดูแลรักษาตามแผนปฏิบัติการ mhGAP

mhGAP-IG ได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ(first- and second-level facilities) ผู้ให้บริการดังกล่าวอาจทำงานอยู่ในศูนย์สุขภาพของชุมชน หรือเป็นส่วนหนึ่งของทีมบริการทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งรวมถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกอื่นๆ บุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำ mhGAP-IG ไปใช้ในการปฏิบัติได้โดยอาจจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติอีกครั้งหนึ่ง

หน่วยบริการปฐมภูมิ มีความหมายรวมถึงศูนย์สุขภาพที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด่านแรกที่มีการให้บริการทางการแพทย์ และการพยาบาลกับผู้ป่วยนอก ผู้ให้บริการอาจเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกอื่นๆ หน่วยบริการทุติยภูมิ มีความหมายรวมถึง โรงพยาบาลที่เป็นจุดรับส่งต่อลำดับแรกที่มีเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นอำเภอ หรือมีขอบเขตพื้นที่ และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แพทย์ของโรงพยาบาลอำเภอ หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ทีมสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

mhGAP-IG เป็นแนวทางที่มีเนื้อหากระชับเพื่อให้เข้าใจและนำไปใช้ได้ง่าย โดยเฉพาะกับผู้ให้บริการที่มีภาระงานมากในกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำและปานกลาง แนวทางในเล่มนี้จะอธิบายว่า “**ต้องทำอะไรบ้าง**” มากกว่าที่จะมุ่งอธิบายในรายละเอียดว่า “**จะทำอย่างไร**” สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม และคำแนะนำในการใช้ mhGAP-IG กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

บทนำ

mhGAP-IG ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นคู่มือในการพัฒนาระบบบริการ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเอกสารที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการไว้แล้ว ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระบบสุขภาพจิต นโยบายสุขภาพจิต และการบริการสุขภาพจิต รวมถึงแนวทางในการบูรณาการงานสุขภาพจิต ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

รายละเอียดของการนำแผนปฏิบัติการ mhGAP ไปปฏิบัติ สามารถค้นหาได้จาก *mental health Gap Action Programme : Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders* โดยเอกสารที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก และการเชื่อมต่อไปยังเว็บไซต์ดังกล่าวจะอยู่ในตอนท้ายของบทนำนี้

แม้ว่า mhGAP-IG จะมีกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ก็สามารถใช้ประโยชน์จากคู่มือฉบับนี้ได้ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการฝึกอบรมและแนะนำการใช้คู่มือฉบับนี้ รวมถึงการให้คำปรึกษาและรับส่งต่อในบางภาวะซึ่งได้มีรายละเอียดบ่งชี้ไว้อยู่ในคู่มือ ในกรณีที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญอยู่ในพื้นที่ หรือมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ควรมีการหาแนวทางแก้ไขอย่างสร้างสรรค์ เช่นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นที่ปรึกษาและสามารถให้คำแนะนำแทนผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่พื้นที่มีความขาดแคลนทรัพยากรบุคคลดังกล่าว นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญเองควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับรายละเอียดด้านระบบสาธารณสุข และการจัดการระบบบริการของแผนปฏิบัติการ

หากเป็นไปได้ การนำ mhGAP-IG ไปปฏิบัตินั้น ควรมีการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่

การปรับใช้ mhGAP-IG

mhGAP-IG มีลักษณะเป็นแนวทางที่เป็นตัวแบบ (model guide) ซึ่งหมายถึง มีความจำเป็นที่จะต้องปรับใช้ในแต่ละประเทศ หรือ แต่ละพื้นที่ ผู้ใช้อาจเลือกเฉพาะภาวะที่มีความสำคัญ หรืออาจเลือกเฉพาะส่วนที่เป็นแนวทางการดูแลรักษา และนำไปปรับประยุกต์ให้มีความเหมาะสมตามบริบทด้านทรัพยากรที่มีความแตกต่างกัน ควรดูให้มั่นใจว่า mhGAP-IG มีความครอบคลุมถึงภาวะที่มีความสำคัญดังกล่าวและมีความเหมาะสมต่อการปรับใช้ ซึ่งส่งผลต่อการปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ระบบประสาท และภาวะการใช้สารเสพติด ควรถือเอากระบวนการปรับใช้แนวทางเล่มนี้ เป็นโอกาสหนึ่งในการสร้างข้อตกลง หรือแนวทางร่วมในการดูแลรักษา ภาวะหรือโรคที่มีความสำคัญ ซึ่งกระบวนการนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในระดับประเทศ

การแปล mhGAP-IG ให้เป็นภาษาท้องถิ่น ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับใช้เช่นกัน และควรทบทวนให้มั่นใจว่า แนวทางการดูแลรักษานี้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพของพื้นที่นั้นๆ

บทนำ

ประเด็นสำคัญในการนำแผนปฏิบัติการmhGAP ไปปฏิบัติ

การนำแผนปฏิบัติการ mhGAP ไปปฏิบัติ หรือประยุกต์ใช้ในระดับประเทศควรเริ่มต้นจากการจัดเวทีประชุมร่วมกันในระดับประเทศของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญเพื่อประเมินความต้องการ และคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำ mhGAP ไปปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การเตรียมแผนปฏิบัติการ แหล่งสนับสนุน การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การสับเปลี่ยนภาระงาน การจัดการด้านงบประมาณและการเงินการพัฒนาระบบสารสนเทศ ที่เกี่ยวกับภาวะหรือโรคที่มีความสำคัญ รวมทั้งการติดตามและประเมินผล

การนำแผนไปประยุกต์ใช้ในระดับท้องถิ่นจะง่ายขึ้นมาก หลังจากที่ข้อตกลงหรือการตัดสินใจในระดับประเทศ ได้แปลงไปสู่การปฏิบัติแล้ว บุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ควรได้รับการแนะนำในเบื้องต้น โดยเฉพาะในท้องถิ่นที่ยังไม่เคยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปในหน้าที่รับผิดชอบ mhGAP-IG อาจทำให้บุคลากรสาธารณสุขรู้สึกสะดวกใจขึ้นกับงานสุขภาพจิตโดยเฉพาะเมื่อพบว่าไม่ได้เป็นงานที่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปรับใช้ได้ในบริบท ของแต่ละท้องถิ่น และสามารถบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพที่มีอยู่ได้

การพัฒนาศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพจิต จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมในช่วงแรก รวมถึงให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พึงตระหนักว่าการฝึกอบรมการใช้ mhGAP-IG นั้น ควรเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้อง และไม่ส่งผลกระทบกับงานให้บริการประจำที่มีอยู่

บทนำ

จะใช้ mhGAP-IG อย่างไร

» mhGAP-IG เล่มนี้ เริ่มต้นด้วยบท "**หลักการทั่วไปในการดูแลรักษา**" ซึ่งประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ พึงศึกษาแนวทางดังกล่าว และปฏิบัติตามเท่าที่จะเป็นไปได้

» mhGAP-IG เล่มนี้จะมี "Master Chart" ซึ่งประกอบด้วยอาการสำคัญของแต่ละโรคหรือภาวะ Master Chart นี้จะช่วยนำทางผู้ใช้คู่มือไปสู่ โรคหรือภาวะที่มีความเกี่ยวข้องได้

- ในกรณีที่มีโรคหรือภาวะเกิดร่วม (มี 2 โรคหรือภาวะเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน) เป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์จะต้องทบทวนการวินิจฉัยโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมนั้น แล้วจึงวางแผนการรักษาในภาพรวมสำหรับโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมดังกล่าว
- โรคหรือภาวะที่มีความรุนแรงมากที่สุด ควรให้การดูแลรักษาก่อน และการติดตามผลการรักษาในครั้งถัดไป ควรตรวจดูว่ายังคงมีสัญญาณหรืออาการที่บ่งบอกถึงโรคดังกล่าวอยู่หรือไม่ ในกรณีที่ภาวะนั้นเป็นภาวะฉุกเฉิน ให้ทำการรักษาภาวะนั้นทันที ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการชักให้ทำการรักษาภาวะชักนั้นทันที ก่อนที่จะทำการซักประวัติเกี่ยวกับอาการชัก

» mhGAP-IG เล่มนี้ประกอบด้วย บทที่เกี่ยวกับโรคหรือ ภาวะที่มีความสำคัญต่างๆซึ่งจัดทำไว้ในรูปแบบที่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยและดูแลรักษาทางคลินิก แต่ละบทมีสีที่แตกต่างกันเพื่อให้แยกออกจากกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้แต่ละบทจะมีการกล่าวนำในช่วงแรก เพื่ออธิบายว่า มีเนื้อหาครอบคลุมอะไรบ้าง

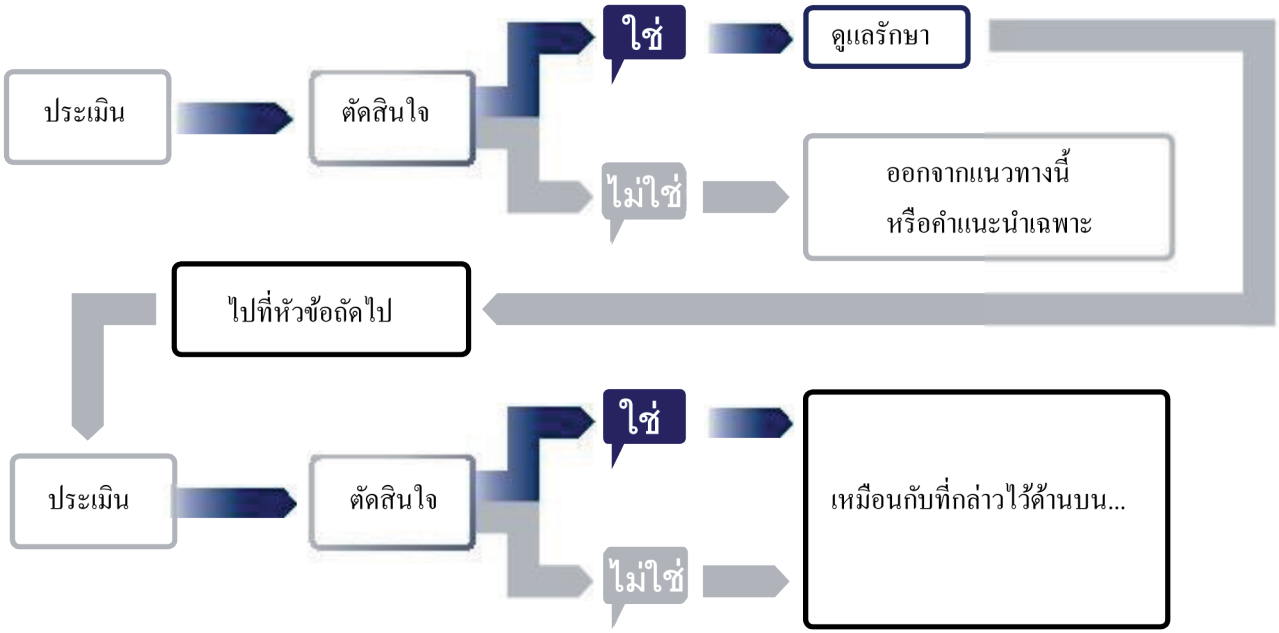
ในแต่ละบทจะประกอบไปด้วย เนื้อหา 2 ส่วนใหญ่ๆ ***ส่วนแรก*** **เป็นการประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา** เนื้อหาในส่วนนี้จะนำเสนอในรูปแบบของกรอบผังงาน หรือกรอบผังการไหล ซึ่งประกอบด้วยจุดตัดสินใจหลายจุด แต่ละจุดตัดสินใจจะมีตัวเลขกำกับและอยู่ในรูปแบบของคำถาม เนื้อหาของแต่ละจุดตัดสินใจจะถูกจัดเรียงไว้ เป็น 3 แถว ประกอบด้วย "**ประเมิน ตัดสินใจ และ รักษา** "

ประเมิน | **ตัดสินใจ** | **รักษา**

- แถวที่อยู่ทางด้านซ้าย เป็นรายละเอียดสำหรับ **การประเมินผู้ป่วย** ซึ่งเป็นแนวทางในการประเมินอาการหรือภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ใช้คู่มือพึงพิจารณารายละเอียดต่างๆ ในแถวของการประเมินนี้ให้ครบถ้วนก่อนที่จะเริ่มต้นในส่วนของการตัดสินใจ
- แถวที่อยู่ตรงกลาง บ่งบอกถึง ภาวะหรือกรณีต่างๆ ที่ผู้ให้บริการสามารถพบได้ แถวนี้เป็นส่วนของ **การตัดสินใจ**
- แถวที่อยู่ทางด้านขวา อธิบายว่า ควรจัดการกับปัญหาอย่างไร แถวนี้เป็นส่วนของ **การดูแลรักษา** ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับแต่ละจุดตัดสินใจ ประกอบไปด้วยการรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยยา เนื้อหาในส่วนนี้จะเชื่อมโยงไปถึงรายละเอียดของการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงลงไป โดยใช้รหัสกำกับไว้ด้านท้ายของข้อความ ตัวอย่างเช่น DEP 3 หมายถึง รายละเอียดในการดูแลรักษาหมายเลข 3 สำหรับ โรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

บทนำ

ผู้ใช้ mhGAP-IG พึงตระหนักว่า ในส่วนของการประเมินและแนวทางในการดูแลรักษานั้น ต้องเริ่มต้นจากข้อแรกเสมอ แล้วค่อยๆ ไล่ลงไปตามจุดตัดสินใจต่างๆ เพื่อให้เกิดแผนการรักษาที่มีความครอบคลุมสำหรับผู้ป่วย



» เนื้อหาใน***ส่วนที่สอง***ของแต่ละบท เป็น**รายละเอียดในการดูแลรักษา** ซึ่งประกอบไปด้วย ประเด็นที่สำคัญในการติดตามผลการรักษา การส่งต่อ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการรักษาทางจิตสังคม การรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา รายละเอียดในการดูแลรักษานี้ได้นำเสนอในรูปแบบทั่วๆ ไป ผู้ใช้อาจต้องปรับให้เหมาะสม ซึ่งรวมถึงการแปลเป็นภาษาท้องถิ่น การยกตัวอย่างเพิ่ม หรืออธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียด เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและนำไปปฏิบัติ

» แม้ว่า mhGAP-IG จะมีเนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการประเมินและการดูแลรักษา อย่างไรก็ตาม ในบางบทได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ประสาทวิทยา และภาวะการใช้สารเสพติด โดยนำเสนอในรูปแบบกล่องข้อความ ซึ่งสามารถพบได้ในบางโรคหรือบางภาวะ

» mhGAP-IG เล่มนี้มีบทที่กล่าวถึง “**การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง**” ในที่นี้การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง หมายถึงกระบวนการรักษาที่บุคลากรสาธารณสุข ต้องใช้เวลานานกว่าสองสามชั่วโมงในการเรียนรู้ และต้องใช้เวลานานกว่าสองสามชั่วโมงในการปฏิบัติ กระบวนการรักษาเหล่านี้สามารถกระทำได้ในหน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง แต่บุคลากรผู้ให้บริการจะต้องมีเวลาอย่างเพียงพอในการให้บริการ ใน mhGAP-IG เล่มนี้ ใช้คำย่อ INT (Intensive) สำหรับกระบวนการรักษาดังกล่าว ซึ่งบ่งบอกว่าเป็นกระบวนการรักษาที่ต้องใช้ทั้งเวลาและทรัพยากรบุคคลมากกว่าปกติ

บทนำ

เอกสารวิชาการขององค์การอนามัยโลกที่มีความเกี่ยวข้อง สามารถดาวน์โหลดได้ตามลิงค์ข้างล่างนี้

Assessment of iodine defciency disorders and monitoring their elimination: A guide for programme managers. Third edition (updated 1st September 2008)
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_defciency/9789241595827/en/index.html

CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf

Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

Epilepsy: A manual for medical and clinical offcers in Africa
http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_ iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf

IMCI care for development: For the healthy growth and development of children
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

Improving health systems and services for mental health
http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

Infant and young child feeding - tools and materials
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html

Integrated management of adolescent and adult illness /Integrated management of childhood illness (IMAI/IMCI)
http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en/

Integrated management of childhood illness (IMCI)
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/ prevention_care/child/imci/en/index.html

Integrating mental health into primary care - a globalperspective
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Lancet series on global mental health 2007
http://www.who.int/mental_health/en/

Mental health Gap Action Programme (mhGAP)
http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

mhGAP Evidence Resource Centre
http://www.who.int /mental_health/mhgap/evidence/en/

Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care
http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care:A guide for essential practice
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

Preventing suicide: a resource series
http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_ mental_disorders_sr.pdf

Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, Practice
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_ Book.pdf

World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

หลักการทั่วไปในการดูแลรักษา (General Principles of Care)

GPC

ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข ควรปฏิบัติต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วยตามแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ให้บริการพึงเก็บรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านประสาทวิทยา และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด สนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ปราศจากอคติ ให้กำลังใจ และไม่ตัดสินผู้ป่วย การนำ mhGAP-IG ไปปฏิบัตินั้น ควรพิจารณาในประเด็นสำคัญดังจะกล่าวต่อไปนี้

1. การสื่อสารกับผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล

» การสื่อสารนั้นควรมีความชัดเจน แสดงถึงความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้ดูแล คำนึงถึงความแตกต่างทางด้าน เพศ อายุ วัฒนธรรม และการใช้ภาษาของผู้ป่วย

» มีท่าทีที่เป็นมิตร เคารพและให้เกียรติ ไม่ตัดสินผู้ป่วย

» ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และชัดเจน

» ตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม กับข้อมูลที่มีความเป็นส่วนตัวสูง หรือเป็นความลับของผู้ป่วย (เช่น ประวัติการถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือประวัติการทำร้ายตัวเอง)

» เตรียมคำอธิบายเกี่ยวกับโรค และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในลักษณะที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจได้โดยง่าย

» ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับมุมมอง และความเข้าใจที่มีต่อ ภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง

2. การประเมิน

» ซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วยทางกายประวัติอดีต และประวัติครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้อง

» ตรวจร่างกายทั่วไป

» ในกรณีมีโรคเกิดร่วมทางฝ่ายกาย ให้พิจารณาตรวจประเมินดูแลรักษา หรือส่งต่อ ตามความเหมาะสม

» ประเมินปัญหาทางจิตสังคม ทั้งที่เคยเกิดขึ้นในอดีต หรือที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ทั้งทางด้านสังคม สัมพันธภาพ ภาวะความเป็นอยู่ สถานะทางการเงินและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดอื่นๆ

3. การรักษา และการติดตามประเมินผล

» ประเมินความสำคัญของการรักษาที่มีต่อผู้ป่วย และในขณะเดียวกัน ประเมินความพร้อม ของผู้ป่วยในการเข้าสู่กระบวนการรักษา

» กำหนดเป้าหมายการรักษา วางแผนการรักษาบนพื้นฐานของความสมัครใจของผู้ป่วย และญาติตามความเหมาะสม

» วางแผนการรักษาในระยะยาว ซึ่งรวมถึงการติดตามผลการรักษาร่วมกับผู้ป่วย

» แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึง กำหนดระยะเวลารักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษา ทางเลือกในการรักษาด้วยแนวทางอื่น ความสำคัญของการให้ความร่วมมือ หรือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

» แก้ไขข้อข้องใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ให้ความหวังกับผู้ป่วยตามสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับการหายจากโรค และการกลับมาทำหน้าที่ตามปกติ

» ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในแง่ของประสิทธิภาพในการรักษา ผลข้างเคียงและปฏิกิริยาระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้น (รวมถึงการใช้สุรา การกินยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ยาแผนโบราณ หรือยาเสริมอื่นๆ)

» พิจารณาส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีความจำเป็นและมีผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่

» ประสานความช่วยเหลือจากชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย

» การติดตามผลการรักษา ให้ประเมินความคาดหวังของผู้ป่วย ทัศนคติและ ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา ตลอดจนถึงความเหนียวแน่นของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา แก้ไขความเข้าใจที่ผิดเมื่อประเมินพบ

» ส่งเสริมให้ผู้ป่วย รู้จักประเมินอาการของตนเองและรู้ว่าเมื่อใดที่ควรรีบมาปรึกษาแพทย์โดยทันที

» บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ

» ในกรณีที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาไม่สม่ำเสมอ ให้แสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ในการติดต่อกับผู้ป่วย

» ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหญิงตั้งครรภ์ หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ ควรนัดติดตามผลการรักษา ให้บ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยทั่วไป

» ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหญิงตั้งครรภ์ หรือกำลังให้นมบุตร ควรประเมินความเสี่ยงของยาที่มีต่อทารกด้วยเสมอ

» ควรประเมินผลข้างเคียงตลอดจนภาวะถอนยาที่อาจเกิดขึ้นกับทารกของผู้ป่วยหญิงที่กำลังให้นมบุตร

» ในผู้สูงอายุอาจต้องนัดติดตามผลการรักษาบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ หรือแยกตัวเองออกจากสังคม

» ดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางฝ่ายกายไม่ควรถูกละเลยในการดูแลภาวะสุขภาพจิต ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ก็ไม่ควรถูกละเลยในการดูแลรักษาโรคหรือภาวะทางฝ่ายกาย

4. การเตรียมการด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วย

» ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาทางสังคมที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ พยายามเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสุขภาวะของผู้ป่วย

» พยายามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเท่าที่จะเป็นไปได้

» สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ถ้าเป็นไปได้

» ค้นหาและระดมความช่วยเหลือทางสังคมจากชุมชน ทั้งในด้านการศึกษา ด้านการประกอบอาชีพ และด้านที่อยู่อาศัย

» ในกรณีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ให้ประสานกับทางโรงเรียน เพื่อวางแผนช่วยเหลือทางการศึกษาและทางสังคม ถ้าเป็นไปได้

5. การปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วย

» ให้ความสำคัญกับการปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วย ตามแนวทางมาตรฐานในระดับชาติและระดับสากล

» ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและพึ่งพาตัวเองได้ในชุมชน หลีกเลี่ยงการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ

» ให้บริการที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พิจารณาทั้งในแง่วัฒนธรรมและความเหมาะสม ปราศจากอคติที่เกิดจากการแบ่งแยก ชาติพันธุ์ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา การเมือง ความคิดเห็นที่แตกต่าง เชื้อชาติ การเป็นชนกลุ่มน้อย หรือเป็นชนพื้นเมืองดั้งเดิม อายุ สถานภาพ เศรษฐฐานะ หรือสถานะในด้านอื่น ๆ

» ควรมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการรักษาที่ได้ชี้แจงไป และสามารถตัดสินใจในการยินยอมรับการรักษา

» ควรนำผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจทางการรักษา ให้โอกาสและความเป็นส่วนตัวแก่เด็กและวัยรุ่น ในการพูดถึงความกังวลของตัวเอง

» ให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของผู้ป่วยและการปกป้องสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

» ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอม ควรแจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมิน การรักษา การติดตามผลการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น

» ลดตราบาป และการกีดกันผู้ป่วย ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในสังคมได้เหมือนคนทั่วไป ประสานงานร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการจ้างงาน การศึกษา และด้านสังคมอื่นๆ (รวมถึงที่อยู่อาศัย)

6. ดูแลสุขภาวะของผู้ป่วยในภาพรวม

» ให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ

» ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษอันตรายจากการดื่มสุรา

» แนะนำให้เลิกบุหรี่และสารเสพติดชนิดอื่น

» ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ (เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน)

» ตรวจสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

» แนะนำเรื่องการเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น หรือเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ให้คำแนะนำ และการสนับสนุนที่จำเป็น

» วางแผนเรื่องการคุมกำเนิด หรือการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์

เอกสารสำคัญเกี่ยวกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชน ในระดับนานาชาติ

Convention against torture and other cruel, inhumanordegrading treatment or punishment. United Nations General Assembly Resolution 39/46, annex, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Entered into force 26 June 1987.

http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (1979). Adopted by United Nations General Assembly Resolution 34/180 of 18 December 1979.

http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm

Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. Adopted by the United Nations General Assembly on 13 December 2006.

http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf

Convention on the rights of the child (1989). Adopted by United Nations General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1989.

http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

International covenant on civil and political rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966.

http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

International covenant on economic, social and culturalrights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966.

http://www2.ohchr.org/english/law/cesc

DEP

โรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

(Moderate-Severe Depression)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงรุนแรง (Moderate-Severe Depression)

ภาวะซึมเศร้าโดย ทั่วไปนั้น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าร่วมกับมีความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลง รู้สึกหมดเรี่ยวแรงในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นระยะเวลา อย่างน้อย 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนมาก พบว่ามีอาการวิตกกังวล และอาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางฝ่ายกายทั่วไป

แนวทางในบทนี้ มีความครอบคลุมโรคซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงรุนแรงในทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ จนถึงวัยสูงอายุ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง จะมีความยากลำบากในการทำกิจกรรม หรือหน้าที่สำคัญต่างๆ ให้เป็นผลสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็น การเรียนหนังสือ การทำงานประจำ งานบ้าน หรือกิจกรรมทางสังคม ล้วนได้รับผลกระทบจากอาการของโรคซึมเศร้า

พึงสังเกตว่า ผู้ที่กำลังเผชิญอยู่กับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบทางจิตใจเป็นอย่างมาก อาจพบอาการในลักษณะเดียวกับที่พบในโรคซึมเศร้าได้แต่ไม่ได้หมายความว่าจะสามารถให้การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง นอกจากจะมีอาการของโรคซึมเศร้าดังกล่าวมาแล้วนั้น จะต้องพบ ความบกพร่องในการทำหน้าที่สำคัญด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากอาการของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

1. ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงหรือไม่?

» **ผู้ป่วยมีอาการหลักของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2ข้อ ต่อเนื่องยาวนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือไม่ ?**

- อารมณ์เศร้า (เป็นเกือบทั้งวัน เกือบทุกวัน) , (ในกรณีของเด็ก และวัยรุ่น อาจเป็นได้ทั้งอารมณ์เศร้า หรืออารมณ์หงุดหงิด)
- ความสนใจ หรือความเพลิดเพลิน ในกิจกรรมที่เคยให้ความเพลิดเพลิน ลดลงอย่างมากหรือหมดไป
- รู้สึกหมดเรี่ยวแรง หรืออ่อนเพลียง่าย

» **ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ ของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อหรือไม่ ?**

- สมาธิ และความสามารถในการจดจ่อ(attention)ลดลง
- ความภาคภูมิใจ และความมั่นใจในตัวเองลดลง
- รู้สึกผิด และ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า
- รู้สึกสิ้นหวัง และ มองอนาคตในแง่ร้าย
- มีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือ ฆ่าตัวตาย
- การนอนหลับผิดปกติ
- ความอยากอาหารลดลง

» **ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำหน้าที่สำคัญ เช่น งานประจำ การเรียน งานบ้าน การเข้าสังคม หรือไม่ ?**

ซักประวัติ เกี่ยวกับ การสูญเสียครั้งสำคัญ หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา

ในกรณีที่เพิ่งมีการสูญเสียครั้งสำคัญหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

*ปฏิบัติตามแนวทางข้างต้น แต่ **อย่า** พิจารณาการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าหรือการทำจิตบำบัดเป็นการรักษาลำดับแรก พูดคุยปลอบโยนเกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย และการปรับตัว ให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม*

ใช่

ในกรณีที่ตอบ "ใช่" ทั้ง 3 คำถาม ถือว่ามีน้ำหนักในการวินิจฉัย **โรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง**

» ให้สุขภาพจิตศึกษา » DEP 2.1
» ค้นหาปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคม » DEP 2.2
» กระตุ้นให้เกิดเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยขึ้นมาอีกครั้ง » DEP 2.3
» พิจารณาการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า » DEP 3
» ถ้าทำได้ ควรพิจารณาการปรับกระตุ้นพฤติกรรม (behavioural activation) ความคิดและพฤติกรรมบำบัด(cognitive behavioural therapy) หรือจิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal therapy) » INT
» ถ้าเป็นไปได้ ให้พิจารณาการรักษาเสริม เช่น การจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย » DEP 2.4 ,การฝึกผ่อนคลาย และจิตบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหา » INT
» **อย่า** รักษาตามอาการด้วยการฉีดยา หรือการรักษาอื่นๆ ที่ไม่ได้ผลสำหรับอาการนั้น (เช่นวิตามิน)
» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » DEP 2.5

ไม่ใช่

ในกรณีที่ตอบ "ไม่ใช่" ในบางคำถาม หรือทั้ง 3 คำถาม และไม่ตรงกับ **"ภาวะที่ต้องประเมิน"** ใน mhGAP-IG Master Chart เลย

» ออกจากบทนี้ และไปประเมินที่ **ภาวะทางอารมณ์หรือภาวะทางฝ่ายกายที่ไม่สามารถอธิบายได้** (Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints) » OTH

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

2. ผู้ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วในระยะซึมเศร้า (bipolar depression) หรือไม่ ?

» ซักประวัติเกี่ยวกับอาการ mania ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เช่น อารมณ์ดีเกินปกติ อารมณ์ครึกครื้น สนุกสนานหรือ หงุดหงิด ขยันผิดปกติ พูดมากผิดปกติ ความคิดแล่นเร็ว พักผ่อนน้อยลง หรือนอนหลับลดลง รู้สึกว่าตัวเองยิ่งใหญ่ หรือมีความสามารถมาก วอกแวกง่าย หรือมีพฤติกรรมที่ขาดการยับยั้งชั่งใจ ไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ที่ตามมา

ดู บทโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว » BPD

ใช่

ถือว่ามีน้ำหนักในการวินิจฉัย Bipolar depression

» ในกรณีที่มีอาการ mania อย่างน้อย 3 อาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ **หรือ**

» ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (bipolar disorder) มาก่อน

» ให้การรักษา Bipolar depression

ดู บทโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสอง ขั้ว » BPD

ข้อสังเกต : ผู้ป่วย Bipolar depression ถือว่ามีความเสี่ยง ในการเกิดอาการ mania ซึ่งมีแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน!

3. ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิต (หลงผิด ประสาทหลอน) ร่วมด้วยหรือไม่ ?

ใช่

ในกรณีที่ตอบ “ ใช่ ”

» พิจารณาให้การรักษาเสริมด้วยยาต้านโรคจิตควบคู่ไปกับการรักษาโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึง รุนแรง โดย**ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** *ดู* บทภาวะโรคจิต (Psychosis) » PSY

4. ภาวะที่อาจพบร่วม (Concurrent conditions)

» **ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง** (*ดู* mhGAP-IG Master Chart)

» **ประเมินการใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นร่วม** (*ดู* mhGAP-IG Master Chart)

» **ประเมินภาวะความเจ็บป่วยทางกายที่อาจพบร่วม** โดยเฉพาะสัญญาณหรืออาการที่บ่งถึง ภาวะฮอร์โมนธัยรอยด์ต่ำ โลหิตจาง เนื้องอก โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเอดส์ โรคอ้วน การใช้ยาที่ทำให้เกิดภาวะอารมณ์เศร้าได้ (เช่น เสตียรอยด์)

ใช่

ในกรณีที่มีภาวะที่พบร่วม

» รักษาทั้งโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะที่พบร่วม

» ในกรณีที่มีโรคร่วมทางฝ่ายกาย ต้องเฝ้าระวังให้มีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากโรคซึมเศร้า อาจทำให้ผู้ป่วยละเลยการติดตามรักษาโรคที่เกิดร่วมทางฝ่ายกาย

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

5. กรณีที่ผู้ป่วยเป็นหญิงในวัยเจริญพันธุ์ (child-bearing age)

ถามเกี่ยวกับ

» ภาวะ การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน หรือ โอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์
» กรณีที่กำลังตั้งครรภ์ ให้ถามถึงวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last Menstrual Period)
» กำลังอยู่ในช่วงให้นมบุตรหรือไม่ ?

ใช่

ถ้ากำลังตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร

ให้การดูแลรักษาตามแนวทางของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่

» ระหว่างการตั้งครรภ์ หรือช่วงที่กำลังให้นมบุตร ควร**หลีกเลี่ยง**การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า เท่าที่จะเป็นไปได้
» ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) อาจพิจารณาใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าในขนาดที่ต่ำที่สุดที่จะให้ผลการรักษาได้
» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**
» ช่วงที่กำลังให้นมบุตร ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น Fluoxetine

6. กรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็กหรือวัยรุ่น

ในกรณีที่อายุน้อยกว่า 12 ปี

» **อย่า** สั่งจ่ายยาต้านอารมณ์เศร้าในเด็กวัยนี้
» ให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ บิดามารดา หรือผู้ปกครอง » DEP 2.1
» พยายามค้นหาปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคม » DEP 2.2
» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » DEP 2.5

ในกรณีที่อายุตั้งแต่ 12 ปี ขึ้นไป

» **อย่า** พิจารณายาต้านอารมณ์เศร้าเป็นทางเลือกแรกในการรักษา
» ให้สุขภาพจิตศึกษา » DEP 2.1
» พยายามค้นหาปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคม » DEP 2.2
» ถ้าเป็นไปได้ ให้พิจารณาทำจิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal psychotherapy) หรือความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioural therapy) การปรับกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioural activation) » INT
» ถ้าเป็นไปได้ ให้พิจารณาการรักษาเสริม (adjunct treatment) เช่น การจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย » DEP 2.4 การฝึกการผ่อนคลาย หรือการทำจิตบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหา » INT
» เมื่อการรักษาทางจิตสังคมไม่ได้ผล ให้พิจารณาใช้ยา Fluoxetine (แต่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม TCAs หรือกลุ่ม SSRIs ตัวอื่น) » DEP 3
» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » DEP 2.5

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาทางจิตสังคม/การรักษาอื่นที่นอกเหนือจากยา และการให้คำแนะนำ

2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ตามความเหมาะสม)

» โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยมาก และสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

» ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะมีความคิดในแง่ลบ (อย่างไม่สมเหตุสมผล) เกี่ยวกับตนเอง ชีวิต และอนาคต

» สามารถรักษาได้ และให้ผลการรักษาดี โดยอาการของโรคจะเริ่มดีขึ้น หลังจากการรักษาเพียงไม่กี่สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม การกินยาและติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอถือเป็นเรื่องสำคัญ

» ประเด็นอื่นๆ ที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ ได้แก่

- **กิจกรรมใดที่ผู้ป่วยเคยให้ความสนใจ หรือทำให้รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน ให้ทำกิจกรรมนั้นต่อไป และทำอย่างต่อเนื่อง** เท่าที่จะเป็นไปได้ แม้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกสนใจหรือเพลิดเพลินกับกิจกรรมนั้นแล้วหรือไม่ก็ตาม
- พยายาม**รักษาวงจรการนอนหลับให้เป็นปกติ** (เช่น เข้านอนในเวลาเดียวกันทุกๆ คืน นอนหลับในระยะเวลาเท่าเดิมกับที่เคย หลีกเหลี่ยงการนอนมากเกินไป)
- **ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ** และต่อเนื่องเท่าที่จะเป็นไปได้
- พยายามเข้าสังคม **มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ** และต่อเนื่องเท่าที่จะเป็นไปได้
- **เมื่อมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือความคิดฆ่าตัวตาย ให้รีบกลับมารับการรักษา**
- ในผู้ป่วยสูงอายุ ควรดูแลรักษาโรคทางฝ่ายกายควบคู่กันไปด้วย

2.2 ค้นหา/จัดการกับปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคม

» **เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย** ถามผู้ป่วยว่าในความเข้าใจของตนเองนั้น อาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่นี้เกิดจากสาเหตุใด ถ้าเป็นไปได้ ควรทำในที่ๆ สามารถให้ความเป็นส่วนตัวกับผู้ป่วยได้

» ถามถึง**ปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน** ค้นหาประเด็นทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องและแนวทางจัดการกับปัญหาดังกล่าว ถามถึงความช่วยเหลือที่ได้รับจากชุมชน ความยากลำบากและปัญหาอุปสรรคในการรับความช่วยเหลือจากบริการ/ทรัพยากรของชุมชน

» ผู้ป่วยบางรายอาจตกอยู่ในสถานการณ์ที่ถูก**ทารุณกรรม** (เช่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัว) หรือ**ถูกปล่อยปละละเลย** ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (เช่น กรณีเด็กหรือผู้สูงอายุ) ในกรณีที่กล่าวมาให้ประสานกับ หน่วยงานที่รับผิดชอบในชุมชน เพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

» พยายาม**ค้นหาสมาชิกครอบครัวที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้** ผู้รักษาควรชักชวนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยพิจารณาตามความเหมาะสม

รายละเอียดของการดูแลรักษา

» **กรณีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น**

- ค้นหาและจัดการกับภาวะ**ความเจ็บป่วยทางจิตใจ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า) โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ในพ่อแม่** ผู้ปกครองของผู้ป่วย (ดูใน mhGAP-IG Master Chart)
- พยายามค้นหา**ปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคมในพ่อแม่หรือผู้ปกครอง**ของผู้ป่วยแนะนำแนวทางจัดการกับปัญหาโดยการช่วยเหลือจากชุมชน เท่าที่จะเป็นไปได้
- ประเมิน**ภาวะการถูกทารุณกรรม การถูกกีดกัน หรือถูกข่มเหงรังแก**ของผู้ป่วย (สามารถถามผู้ป่วยได้โดยตรง)
- กรณีที่มี**ปัญหาทางด้านการเรียน** ให้ปรึกษากับครูถึงแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย
- ฝึกทักษะในการเลี้ยงบุตร ของพ่อแม่ ถ้าเป็นไปได้ » INT

2.3 กระตุ้นให้เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยกลับมาเข้มแข็งอีกครั้ง

» พยายามค้นหา **กิจกรรมทางสังคม** ที่ผู้ป่วยเคยทำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมนั้นอีก โดยเฉพาะที่สามารถเป็นแรงสนับสนุนทางจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วยได้ (เช่น การนัดรวมญาติ ออกไปเที่ยวกับเพื่อน ไปเยี่ยมเยือนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ที่ทำงานจัดขึ้น เล่นกีฬา เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นต้น)

» **กระตุ้นความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม** โดยกระทำบนพื้นฐานที่เป็นจุดแข็งและสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดีอยู่แล้ว เพื่อให้กลับมามีกิจกรรมทางสังคมตามเดิม เท่าที่จะทำได้

2.4 จัดให้มีโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเป็นการรักษาเสริม สำหรับโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

» จัดให้มีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (ประมาณ 45 นาที) 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์

» หารือกับผู้ป่วย ว่าการออกกำลังกายชนิดใดที่น่าจะดึงดูดใจผู้ป่วยได้มากที่สุด พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มต้นออกกำลังกายจากวันละเล็กน้อย (ประมาณ 5 นาที) แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้น

2.5 จัดให้มีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (อาจติดตามทางโทรศัพท์หรือติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน)

» กำหนดระยะเวลาประเมินอาการของผู้ป่วยซ้ำ (เช่น หลังการเริ่มรักษา 4 สัปดาห์ เป็นต้น)

รายละเอียดของการดูแลรักษา

ยาต้านอารมณ์เศร้า (Antidepressant Medication)

3.1 การเริ่มต้นใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า

» **การเลือกใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า**

- เลือกใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าตามบัญชียาหลักของประเทศ หรือตำรับยาขององค์การอนามัยโลก (WHO Formulary) ยา Fluoxetine (ซึ่งไม่รวมถึงยาตัวอื่นในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors(SSRIs)) และยา Amitriptyline (รวมถึงยาตัวอื่นๆ ในกลุ่ม Tricyclic Antidepressants (TCAs)) ทั้ง 2 ขนานนี้ เป็นยาต้านอารมณ์เศร้าที่ได้รับการอ้างอิงในตำรับยาขององค์การอนามัยโลก และในบัญชียาที่มีความจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines) ***ดู*** » DEP 3.5
- ในการเลือกใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าแต่ละตัวมีปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาคือ
  * รูปแบบอาการ (Symptom pattern) ของผู้ป่วย
  * ผลข้างเคียงของยา
  * ประสิทธิภาพของยาต้านอารมณ์เศร้าที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนหน้านี้
- ในกรณีที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วมด้วย ก่อนที่จะสั่งยาต้านอารมณ์เศร้าให้พิจารณาโอกาสในการเกิดอันตรกิริยา หรือปฏิกิริยาระหว่าง ยากับโรคและยากับยา ซึ่งสามารถดูรายละเอียดได้ในตำรับยาขององค์การอนามัยโลก
- การพิจารณาสั่งจ่ายยาจิตเวชอื่นๆ ร่วมกับยาต้านอารมณ์เศร้า ให้**ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

» **บอกผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ:**

- ยาจะออกฤทธิ์ในการต้านอารมณ์เศร้า แต่ต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง ไม่ได้ออกฤทธิ์ทันทีเมื่อเริ่มกินยา
- ผลข้างเคียงของยา ช่องทางในการให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงรวมถึง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของภาวะ mania
- ยาต้านอารมณ์เศร้า ไม่ทำให้เกิดการติดยา อย่างไรก็ตาม อาจเกิดอาการขาดยาหรือถอนยาขึ้นได้ โดยเฉพาะเมื่อลืมกินยา อาการเหล่านี้มักไม่รุนแรงและหายได้เอง อาการขาดยารุนแรงเกิดขึ้นได้ไม่บ่อยนัก โดยมากเกิดเมื่อมีการหยุดยากะทันหัน
- ระยะเวลาในการรักษา พึงตระหนักว่ายาต้านอารมณ์เศร้า มีประสิทธิภาพทั้งในการรักษาโรค และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

3.2 สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังสำหรับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ

» **ผู้ป่วยที่มีความคิด การวางแผน หรือพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย**

- ยากลุ่ม SSRIs ถือเป็นทางเลือกแรกในการรักษา
- เฝ้าระวัง/ติดตามผลการรักษาบ่อยๆ (เช่น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)
- ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงที่จะกินยาเกินขนาด ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการสั่งจ่ายยาในปริมาณมากๆ ควรให้ยาต้านอารมณ์เศร้าแต่ละครั้งไม่นานนัก (เช่น 1 สัปดาห์) และให้มาติดตามผลการรักษาบ่อยๆ ***ดู*** บทการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย » SUI 1

» **ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป**

- เมื่อการรักษาทางจิตสังคมไม่ได้ผล ให้พิจารณาใช้ยา fluoxetine
- ถ้าเป็นไปได้ให้**ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** เมื่อรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ด้วยยา fluoxetine

รายละเอียดของการดูแลรักษา

- ในกรณีที่ใช้ยา fluoxetine ให้มีการการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ถ้าเป็นไปได้) เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนแรกของการใช้ยา ควรบอกผู้ป่วยและพ่อแม่เกี่ยวกับการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และควรแจ้งให้ผู้รักษาทราบโดยเร็วเมื่อสังเกตเห็นลักษณะหรือสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย

» **ผู้ป่วยสูงอายุ**

- หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม TCAs ถ้าเป็นไปได้ ให้เลือกยากลุ่ม SSRIs เป็นลำดับแรก
- เฝ้าระวัง/ติดตาม ผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะเมื่อเลือกใช้ยากลุ่ม TCAs
- พึงตระหนักว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปฏิกิริยากิริยาระหว่างยา (drug interaction) และอาจต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่า ในการตอบสนองต่อการรักษา (ใช้เวลาอย่างน้อย 6-12 สัปดาห์จึงจะบอกได้ว่ายาได้ผลในการรักษาหรือไม่ ในกรณีที่มีการตอบสนองบางส่วน(partial response) ควรรอจนถึง 12 สัปดาห์)

» **ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย**

- ยากลุ่ม SSRIs ควรเป็นทางเลือกแรกในการรักษา
- **อย่า** สั่งจ่ายยากลุ่ม TCAs ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติรุนแรง (Serious cardiac arrhythmias) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ควรวัดความดันโลหิตก่อนสั่งจ่ายยากลุ่ม TCAs ทุกครั้งและควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนแปลงท่าทาง (orthostatic hypotension) หลังจากเริ่มใช้ยา

3.3 การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า

» ถ้าเกิด**อาการ** mania ขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า ให้หยุดใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าโดยทันที และวางแผนการรักษาภาวะ mania และโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วที่เกิดขึ้น

» BPD

» ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม SSRIs และ**มีอาการ** Akathisia (ภาวะกระสับกระส่ายอยู่ข้างใน นั่งไม่ติด) อย่างชัดเจน และเป็นเวลานาน อาจพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่ม TCAs (แต่ต้องระวังผลข้างเคียงจากยา การเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด และเฝ้าระวังเรื่องพิษของการได้รับยาเกินขนาด) ในกรณีที่ยังคงใช้ยากลุ่ม SSRIs ควรพิจารณาให้ Diazepam 5-10 มก. ต่อวัน เป็นช่วงเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ควบคู่ไปด้วย

» **กรณีผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ / ไม่มาติดตามการรักษาสม่ำเสมอ** (poor adherence) ให้พยายามหาสาเหตุที่แท้จริง (เช่น ไม่สามารถทนผลข้างเคียงที่จากการใช้ยาได้ การรักษามีค่าใช้จ่ายสูง มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและการรักษา)

รายละเอียดของการดูแลรักษา

» ในกรณีที่**ตอบสนองต่อยาไม่ดี** (inadequate response: อาการแย่ลงหรืออาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับยานาน 4-6 สัปดาห์) ให้ทบทวนการวินิจฉัยใหม่ (รวมถึงทบทวนการวินิจฉัยโรคที่อาจเกิดร่วม) ตรวจสอบดูว่าผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยาไม่ดี อาจพิจารณาปรับเพิ่มยาเป็นขนาดสูงสุด (maximum dose) ในกรณีที่อาการไม่ดีขึ้นภายใน 4-6สัปดาห์ หลังจากการปรับยาเป็นขนาดสูงสุดให้พิจารณาปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา(เช่น เปลี่ยนเป็นการรักษาทางจิตสังคม » INT หรือเปลี่ยนเป็นยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่มอื่น » DEP 3.5) การเปลี่ยนยาต้านอารมณ์เศร้าจากเดิมเป็นกลุ่มอื่นต้องทำด้วยความระมัดระวัง โดยหลังจากหยุดยาเดิม ให้เว้นระยะห่าง 2-3 วัน ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ จึงเริ่มต้นยาใหม่ ในกรณีที่เปลี่ยนจากยา Fluoxetine เป็นยากลุ่ม TCAs ระยะห่างดังกล่าวนี้ควรยาวนานขึ้น (ประมาณ 1 สัปดาห์)

» ในกรณีที่ยังคง**ไม่มีการตอบสนองต่อยา** (no response) หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า ในขนาดที่พอเพียงแล้ว 2 ชนิด หรือในกรณีที่ไม่มีการตอบสนองหลังจากให้ยาต้านอารมณ์เศร้าขนาดที่พอเพียง 1 ชนิดร่วมกับ CBT(cognitive- behavioural therapy) หรือ IPT (interpersonal therapy) 1 คอร์ส : ให้**ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

3.4 การหยุดยาต้านอารมณ์เศร้า

» **พิจารณาหยุดยาต้านอารมณ์เศร้าเมื่อ**

- ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยต่อเนื่องยาวนาน 9 - 12 เดือน
- สามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวัน/กิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

» **การหยุดติดตามผลการรักษา มีกระบวนการดังนี้**

- หารือกับผู้ป่วยล่วงหน้า เกี่ยวกับการหยุดติดตามผลการรักษา
- ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม TCAs และ SSRIs ให้ลดขนาดยาลงช้าๆ จนหยุดยาในระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
- แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอาการขาดยา (Withdrawal symptoms) ในระหว่างที่ปรับลดขนาดยา หรือหยุดยา ซึ่งโดยทั่วไปอาการเหล่านี้มักไม่รุนแรง และหายได้เอง เว้นแต่กรณีหยุดยากะทันหัน อาจมีอาการขาดยารุนแรงได้
- ให้แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของการกลับมาเป็นซ้ำ (เช่นการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป, กินน้อยหรือมากผิดปกติมากกว่า 3วัน ติดต่อกัน) และเมื่อใดที่ควรมาติดตามผลการรักษาอีกครั้ง
- ให้สุขภาพจิตศึกษาซ้ำอีกครั้ง » DEP 2.1

» **การเฝ้าระวังและการจัดการกับอาการขาดยาต้านอารมณ์เศร้า** (อาการที่พบบ่อย คือ วิงเวียน วิตกกังวล หงุดหงิด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน)

- **อาการขาดยาแบบไม่รุนแรง** ให้คำแนะนำว่าเป็นอาการที่ไม่อันตราย และหายเองได้ เฝ้าระวังอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
- **อาการขาดยารุนแรง** ให้ยาต้านอารมณ์เศร้าแก่ผู้ป่วยใหม่อีกครั้งในขนาดเดิม ที่เคยได้ผลในการรักษา และค่อยๆ ปรับลดขนาดลงในอัตราที่ช้าลงกว่าเดิม
- **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** หากอาการขาดยายังคงอยู่ หรืออาการไม่ดีขึ้น

รายละเอียดของการดูแลรักษา

» **เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่อาจกลับเป็นซ้ำในช่วงที่กำลังถอนยาต้านอารมณ์เศร้า**

- สั่งจ่ายยาต้านอารมณ์ในขนาดเดิมที่ได้ในผลการรักษา เป็นระยะเวลานาน 12 เดือน ถ้าพบว่าผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าใหม่

3.5 ข้อมูลเกี่ยวกับยากลุ่ม SSRIs and TCAs

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs; เช่น ยา fluoxetine)

ผลข้างเคียงที่รุนแรง *(ซึ่งพบได้น้อยมาก)*

» อาการ akathisia ที่เป็นยาวนานและรุนแรง

» ภาวะเลือดออกผิดปกติในผู้ที่ใช้ยา aspirin และ NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) ชนิดอื่นๆ เป็นประจำ

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย *(ส่วนใหญ่มีอาการไม่นาน ไม่คงอยู่ถาวร)*

» กระสับกระส่าย ตื่นตัวผิดปกติ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความผิดปกติอื่นๆ ในระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ ความผิดปกติเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ

ข้อควรระวัง

» ความเสี่ยงในการเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะ mania ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ชนิดแบบสองขั้ว

ระยะเวลาที่พบการตอบสนอง หลังจากเริ่มให้ยาในขนาดรักษา

» 4 - 6 สัปดาห์

ขนาดของยา fluoxetine ที่ใช้ในผู้ใหญ่

» โดยทั่วไปเริ่มต้นการรักษาด้วยยา fluoxetine 20 มก. ต่อวัน แต่ในกรณีต้องการลดความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง ให้เริ่มต้นด้วยยา fluoxetine 10 มก. ต่อวัน และพิจารณาปรับเพิ่มเป็น 20 มก. เมื่อผู้ป่วยสามารถทนต่อผลข้างเคียงได้

» ในกรณีที่ไม่พบการตอบสนอง(no response) ภายใน 4 - 6 สัปดาห์ หรือตอบสนองเพียงเล็กน้อย (partial response) ภายใน 6 สัปดาห์ ให้ปรับเพิ่มขนาดยาครั้งละ 20 มก.(ขนาดสูงสุด 60 มก. ต่อวัน) ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถในการทนต่อผลข้างเคียงและการตอบสนองในการรักษา

ขนาดของยา fluoxetine ที่ใช้ในวัยรุ่น

» เริ่มต้นด้วยการรักษาด้วย fluoxetine 10 มก. ต่อวัน และปรับเพิ่มขนาดเป็น 20 มก. ภายใน 1-2 สัปดาห์ (ขนาดสูงสุดไม่เกิน 20 มก. ต่อวัน)

» ในกรณีที่ไม่พบการตอบสนอง ภายใน 6 - 12 สัปดาห์ หรือ ตอบสนองเพียงเล็กน้อย ภายใน 12 สัปดาห์ **ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

ขนาดของยา fluoxetine ที่ใช้ในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย

» เริ่มต้นการรักษาด้วยยา fluoxetine 10 มก. ต่อวัน หรือ 20 มก. วันเว้นวัน เป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงปรับเพิ่มขนาดเป็น 20 มก. ถ้าผู้ป่วยสามารถทนต่อผลข้างเคียงได้

» ในกรณีไม่ตอบสนอง ภายใน 6 - 12 สัปดาห์ หรือตอบสนองเพียงเล็กน้อย ภายใน 12 สัปดาห์ ให้ปรับเพิ่มขนาดยาช้าๆ (ขนาดสูงสุดที่ใช้ 60 มก. ต่อวัน) ในอัตราที่ช้ากว่าการปรับเพิ่มขนาดยาในผู้ใหญ่ทั่วๆ ไป

รายละเอียดของการดูแลรักษา

Tricyclic antidepressants (TCAs ; เช่น Amitriptyline)

ผลข้างเคียงที่รุนแรง *(ซึ่งพบได้น้อยมาก)*

» ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (cardiac arrhythmia)

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย

(ส่วนใหญ่มีอาการไม่นาน และไม่คงอยู่ถาวร)

» ภาวะความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนแปลงท่าทาง (มีความเสี่ยงที่จะล้ม) ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก วิงเวียน ตาพร่ามัว ง่วงนอน

ข้อควรระวัง

» ความเสี่ยงในการเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะ mania โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว

» อาจส่งผลต่อการทำหน้าที่บางอย่างให้บกพร่องลง (เช่น การขับขี่ยานพาหนะ) ให้ใช้ความระมัดระวังจนกว่าจะเกิดความคุ้นชินกับยา

» ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจใช้ยาในการทำร้ายตัวเอง (มีอันตรายถึงชีวิต ถ้าผู้ป่วยกินยาเกินขนาด)

» ในผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำพบว่ายากลุ่ม TCAs จะมีประสิทธิภาพในการรักษาลดลง และมีฤทธิ์ง่วงนอนมากขึ้น

ระยะเวลาที่พบการตอบสนอง หลังจากเริ่มให้ยาในขนาดรักษา

» 4 - 6 สัปดาห์ (แต่ฤทธิ์ในการลดอาการปวดและช่วยในการนอนหลับ จะเห็นผลภายในไม่กี่วันหลังจากได้รับยา)

ขนาดของ Amitriptyline ที่ใช้ในผู้ใหญ่ทั่วไป

» โดยทั่วไปเริ่มต้นการรักษาด้วย Amitriptyline 50 มก. ก่อนนอน

» ปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 25 - 50 มก. ทุก 1 - 2 สัปดาห์ เป้าหมายคือ 100 - 150 มก. ภายในระยะเวลา 4 - 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการรักษา และความสามารถในการทนต่อผลข้างเคียงของผู้ป่วย

» ในกรณีที่ไม่มีการตอบสนอง ภายใน 4 - 6 สัปดาห์ หรือตอบสนองเพียงเล็กน้อยภายใน 6 สัปดาห์ ให้ปรับเพิ่มขนาดยาช้าๆ (โดย ขนาดสูงสุดคือ 200 มก. ต่อวัน) อาจให้ยาในครั้งเดียวก่อนนอน หรือแบ่งให้ในระหว่างวัน

ขนาดของ Amitriptyline ในวัยรุ่น

» **อย่า** สั่งจ่ายยา Amitriptyline ในวัยรุ่น ✖

ขนาดของ Amitriptyline ในวัยสูงอายุ หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย

» เริ่มต้นการรักษาที่ขนาด 25 มก.ก่อนนอน

» ปรับเพิ่มขนาดครั้งละ 25 มก. ต่อสัปดาห์ เป้าหมายคือ 50 - 75 มก. ภายใน 4 - 6 สัปดาห์

» ในกรณีที่ไม่มีการตอบสนอง ภายใน 6 - 12 สัปดาห์ หรือตอบสนองเล็กน้อยภายใน 12 สัปดาห์ ให้ปรับเพิ่มขนาดช้าๆ (ขนาดสูงสุด 100 มก ต่อวัน) โดยแบ่งให้ในระหว่างวัน

» เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนแปลงท่าทาง (orthostatic hypotension)

PSY

ภาวะโรคจิต (Psychosis)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ภาวะโรคจิต (Psychosis)

โรคจิต เป็นภาวะที่มี ความบิดเบือน ของความคิดและการรับรู้ มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือ มีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ อาจพบความผิดปกติในการพูด คือ คำพูดไม่เชื่อมนัยกัน หรือตอบไม่ตรงคำถาม พบอาการประสาทหลอนทางการรับรู้ (เช่น เห็นหรือได้ยินในสิ่งที่ไม่มีอยู่จริง) อาการหลงผิด (ความเชื่อที่ผิดแปลก ไม่เป็นจริงและฝังแน่น) มีความระแวงสงสัยอย่างมาก โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนยืนยัน พบภาวะพฤติกรรมผิดปกติอย่างชัดเจน เช่น พฤติกรรมไม่เป็นระบบ (disorganized behaviour) วุ่นวาย ปั่นป่วน(agitation) ตอบสนองมากเกินไป หรืออาจพบลักษณะเฉื่อยชา ความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบ ได้แก่ มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยมากหรือไม่มีเลย ภาวะอารมณ์กับการแสดงออกทางสีหน้าท่าทางไม่สัมพันธ์กัน สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตถือว่ามีความเสี่ยงสูง ต่อการถูกล่วงละเมิดทางสิทธิมนุษยชน

ภาวะโรคจิต (Psychosis)

PSY1

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

1. ผู้ป่วยมีภาวะโรคจิตเฉียบพลันหรือไม่ ?

» คำพูดไม่เชื่อมนัยกัน (incoherent) หรือตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant)
» อาการหลงผิด (delusion)
» อาการประสาทหลอน (hallucination)
» อาการวุ่นวายปั่นป่วน (agitation) พฤติกรรมผิดปกติไม่เป็นระบบ (disorganized)
» มีความเชื่อว่าความคิดของตน ถูกแทรก (inserted) หรือสามารถแพร่กระจาย (broadcast) ความคิดออกไปได้
» แยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) เมินเฉยต่อหน้าที่รับผิดชอบที่เคยทำ ทั้งในเรื่องงาน การเรียน หน้าที่ในครอบครัวและการเข้าสังคม

ถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ
» มีอาการเริ่มต้นเมื่อใด (ใน episode ปัจจุบัน)
» เคยมีอาการของโรคจิตเกิดขึ้นมาก่อนหน้านี้หรือไม่
» รายละเอียดของการรักษาที่เคยได้รับ

ใช่

ถ้าผู้ป่วยมีอาการตรงกับที่กล่าวมามากกว่า 1 อาการ ก็ถือว่ามีน้ำหนักในการวินิจฉัย **ภาวะโรคจิต** ใน episode ปัจจุบัน ถ้า :
» เป็น episode แรกของผู้ป่วยหรือ
» เป็น episode ที่กลับเป็นซ้ำ หรือ
» อาการของโรคจิตรุนแรงมากขึ้น
ถือว่าเป็น "**ภาวะโรคจิตเฉียบพลัน**" (acute psychotic episode)

» ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับ ภาวะโรคจิตและการรักษา » PSY 2.1
» เริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต » PSY 3.1
» รักษาด้วยจิตสังคมบำบัด เช่นครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม » INT
» ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย » PSY 2.2
» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » PSY 2.3
» ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวัง (ตามที่เป็นจริง) และมองโลกในแง่ดี
พึงตระหนักว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต **ไม่จำเป็นเสมอไปว่า**จะต้องได้รับยา Anticholinergic (เช่น trihexylphenidyl) เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต

คัดแยก (Rule out) ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้ออกไป:
» อาการของโรคจิตที่เกิดจาก ภาวะเป็นพิษ (intoxication) หรือภาวะถอน (withdrawal) สุรา หรือการใช้สารเสพติดอื่น
(*ดู* แนวทาง Alcohol use disorder/Drug use disorder » ALC)
» ภาวะ delirium ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ เช่น cerebral malaria , systemic infections , sepsis, head injury

2. ผู้ป่วยมีภาวะโรคจิตเรื้อรังหรือไม่ ?

ใช่

ถ้าอาการของโรคจิตนั้นคงอยู่นานเกินกว่า 3 เดือน ก็ถือว่ามีน้ำหนักในการวินิจฉัย **ภาวะโรคจิตเรื้อรัง**

» ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล » PSY 2.1
ถ้าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษา ให้เริ่มต้นการรักษาแบบเดียวกับภาวะโรคจิต เฉียบพลัน
» ทบทวน และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามผลการรักษา
» ในกรณีที่อาการของโรคจิตตอบสนองต่อยาไม่ดี (inadequate response) ให้พิจารณาปรับขนาดยาให้สูงขึ้น หรือ เปลี่ยนยา » PSY 3.1และ 3.2
» พิจารณาให้การรักษาทางจิตสังคม เช่น ครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม ความคิดและพฤติกรรมบำบัด ถ้าเป็นไปได้ » INT
» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » PSY 2.3
» ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวัง ตามสภาพที่เป็นจริง และมองโลกในแง่ดี
» ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย » PSY 2.2

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

3. ผู้ป่วยกำลังมีภาวะ mania เฉียบพลันอยู่หรือไม่ ?

ให้สังเกตอาการ / ซักประวัติเกี่ยวกับ

» มีอาการดังต่อไปนี้ ติดต่อกันหลายๆ วัน
- อารมณ์ดีผิดปกติ หรือหงุดหงิดง่ายผิดปกติ
- รู้สึกมีเรี่ยวแรงมาก ทำกิจกรรมมาก
- พูดมากเกินปกติ
- มีพฤติกรรมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ

» มีประวัติในอดีตเกี่ยวกับ
- อารมณ์เศร้า
- รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง ทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (**ดู** บทโรคซึมเศร้าเพิ่มเติมในรายละเอียด) » DEP

พึงสังเกตว่า

» ผู้ป่วยที่มีอาการ mania โดยที่ไม่เคยมีระยะอาการซึมเศร้าเลย ก็สามารถให้การวินิจฉัย โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วได้

» ในโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วนั้น ช่วงเวลาระหว่างแต่ละ episode ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเป็นปรกติ ให้สังเกตอาการ / ซักประวัติเกี่ยวกับ

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่" ผู้ป่วยอาจเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว

» ออกจากบทนี้ และไปที่ บท**โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว** » BPD

4. ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวช/ความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ ?

» ภาวะการใช้สุรา หรือสารเสพติดอื่น

» ความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง

» ภาวะสมองเสื่อม

» โรคทางฝ่ายกายที่พบร่วม : ให้พิจารณาสัญญาณหรืออาการที่อาจบ่งบอกถึงโรคดังต่อไปนี้ โรคหลอดเลือดสมอง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคเอดส์, Cerebral malaria หรือการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการทางจิต (เช่น เสตียรอยด์)

ใช่

ในกรณีที่ตอบ "ใช่"จากนั้น

» **รักษาทั้งภาวะโรคจิตและโรคที่พบร่วมไปพร้อมๆ กัน**

ผู้ป่วยเป็นหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ หรือไม่ ?

» ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์ ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพมารดา (Maternal health specialist) เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน

» อธิบายถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคจิต (โดยเฉพาะเมื่อมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนหรือหยุดยา)

» ผู้ป่วยหญิงที่กำลังวางแผนในการตั้งครรภ์ กำลังตั้งครรภ์ หรือ กำลังให้นมบุตร ควรได้รับการรักษาด้วยยา Haloperidol หรือ ยา Chlorpromazine ชนิดกินในขนาดต่ำ

» หลีกเลี่ยงการใช้ ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว จนเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ (routine use)

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Interventions)

2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

» **สาระสำคัญที่ต้องบอกแก่ผู้ป่วย คือ**

- ศักยภาพในตัวผู้ป่วยที่จะทำให้หายจากโรคได้
- ความสำคัญของการคงไว้ซึ่งหน้าที่สำคัญทางด้านอาชีพการงาน การเรียนการศึกษา การเข้าสังคม อย่างสม่ำเสมอเท่าที่จะเป็นไปได้
- ความทุกข์ทรมาน และปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน สามารถทำให้บรรเทาเบาบางลงได้ด้วยการรักษา
- ความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง
- สิทธิของผู้ป่วย ที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับการรักษา
- ความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง (เช่น กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีสุขอนามัยที่ดี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ)

» **สาระสำคัญที่ต้องบอกแก่ครอบครัวของผู้ป่วย คือ**

- ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการ หูแว่ว หรือเชื่ออย่างฝังแน่นในสิ่งที่ไม่เป็นจริง
- ผู้ป่วยโรคจิตมักไม่ตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเอง และบางครั้งก็ดูไม่เป็นมิตร
- เมื่ออาการของโรคจิตเป็นมากขึ้น หรือมีสัญญาณเตือนว่าโรคจะกลับเป็นซ้ำ ควรกลับมาให้ผู้รักษาประเมินอีกครั้ง
- เน้นย้ำถึงความสำคัญของการที่ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย
- สมาชิกในครอบครัวพึงหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยอย่างรุนแรง และไม่ควรแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยโรคจิตมักถูกกีดกัน แบ่งแยกอยู่เสมอ ทั้งที่ความจริงแล้วควรจะมีสิทธิเท่าเทียมกันกับคนทั่วไป
- เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคจิต ถ้าต้องไปทำงานหรืออาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันหรือความเครียดสูงๆ
- สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยคือ การที่มีงาน หรือได้ทำภารกิจที่มีความหมายกับผู้ป่วย
- โดยทั่วไป การที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนผู้ป่วยโดยครอบครัวหรือสมาชิกในชุมชน ย่อมดีกว่าสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ควรหลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆ

2.2 ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน

> **!** พยายามให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลกระบวนการรักษาเหล่านี้

» ประสานงานเพื่อวางแผนการดูแลรักษากับบุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานบริการทางสังคม รวมถึงองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

รายละเอียดของการดูแลรักษา

» สนับสนุนให้เกิดการประสานงานดังกล่าวด้วยทรัพยากรทางสาธารณสุข และทางสังคมเท่าที่มีอยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านสุขภาพจิต

» สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินกิจกรรมทางสังคม การศึกษา และการงานอาชีพและคอยให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยไปพร้อมกันๆ พยายามผนวกรวมกิจกรรมทางสังคม และการสร้างรายได้ เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งอาจเป็นลักษณะของการจ้างงานแบบสนับสนุน (Supported employment) ที่มีความเหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตมักจะต้องเผชิญกับการถูกกีดกัน แบ่งแยก ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องเอาชนะอคติต่างๆทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง และจากสังคมภายนอก โดยการทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้ควรประสานกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อค้นหาโอกาสในการจ้างงาน และการศึกษา ให้สอดคล้องกับความต้องการและทักษะความสามารถของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการ อาจค้นหาที่พัก/ให้ความช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัย โดยพิจารณาอย่างรอบคอบ ให้เหมาะกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในการใช้ชีวิตประจำวัน สำรวจว่าความจำเป็นด้านใดบ้าง ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

2.3 การติดตามผลการรักษา

» ผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นต้องได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

» ในระยะแรก ควรมีการติดตามผลการรักษาบ่อยเท่าที่จะเป็นไปได้ (ในบางราย อาจติดตามผลการรักษาทุกวัน) จนกระทั่งเห็นว่าอาการในระยะเฉียบพลันเริ่มทุเลา หรือเริ่มตอบสนองต่อการรักษา เมื่อเห็นว่าตอบสนองต่อการรักษาดี อาจนัดห่างออกไปเป็นทุก 1เดือน หรือทุก 3 เดือนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น อาการทางคลินิก ความพอเพียงของบุคลากรระยะทางในการเดินทางมาติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย

» ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวังตามสภาพที่เป็นจริงและมองโลกในแง่ดี

» ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา ให้ประเมินอาการทางจิต ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยา และทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย ทั้งนี้ ญาติหรือผู้ดูแล จะมีบทบาทที่สำคัญมากในช่วงเวลาเช่นนี้

» ประเมิน และรักษาโรคทางกายอื่นๆ ที่พบร่วม

» ประเมินความจำเป็น ของการทำจิตสังคมบำบัด ในแต่ละครั้งของการติดตามผลการรักษา

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาด้วยยา (Pharmacological Interventions)

3.1 การเริ่มต้นให้ยาต้านโรคจิต

» การจัดการกับอาการของโรคจิตในระยะเฉียบพลันนั้น ผู้รักษาควรเริ่มต้นให้ยาต้านโรคจิตทันทีหลังการประเมินวินิจฉัย ในกรณีที่ไม่สามารถให้ยาต้านโรคจิตชนิดกินได้ ให้พิจารณา ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ **อย่า** สั่งจ่ายยาต้านโรคจิตชนิดฉีดออกฤทธิ์ยาว เพื่อควบคุมอาการของโรคจิตในระยะเฉียบพลัน

» สั่งจ่ายยาต้านโรคจิตเพียงชนิดเดียวในแต่ละครั้ง

» “Start low, go slow” : เริ่มต้นด้วยยาขนาดต่ำๆ (ดูตารางด้านข้างประกอบ) ปรับเพิ่มขนาดยาช้าๆ จนถึงขนาดต่ำที่สุดที่ให้ผลในการรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต

» ควรสั่งจ่ายยาในขนาดที่ให้ผลในการรักษาเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 4 - 6 สัปดาห์แล้วจึงพิจารณาว่า ยาให้ผลในการรักษาดีหรือไม่

» ยา Haloperidol และยา Chlorpromazine ชนิดกิน เป็นยาที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิต

ตาราง : ขนาดในการรักษา และผลข้างเคียงที่พบจากการใช้ยาต้านโรคจิต

ยา	Haloperidol	Chlorpromazine	Fluphenazine depot / long-acting
ขนาดยาที่เริ่มใช้	1.5 – 3 มก.	75 มก.	12.5 มก.
ขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา (mg):	3 – 20 มก. / วัน	75 – 300 มก. / วัน*	12.5-100 มก.ทุก 2-5 สัปดาห์
วิธีการให้ยา	กิน/ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ในกรณีโรคจิตระยะเฉียบพลัน)	กิน	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก
ผลข้างเคียงที่มีความสำคัญ:			
ง่วงนอน:	+	+++	+
ปัสสาวะลำบาก:	+	++	+
ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนแปลงท่าทาง:	+	+++	+
ผลข้างเคียงชนิด Extrapyramidal: **	+++	+	+++
Neuroleptic malignant syndrome: ***	พบได้น้อย	พบได้น้อย	พบได้น้อย
Tardive dyskinesia: ****	+	+	+
เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ :	+	+	+
ข้อห้ามใช้:	impaired consciousness, bone marrow depression, pheochromocytoma, porphyria, basal ganglia disease	impaired consciousness, bone marrow depression, pheochromocytoma	children, impaired consciousness, parkinsonism, marked cerebral atherosclerosis

* ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาจเพิ่มขนาดได้ถึง 1 กรัม

** อาการข้างเคียง ชนิด extrapyramidal ได้แก่อาการ acute dystonia, tics, อาการสั่น (tremor) และอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (muscular rigidity)

*** Neuroleptic malignant syndrome เป็นภาวะที่พบได้น้อย แต่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยจะมีอาการ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง อุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิตสูง

**** Tardive dyskinesia เป็นอาการข้างเคียงที่พบหลังจากใช้ยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยไม่สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า มือ และลำตัว

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาด้วยยา

3.2 ติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตในประเด็น ดังต่อไปนี้

» **ในกรณีที่ตอบสนองต่อยาไม่ดี**(inadequate response) **หลังจากใช้ยามากกว่า 1 ชนิด (ใช้ทีละชนิด) ในขนาดที่ได้ผลในการรักษา เป็นระยะเวลาที่นานพอ**

- ทบทวนการวินิจฉัยใหม่ (รวมถึงการวินิจฉัยโรคที่เกิดร่วมอื่นๆ)
- คัดแยก (Rule out) ภาวะโรคจิตที่เกิดจากสุรา/สารเสพติด หรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ออกไป (แม้ว่าจะได้ทำการคัดแยกในตอนต้นไปแล้วก็ตาม)
- กรณีที่ผู้ป่วยกินยา / ติดตามผลการรักษาไม่สม่ำเสมอ ให้พิจารณาใช้ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว
- พิจารณาปรับเพิ่มขนาดยา หรือเปลี่ยนเป็นยาต้านโรคจิตชนิดอื่น
- พิจารณาปรับเพิ่มขนาดยา หรือเปลี่ยนเป็นยาต้านโรคจิตชนิดอื่น
- พิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (ยกเว้น Clozapine) ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย และความพอเพียงของยา (ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Risperidone)
- พิจารณายา Clozapine ในกรณีที่ไม่ตอบสนองต่อยาต้านโรคจิตชนิดอื่นๆ ที่ได้ให้ในขนาดที่เหมาะสม และเป็นระยะเวลาที่นานพอ ยา Clozapine สามารถสั่งจ่ายโดยผู้รักษาที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญได้ แต่ควรอยู่ภายใต้คำแนะนำดูแล จากผู้เชี่ยวชาญ หรือบุคลากรด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ควรสั่งจ่าย Clozapine เฉพาะในหน่วยบริการที่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ เนื่องจากอาจมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Agranulocytosis) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต

» **เมื่อเกิดผลข้างเคียงชนิด** extrapyramidal (**เช่น** parkinsonism **หรือ** dystonia)

- ปรับลดขนาดยาต้านโรคจิต และ
- พิจารณาปรับเป็นยาต้านโรคจิตชนิดอื่น (เช่น จาก Haloperidol เป็น Chlorpromazine)
- พิจารณาใช้ยา Anticholinergic ในระยะสั้นๆ เมื่อแนวทางข้างต้นไม่ได้ผล หรือในกรณีที่ผลข้างเคียงชนิด Extrapyramidal มีความรุนแรง เกิดอาการอย่างเฉียบพลัน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก

ยาในกลุ่ม Anticholinergic

Biperiden เริ่มต้นที่ขนาด 1 มก. วันละ 2 ครั้ง ปรับเพิ่มขนาดจนถึง 3-12 มก. ต่อวัน โดยวิธีการกิน หรือ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ง่วงซึม สับสน ผลกระทบต่อความจำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผลข้างเคียงที่พบได้แต่ไม่บ่อย ได้แก่ ต้อหินชนิดมุมปิด (Angle – closure glaucoma), Myasthenia gravis, ภาวะทางเดินอาหารอุดตัน(Gastrointestinal obstruction)

Trihexyphenidyl (Benzhexol)

ขนาดที่ใช้ 4-12 มก. ต่อวัน ผลข้างเคียงเหมือนกับที่พบใน biperiden

รายละเอียดของการดูแลรักษา

3.3 การหยุดยาต้านโรคจิต

» **สำหรับโรคจิตระยะเฉียบพลัน** รักษาด้วยยาต้านโรคจิต นานต่อเนื่องเป็นเวลา 12 เดือน โดยเริ่มนับหลังจากที่หายจากโรคแล้ว (full remission)

» **สำหรับโรคจิตเรื้อรัง** อาจพิจารณาหยุดยาได้เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยอาการดีติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายๆปี โดยชั่งน้ำหนักระหว่าง ความเสี่ยงที่โรคจะกลับมาเป็นซ้ำ กับ ผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นเมื่อกินยาต่อไปในระยะยาว ทั้งนี้ควรให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พร้อมทั้งปรึกษาญาติและครอบครัวร่วมด้วย

» ถ้าเป็นไปได้ **ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** เพื่อร่วมพิจารณาเรื่องการหยุดยาต้านโรคจิต

BPD

โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว

(Bipolar Disorder)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (Bipolar Disorder)

BPD

โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีระดับของอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นช่วงๆ (episode) ความผิดปกตินี้ประกอบด้วย ภาวะอารมณ์ดีผิดปกติ รู้สึกมีเรี่ยวแรงและอยากทำกิจกรรมต่างๆ มาก (mania) ภาวะอารมณ์อีกแบบหนึ่ง คืออารมณ์เศร้าผิดปกติ รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงและไม่อยากทำกิจกรรมอะไร (depression) ลักษณะพิเศษของโรคนี้คือ อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นจนกลับมาเป็นปกติ (complete recovery) ในช่วงเวลาระหว่างแต่ละระยะของโรค และในกรณีที่มีเพียง manic episode เพียงแบบเดียว (โดยที่ยังไม่เคยมี depressive episode) ก็สามารถให้การวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วได้เช่นกัน

โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (Bipolar Disorder)

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะ mania หรือไม่ ?

สังเกตอาการดังต่อไปนี้

- » อารมณ์ดีผิดปกติ หรือหงุดหงิดผิดปกติ
- » มีกิจกรรมเพิ่มขึ้น ดูตื่นเต้น กระสับกระส่าย
- » ช่างพูด พูดมากขึ้น
- » ขาดความยับยั้งชั่งใจ ที่ในภาวะปกติควรจะมี
- » ต้องการ การนอนพักผ่อนน้อยกว่าปกติ
- » รู้สึกตัวเองมีความสำคัญเป็นอย่างมาก
- » วอกแวกง่าย ไม่สามารถจดจ่อกับอะไรได้
- » มีความต้องการทางเพศสูง หรือ มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ระมัดระวัง

ถามเกี่ยวกับ

- » ระยะเวลาที่มีอาการ (symptom duration) นานเท่าใด
- » อาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อ หน้าที่รับผิดชอบสำคัญ เช่น การเรียน การงาน หน้าที่ในบ้าน หรือการเข้าสังคม หรือไม่?
- » ต้องการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือไม่?

ใช่

ถ้าอาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะตรงกับข้อดังต่อไปนี้

- » มีอาการตรงกับที่กล่าวมามากกว่า 1 ข้อ
- » มีอาการนานอย่างน้อย 1 สัปดาห์
- » ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อหน้าที่การงาน การเข้าสังคมหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ถือว่ามีน้ำหนักในการ วินิจฉัยภาวะ mania

- » เริ่มต้นรักษา ภาวะ mania ด้วยยา Lithium, Valproate, Carbamazepine หรือยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) » BPD 3.1
- » พิจารณารักษาด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepine (เช่น diazepam) เป็นระยะเวลาสั้นๆ ในกรณีที่มี ภาวะวุ่นวาย ปั่นป่วน หรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม » BPD 3.2
- » **หยุดยาต้านอารมณ์เศร้าทุกตัว** » BPD 3.3
- » แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (modify lifestyle) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว และแนวทางในการรักษา » BPD 2.1
- » ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » BPD 2.4

2. ผู้ป่วยเคยมีอาการ mania มาก่อน แต่ครั้งนี้ มาด้วยอาการของ depression หรือไม่?

(ดู รายละเอียดในบทโรคซึมเศร้า » DEP)

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่" ถือว่ามีน้ำหนักในการวินิจฉัย ภาวะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (bipolar depression)

- » เริ่มต้นรักษาด้วยยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ (mood stabillizer) » BPD 4
- » พิจารณาให้ยาต้านอารมณ์เศร้า **ร่วมกับ ยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่** สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์เศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า) » DEP

แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะ mania ก่อนที่จะเริ่มให้ยาต้านอารมณ์เศร้าใดๆ

- » แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (modify lifestyle)ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์แปรปรวน ชนิดสองขั้ว และแนวทางในการรักษา » BPD 2.1
- » กระตุ้นเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยให้กลับมาเข้มแข็งอีกครั้ง » BPD 2.2
- » ถ้าเป็นไปได้ ให้พิจารณาการรักษาทางจิตสังคม » INT
- » พิจารณาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษาของผู้ป่วย » BPD 2.3
- » ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » BPD 2.4

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

3. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมอื่นๆ หรือไม่ ?

» ภาวะการใช้สุรา และสารเสพติดอื่น
» โรคสมองเสื่อม (dementia)
» การทำร้ายตัวเอง/ ฆ่าตัวตาย
» ภาวะโรคเกิดร่วมทางฝ่ายกายโดยเฉพาะภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมน สูงหรือต่ำเกิน (hyper-or hypothyroidism), โรคไต หรือโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

ใช่

ถ้าตอบ “ใช่”

» **รักษาโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว ควบคู่ไปกับโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมอื่นๆ**

4. ผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะ mania หรือ depression ในขณะนี้

ใช่

มีน้ำหนักในการวินิจฉัย**โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว** โดยในขณะนี้ผู้ป่วยกำลังอยู่ในช่วงระหว่างแต่ละระยะของโรค (between episodes)

การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse prevention)**ถือเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในกรณีที่ :**

» มีอาการเกิดขึ้นไม่น้อยกว่า 2 ระยะ (อาจเป็น mania ทั้ง 2 สองระยะ หรือ mania 1 ระยะ และ depression อีก 1 ระยะ) หรือ
» มีอาการ mania เพียงระยะเดียว แต่อาการของผู้ป่วยรุนแรง หรือเสี่ยงที่จะทำให้เกิด ผลกระทบที่รุนแรงตามมา

» รักษาด้วยยากลุ่มปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ (mood stabilizer) » BPD 4
» แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว และแนวทางในการรักษา » BPD 2.1
» กระตุ้นเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยให้กลับมาเข้มแข็งอีกครั้ง » BPD 2.2
» พิจารณาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับเศรษฐานะและการศึกษาของผู้ป่วย » BPD 2.3
» ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงผลข้างเคียงจากยา และความสม่ำเสมอในการมาติดตามผลการรักษาตามนัด » BPD 2.4

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

5. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มพิเศษ ดังต่อไปนี้ หรือไม่ ?

ใช่

» **หญิงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร**

» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** ถ้าเป็นไปได้
» หลีกเลี่ยง **การเริ่มต้นรักษาด้วย ยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่**
» พิจารณาให้ยา Haloperidol ขนาดต่ำๆ **(ด้วยความระมัดระวัง)**
» ในกรณีที่ ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ เกิดภาวะ mania กำเริบเฉียบพลัน ในระหว่างที่กำลังได้รับยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ ให้พิจารณาเปลี่ยนยาเป็น Haloperidol ขนาดต่ำๆ

ใช่

» **ผู้ป่วยสูงอายุ**

» ใช้ยาในขนาดต่ำๆ
» พึงตระหนักถึงความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions)

ใช่

» **ผู้ป่วยวัยรุ่น**

» อาการที่เกิดขึ้นอาจไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (atypical)
» ให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ เกี่ยวกับ การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** ถ้าเป็นไปได้

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial interventions)

2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)

ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้ แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (ที่ไม่ได้อยู่ในระยะ mania เฉียบพลัน) และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

» **อธิบายเกี่ยวกับตัวโรค** : โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว เป็นโรคที่พบอาการทางอารมณ์ที่สุดโต่งในแต่ละขั้ว ซึ่งสามารถพบได้ตั้งแต่ลักษณะอารมณ์เศร้า เฉื่อยชา ไปจนถึง รู้สึกมีเรี่ยวแรงมาก ขยันมาก หงุดหงิด หรืออาจถึงขั้นพฤติกรรมวุ่นวาย ปั่นป่วน

» มีความจำเป็นที่**ต้องมีวิธีการ หรือเครื่องมือบางอย่าง ที่ช่วยเฝ้าระวัง/สังเกตระดับของอารมณ์** เช่น สมุดบันทึกระดับของอารมณ์ประจำวัน ที่มีการบันทึกอารมณ์หงุดหงิด โกรธหรืออารมณ์ดีผิดปกติ เป็นต้น

» พยายาม**รักษาวงจรการนอนหลับ** (sleep cycle) **ให้เป็นปกติ** (เช่น เข้านอนในเวลาเดิมทุกคืน นอนหลับเป็นระยะเวลาเท่ากันกับตอนก่อนป่วย หลีกเลี่ยงการนอนน้อยกว่าปกติ)

» **ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค** ให้สังเกตสัญญาณเตือน ที่บ่งบอกว่ากำลังจะกลับเป็นซ้ำ เช่น นอนน้อยลง ใช้เงินมากผิดปกติ รู้สึกมีเรี่ยวแรงหรือขยันมาก ให้กลับมารับการรักษาทันที เมื่อมีอาการเตือนเหล่านี้เกิดขึ้น

» ผู้ป่วยในภาวะ Mania **มักไม่ตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง** (lacks insight into the illness) ผู้ป่วยอาจรู้สึกดีที่ตัวเองขยัน และอารมณ์ดี ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

» **หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท** (ยกเว้นยารักษา) ทุกชนิด

» ผู้ป่วยควรเตรียมพร้อมและวางแผนสำหรับ**การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต** ซึ่งอาจต้องทำอย่างต่อเนื่องยาวนานเท่าที่จำเป็น และไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน

» ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลทางจิตใจ หรือ**มีแหล่งสนับสนุนเมื่อยามจำ**เป็นโดยเฉพาะหลังจากเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต (เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก)

» **วางแผนจัดการในเรื่องทั่วๆ ไปของผู้ป่วย** เช่น กำหนดเวลาในการทำงาน (หรือการเรียน) ที่แน่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงการอดนอน ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยต้องตัดสินใจในเรื่องสำคัญ

» **ประเมินความต้องการ การช่วยเหลือ ทางกาย ทางสังคม และจิตใจ ของครอบครัวผู้ป่วย**

» การ**สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา** ถือเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว เนื่องจากเป็นการทำให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในการรักษา และติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2.2 กระตุ้นเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยให้กลับมาเข้มแข็งอีกครั้ง

» พยายามค้นหากิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยเคยทำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมนั้นอีกโดยเฉพาะที่สามารถเป็นแรงสนับสนุนทางจิตสังคม ให้แก่ผู้ป่วยได้ (เช่นการนัดรวมญาติ ออกไปเที่ยวกับเพื่อน ไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมในที่ทำงาน เล่นกีฬา เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น)

รายละเอียดของการดูแลรักษา

2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

» สร้างโอกาสสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแล ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการศึกษา หรือกิจกรรมทางสังคมวัฒนธรรม (ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย) ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

» พิจารณา การจ้างงานในระบบสนับสนุน (supported employment) แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานทั่วไป หรือ ไม่สามารถหางานได้

2.4 การติดตามผลการรักษา

» **การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอถือเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง** อัตราการกลับเป็นซ้ำในโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วนั้นค่อนข้างสูง และผู้ที่มีภาวะ mania นั้นย่อมไม่สามารถแสวงหาการรักษาเองได้ ดังนั้นการขาดการติดตามผลการรักษาจึงพบได้บ่อย ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือญาติจึงมีบทบาทที่สำคัญมากในช่วงเวลานี้

» ในการติดตามผลการรักษาแต่ละครั้ง ให้ประเมินอาการทางคลินิก ผลข้างเคียงจากยา ความจำเป็นของการรักษาทางจิตสังคม และทัศนคติของผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

» ผู้ที่มีภาวะ mania ควรมารับการประเมิน และติดตามผลการรักษาบ่อยเท่าที่จะทำได้ จนกระทั่งพ้นระยะของ mania

» ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับตัวโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ (หรือผู้ดูแล) โดยเฉพาะการสังเกตอาการ และสัญญาณเตือนของภาวะ mania ความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอ (แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงแล้วก็ตาม) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล แนะนำให้คัดเลือกสมาชิกในชุมชนของผู้ป่วยนั้น มาติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ โดยเฉพาะถ้าเป็นเพื่อน หรือเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้ก็จะเป็นการดี

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาภาวะ mania เฉียบพลัน

3.1 ยา Lithium, Valproate, Carbamazepine หรือยาต้านโรคจิต

พิจารณาให้การรักษาระยะ mania เฉียบพลันด้วยยา Lithium, Valproate, Carbamazepine หรือ**ยาต้านโรคจิต** ในกรณีของยา Lithium ควรสั่งจ่ายก็ต่อเมื่อสามารถเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาด้วยอาการทางคลินิก (clinical monitoring) หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ(laboratory monitoring) ได้ ในกรณีที่มีอาการรุนแรง อาจพิจารณาสั่งจ่ายยาต้านโรคจิต ซึ่งให้ผลในการรักษาที่เร็วกว่า ยาในกลุ่มปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่

สำหรับรายละเอียดในเรื่องขนาดของยาที่ใช้รักษา การเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากยา ฯลฯ ให้ ***ดู*** ที่ตารางการใช้ยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ » BPD4

สำหรับการใช้ยาต้านโรคจิตให้ดูที่ตารางการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต » PSY 2

3.2 ยากลุ่ม Benzodiazepines

ผู้ป่วยที่มีภาวะ mania และมีอาการวุ่นวายปั่นป่วน (agitation) อาจได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยากลุ่ม Benzodiazepine ในระยะสั้นๆ เช่น diazepam

หลังจากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ควรค่อยๆ ลดขนาดของยา Benzodiazepine ลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดื้อยา (tolerance)

3.3 ยาต้านอารมณ์เศร้า (Antidepressants)

ในกรณีของผู้ป่วยที่มีภาวะ mania ที่เกิดจากการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า **ให้หยุดยาต้านอารมณ์เศร้าโดยเร็วที่สุด** การหยุดยาต้านอารมณ์เศร้าอาจทำได้โดยทันทีหรือค่อยๆ ลดขนาดยาลงจนหยุดยา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการชั่งน้ำหนักระหว่างอาการที่เกิดจากการขาดยา (discontinuation symptoms) และความเสี่ยงที่ยาต้านอารมณ์เศร้าอาจทำให้ภาวะ mania รุนแรงขึ้น (***ดู*** ที่แนวทางการรักษาด้วยยาในโรคซึมเศร้า » DEP)

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (ในระยะใดก็ตาม) ไม่ควรรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้าเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะ mania ฤทธิ์ในการเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะ mania จะลดลง ก็ต่อเมื่อสั่งจ่ายยาร่วมกับ Lithium, Valproate หรือยาต้านโรคจิต

3.4 การติดตามและการเฝ้าระวัง (Monitoring)

ควรติดตามผลหลังจากเริ่มต้นการรักษาได้ 3 และ6 สัปดาห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาได้ 6 สัปดาห์ ให้พิจารณาเปลี่ยนยาเป็นชนิดที่ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับ หรือเสริมการรักษาด้วยยาอื่น (combination therapy) เช่นใช้ยาต้านโรคจิต ร่วมกับยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น **ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การรักษาในระยะอาการคงที่ (Maintenance treatment)

การเลือกใช้ยากลุ่มปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ (Lithium, Valproate, Carbamazepine)

4.1 ยา Lithium

» พิจารณาใช้ยา Lithium เฉพาะในกรณีที่สามารถเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากอาการทางคลินิกหรือสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

» ในกรณีที่มีการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse) ทั้งอาการ mania และ depression อาจพิจารณารักษาด้วยยา Lithium เพียงตัวเดียว (อย่างไรก็ตาม ยา Lithium ให้ผลในการรักษาดีกว่า ในภาวะ mania)

พึงตระหนักว่า : *การรักษาด้วยยา Lithium นั้น มีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังระดับยาในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยานี้มีช่วงขนาดในการรักษาที่แคบ (narrow therapeutic range) นอกจากนี้ควรตรวจการทำงานของต่อมธัยรอยด์ ทุก 6 - 12 เดือน ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา Lithium การกินยา Lithium ไม่สม่ำเสมอหรือหยุดกินยาเองโดยทันทีอาจเพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงไม่ควรเลือกใช้ยา Lithium ในกรณีที่หน่วยบริการมียาไม่พอเพียง หรือไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง*

» เริ่มต้นใช้ยาในขนาดต่ำ (300 มก. ก่อนนอน) ปรับเพิ่มขนาดยาช้าๆ โดยตรวจระดับยา Lithium ในกระแสเลือด ทุกๆ 7 วันจนกระทั่งได้ระดับ 0.6 – 1.0 mEq/litre หลังจากปรับยาจนได้ขนาดที่เหมาะสมแล้ว ให้ตรวจระดับยาในกระแสเลือดทุกๆ 2 - 3 เดือน

» อาจใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในการพิจารณาว่า ยา Lithium มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วในระยะอาการคงที่หรือไม่

» แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำ ด้วยการรับสารน้ำหรือกินน้ำอย่างเพียงพอโดยเฉพาะเวลาที่มีเหงื่อออกมาก ๆ เวลาที่ไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน ๆ หรือเมื่อเป็นไข้

» เฝ้าระวังการเกิดอาการท้องเสีย หรืออาเจียน

» ผู้ป่วยที่กินยา Lithium ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม NSAIDs(non-steroidal anti-inflammatory drugs)เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

» ในกรณีที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรงในระบบทางเดินหายใจหรือในระบบเมตาบอลิก ควรพิจารณาหยุดยา Lithium เป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน

รายละเอียดของการดูแลรักษา

4.2 ยา Valproate

» ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยา Valproate ควรซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคตับ

» เริ่มต้นใช้ยาในขนาดต่ำ (500 มก. ต่อวัน) ปรับเพิ่มยาจนได้ขนาดเป้าหมาย (ถ้าผู้ป่วยสามารถทนต่อผลข้างเคียงได้)

» ติดตามการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงการเฝ้าระวังผลข้างเคียงและความสม่ำเสมอในการติดตามผลการรักษา อธิบายผู้ป่วยถึงอาการและสัญญาณเตือนเกี่ยวกับความผิดปกติในระบบเลือดและการทำงานของตับที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยา และควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที เมื่อมีอาการ

» ลดขนาดยา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ ในกรณีที่ลดขนาดยาแล้วไม่ดีขึ้นให้พิจารณาปรับเปลี่ยนยา

4.3 ยา Carbamazepine

» พิจารณารักษาด้วยยา Carbamazepine ในกรณีที่รักษาด้วยยา Lithium และ Valproate แล้วไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้

» ก่อนและระหว่างการรักษาด้วยยา Carbamazepine ควรซักประวัติเกี่ยวกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคตับ

» เริ่มต้นรักษาด้วยยาขนาดต่ำๆ (200 มก. ต่อวันในเวลาก่อนนอน) ปรับเพิ่มขนาดยาช้าๆ จนได้ขนาด 600 - 1000 มก. ต่อวัน

» ผู้รักษาควรพิจารณาปรับยา หลังจากที่รักษาไปได้ 2 สัปดาห์ เนื่องจากยามีฤทธิ์ในการเหนี่ยวนำเอนไซม์ของตับ

» ปรับลดขนาดยา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงได้ หรืออาจพิจารณาปรับเปลี่ยนยาเป็นชนิดอื่น ในกรณีที่ปรับลดยาแล้วไม่ได้ผล

!

หลีกเลี่ยงการใช้ยา Lithium, Valproate และ Carbamazepine ในหญิงตั้งครรภ์ ควรระมัดระวังการใช้ยากลุ่มนี้ ในผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ หรือความสามารถในการทำหน้าที่สำคัญลดลงอย่างต่อเนื่อง (Continuing functional impairment) ให้พิจารณาปรับเปลี่ยนยาเป็นยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่น หรือ เสริมการรักษาด้วยยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ตัวอื่น และ **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

รายละเอียดของการดูแลรักษา

4.4 การหยุดยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่

» ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้วที่ปัจจุบันไม่ได้มีอาการในระยะ mania หรือ depression (อยู่ในช่วงระหว่างระยะ) ให้นัดติดตามผลการรักษาทุก 3 เดือน รักษาอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

» รักษาผู้ป่วยในระยะอาการคงที่ด้วยยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ เป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ปี นับจากระยะของโรคครั้งสุดท้าย (the last bipolar episode)

» ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีอาการรุนแรง และมีอาการของโรคจิตร่วมด้วย หรือมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ให้**ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** เช่นเดียวกับกรณีที่จะตัดสินใจหยุดยา หลังจากรักษาในระยะอาการคงที่ นาน 2 ปี

» การหยุดยา ควรพิจารณาปรับลดขนาดยาลงช้าๆ จนหยุดยา ภายในระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

» ในกรณีที่พิจารณาปรับเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น ให้เริ่มต้นรักษาด้วยยาตัวใหม่ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาตัวแรกในขนาดเดิม นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วค่อยๆ ปรับลดขนาดยาตัวเดิมลง

ตาราง: ยาปรับสภาพอารมณ์ให้คงที่ (Mood Stabilizers)

Medication:	Lithium	Valproate	Carbamazepine
ขนาดยาที่เริ่มใช้ (มก.)	300	500	200
ขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา (มก.)	600 - 1200	1000 - 2000	400 - 600
วิธีการให้ยา	กิน	กิน	กิน
ค่าเป้าหมายของระดับยา	0.6 – 1.0 mEq / litre; ในระยะ mania 0.8 – 1.0 mEq/litre : ในระยะอาการคงที่ 0.6 - 0.8 mEq/litre ; *การตรวจระดับยาในกระแสเลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น*	ไม่เป็นข้อบังคับในเวชปฏิบัติทั่วไป	ไม่เป็นข้อบังคับในเวชปฏิบัติทั่วไป
ผลข้างเคียงที่สำคัญ	Impaired coordination ,ปัสสาวะบ่อย (polyuria), ดื่มน้ำมาก (polydypsia), ปัญหาเกี่ยวกับความนึกคิดและความจำ (cognitive problems),ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias, ภาวะเบาจืด (diabetes insipidus), ภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (hypothyroidism)	ระมัดระวังการใช้ยาในผู้ที่เป็นโรคตับ ผู้ป่วยบางรายอาจพบผมร่วง ภาวะตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) อาจพบได้แต่ไม่บ่อย	มองเห็นภาพซ้อน(diplopia), impaired coordination,ผื่น,เอนไซม์ตับขึ้นสูง อาจพบภาวะ Stevens - Johnson syndrome และ aplastic anemia ได้แต่ไม่บ่อย
ง่วงนอน	++	++	++
อาการสั่น	++	++	++
น้ำหนักขึ้น	++	++	++
เป็นพิษต่อตับ	-	++	+
ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)	-	+	+
ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leucopoenia)	-	+	+

ALC

การใช้สุรา และโรคที่เกิดจากการใช้สุรา

(Alcohol Use and Alcohol Use Disorders)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

การใช้สุรา และโรคที่เกิดจากการใช้สุรา (Alcohol Use and Alcohol Use Disorders)

ALC

เป็นภาวะที่ประกอบไปด้วย โรคที่เกิดจากการใช้สุรา ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ภาวะเป็นพิษเฉียบพลันจากการใช้สุรา หรือภาวะเมาสุรา (acute alcohol intoxication) ภาวะการใช้สุราในระดับที่เป็นอันตราย (harmful alcohol use) ภาวะติดสุรา (alcohol dependence syndrome) และภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal state)

ภาวะเป็นพิษเฉียบพลันจากการใช้สุรา เป็นภาวะที่เกิดจากการใช้สุรา จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้สติ (consciousness) ความนึกคิด (cognition) การรับรู้ (perception) ตลอดจนถึงอารมณ์ และพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว **การใช้สุราในระดับที่เป็นอันตราย** หมายถึงการใช้สุราในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย (เช่นโรคตับ) และสุขภาพจิต (เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า) ภาวะนี้มักก่อให้เกิดผลเสียหายทางสังคมแก่ผู้ป่วยตามมา (เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาหน้าที่การงาน เป็นต้น)

ภาวะติดสุรา ถือเป็น ปรากฏการณ์ทางความนึกคิด จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับการดื่มสุรา มากกว่า พฤติกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติหรือเคยทำมา

ภาวะขาดสุรา เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น จากการหยุดดื่มสุรา ภายหลังจากการดื่มสุราเป็นประจำและต่อเนื่องยาวนาน

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา » สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน !

1. ผู้ป่วยมีภาวะเป็นพิษเฉียบพลันจากการดื่มสุรา (เมาสุรา) หรือไม่ ?

สังเกตจากสิ่งต่อไปนี้
- » ลมหายใจมีกลิ่นสุรา
- » พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ทอดเสียงยาว
- » มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการขาดความยับยั้งชั่งใจ

ให้ประเมิน
- » ระดับสติสัมปชัญญะ หรือภาวะรู้สติ (level of consciousness)
- » ความนึกคิด และการรับรู้ (cognition and perception)

ใช่

ถ้าพบความผิดปกติของ ภาวะรู้สติ ความนึกคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ภายหลังจากการดื่มสุราไม่นาน **ถือว่ามีน้ำหนักในการวินิจฉัยภาวะเป็นพิษจากการดื่มสุรา** (Alcohol intoxication)

- » ประเมินทางเดินหายใจ และการหายใจ
- » ในกรณีที่ผู้ป่วยอาเจียน ให้พลิกตัวผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อป้องกันการสำลัก
- » ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ✚ หรืออาจสังเกตอาการ จนกระทั่งฤทธิ์ของสุราเริ่มหมดไป
- » **ในกรณีที่สงสัยภาวะเป็นพิษจาก เมธานอล ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อการดูแลรักษาในระยะฉุกเฉิน** ✚

2. ผู้ป่วยมีลักษณะของอาการขาดสุราหรือไม่ ?

ภาวะขาดสุรา เป็นภาวะที่เกิดจากการหยุดดื่มสุรา ภายหลังจากการดื่มสุราอย่างหนัก โดยทั่วไปจะมีอาการอยู่ในช่วงระหว่าง 6 ชั่วโมง จนถึง 6 วัน ภายหลังจากการดื่มครั้งสุดท้าย

สังเกตจากสิ่งต่อไปนี้
- » มือสั่น
- » เหงื่อออกมาก
- » อาเจียน
- » ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
- » พฤติกรรมกระสับกระส่าย ปั่นป่วน วุ่นวาย

ให้ถามเกี่ยวกับ
- » อาการปวดศีรษะ
- » คลื่นไส้
- » วิตกกังวล

พึงตระหนักว่า : อาการชักและอาการสับสนอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง !

ใช่

ดูว่าเป็นภาวะขาดสุราระดับรุนแรง หรือไม่ ? ให้ประเมินจากสิ่งต่อไปนี้
- » เคยมีอาการขาดสุราระดับรุนแรงมาก่อนเช่น เคยมีภาวะสับสน(delirium) หรืออาการชักจากการขาดสุรา
- » มีโรคทางฝ่ายกายหรือโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย หรือ มีภาวะติดยากลุ่ม benzodiazepines (เช่น diazepam,lorazepam)
- » พบอาการขาดสุราอย่างรุนแรงภายในไม่กี่ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่ม

- » ให้การรักษาโดยทันที ด้วย diazepam » ALC 3.1
- » รักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาล ถ้าเป็นไปได้
- » **ในกรณีที่มีภาวะ delirium จากการขาดสุรา** (Alcohol-withdrawal delirium) » ALC 3.1
  - รักษาอาการขาดสุราด้วย diazepam
  - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
  - ให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ (dehydration)
  - ถ้าภาวะ delirium หรืออาการประสาทหลอน (hallucination) ยังคงอยู่ทั้งที่ได้ให้การรักษา ภาวะขาดสุราไปแล้ว ให้พิจารณาใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำๆ เช่น haloperidol 2.5 - 5 มก. กินไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อวัน
- » **ในกรณีที่มีอาการชักจากการขาดสุราร่วมด้วย ให้การรักษาด้วย** diazepam เป็นลำดับแรก หลีกเลี่ยงการใช้ยากันชักในการป้องกันอาการชักครั้งต่อไป

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา » สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

3. ผู้ป่วยมีภาวะสับสน (confusion) หรือมีการเปลี่ยนแปลงภาวะรู้สติ (clouding of consciousness) อย่างเฉียบพลัน หลังจากการดื่มสุราอย่างหนักหรือไม่ ?

ใช่

วินิจฉัยแยกโรค acute Wernicke's encephalopathy, head injury และ Alcohol-withdrawal delirium โดยประเมินดังนี้

» acute Wernicke's encephalopathy

ตรวจดูว่ามีภาวะตากระตุก (nystagmus) และอาการเดินเซ (ataxia) หรือไม่ ; ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจตรวจพบ ภาวะกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง (ophthalmoplegia)

» Head injury

ตรวจดูว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือไม่ เช่น แผลฉีกขาด หรือเลือดออกที่บริเวณศีรษะหรือหู

» Alcohol-withdrawal delirium

ประเมินภาวะนี้ใหม่อีกครั้งตามรายละเอียดข้อ 2

ดูให้แน่ใจว่า อาการสับสน (confusion) ไม่ได้เกิดจากสาเหตุที่พบได้บ่อยอย่างอื่น เช่นภาวะติดเชื้อ (infection),ภาวะสมองขาดออกซิเจน (hypoxia), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(hypoglycaemia), ความผิดปกติของสมองจากโรคตับ (hepatic encephalopathy) และโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accidents)

Acute Wernicke's encephalopathy

» รักษาผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยภาวะนี้ ด้วย thiamine 100 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือกล้ามเนื้อวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 - 5 วัน

» ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยเร่งด่วน

Head injury

» เฝ้าระวัง/ติดตามดูภาวะรู้สติ ของผู้ป่วย

» ปรึกษาแผนกศัลยกรรม

Alcohol withdrawal delirium

» *ดู* แนวทางการดูแลรักษาภาวะขาดสุรา » ALC 3.1

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

1. ถามเกี่ยวกับลักษณะการดื่มและระดับความอันตรายของการดื่ม

» **ถามผู้ป่วยว่าดื่มสุราหรือไม่ ?**

ถ้าตอบ "ใช่"

» **ถามเพื่อดูว่าผู้ป่วยดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตรายหรือไม่ ?: ปริมาณของการดื่ม และความถี่ของการดื่ม**

- ดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) หรือเทียบเท่าแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 60 กรัม ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ใน 12 เดือนที่ผ่านมา
- ดื่มสุราโดยเฉลี่ยมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน
- ดื่มทุกวัน

จำนวนดื่มมาตรฐาน เป็นการวัดปริมาณของแอลกอฮอลล์บริสุทธิ์ ที่บริโภคเข้าไป โดยทั่วไป 1 ดื่มมาตรฐานจะมีแอลกอฮอลล์บริสุทธิ์ 8 - 12 กรัม

ค้นหาโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา ในผู้ป่วยทุกราย

การดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตราย (Hazardous use) และโรคที่เกิดจากการใช้สุราเป็นภาวะที่พบได้บ่อย ดังนั้นจึงควรถามเกี่ยวกับการดื่มสุราในผู้ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกราย (ยกเว้นในพื้นที่ที่มีการดื่มสุราน้อยมากๆ) อาจพิจารณาใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น WHO-AUDIT หรือ WHO-ASSIST

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่"

» ซักประวัติลงในรายละเอียดมากขึ้นเพื่อดูว่าเป็นภาวะการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตราย (harmful alcohol use) หรือเป็นภาวะติดสุรา (alcohol dependence) **(ดู รายละเอียด ข้อ 2 ประกอบ และ** » ALC 2.1)

ถ้า "ไม่ใช่" ภาวะติดสุรา

» ให้การวินิจฉัย การดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตราย (Hazardous or harmful use of alcohol)

» แจ้งผลการตรวจวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยให้ชัดเจน อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงระหว่างการดื่มสุรา และปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้าผู้ป่วยยังคงดื่มสุราในระดับนี้ต่อไป

» ถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ

» พูดคุยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องใช้สุรา

ดู ที่ Brief Interventions » ALC 2.2 **สำหรับรายละเอียด**

» แนะนำ ให้ผู้ป่วยดื่มสุราในปริมาณที่ลดลง (สู่ระดับการดื่มที่อันตรายน้อยลง) หรือหยุดดื่มสุราไปเลย พร้อมทั้งบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้รักษาเต็มใจและยินดีช่วยผู้ป่วยในการลด ละ เลิก ดื่มสุรา

- ถ้าผู้ป่วยเต็มใจที่จะ ลด ละ เลิก ดื่มสุรา ควรหารือร่วมกับผู้ป่วยถึงหนทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว
- ถ้าผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะ ลด ละ เลิกดื่มสุรา ให้แจ้งผู้ป่วยอย่างหนักแน่นว่า ยังเป็นไปได้ที่ผู้ป่วย จะลด ละ เลิก หรือดื่มในระดับที่เป็นอันตรายน้อยลง ให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำให้กลับมาสู่การรักษาอีกครั้ง

» นัดติดตามผลการรักษา

» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ** ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตรายต่อไป และไม่ตอบสนองต่อ Brief Interventions

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นวัยรุ่น ดู ที่ » ALC 2.6

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหญิงตั้งครรภ์ หรือกำลังให้นมบุตร ***ดู*** *ที่* » ALC 2.7

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

2. ผู้ป่วยมีภาวะติดสุรา หรือไม่ ?

ซักถามเกี่ยวกับรายละเอียด/ประวัติในการใช้สุรา » ALC 2.1

ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ?

- ต้องการดื่มสุราเป็นอย่างมาก และไม่สามารถหักห้ามใจได้
- รู้สึกยากลำบากในการควบคุมการดื่มสุรา ในแง่ของการเริ่มดื่ม หยุดดื่ม รวมถึงการควบคุมปริมาณในการดื่ม
- เกิดภาวะขาดสุรา (Withdrawal) เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลง หรือผู้ป่วยเสพสารอื่น (ที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงกับสุรา) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดหรือบรรเทาอาการขาดสุรา
- เกิดภาวะดื้อสุรา (Tolerance) คือการที่ผู้ป่วยที่เพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ออกฤทธิ์เท่าเดิมหรือทำให้เมาสุรา (ทั้งที่แต่ก่อนดื่มในปริมาณที่น้อยกว่านี้ ก็สามารถออกฤทธิ์หรือเมาสุราได้)
- มีความสนใจในกิจกรรมอื่นน้อยลงเรื่อยๆ เนื่องจากการใช้สุรา เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการดื่มสุรา และการสร่างฤทธิ์สุรา
- ยังคงใช้สุราอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ได้เกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยขึ้นแล้ว เช่น ตับทำงานผิดปกติ อารมณ์เศร้า ความผิดปกติด้าน Cognitive function เป็นต้น

ใช่

ถ้าผู้ป่วยมีอาการตรงกับที่กล่าวมา ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีภาวะ "ติดสุรา" (Alcohol Dependence)

- แจ้งผลการตรวจวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน อธิบายถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ถ้าผู้ป่วยยังคงดื่มสุราในระดับนี้ต่อไป
- พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับ แรงจูงใจของผู้ป่วยในการใช้สุรา **ดู** Brief Interventions » ALC 2.2
- แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาด
- แนะนำให้ผู้ป่วย กิน Thiamine 100 มก. ทุกวัน
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจที่จะหยุดดื่มสุรา ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลิกสุรา โดยกำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการหยุดดื่มสุรา วางแผนเกี่ยวกับการหยุดดื่ม วางแผนเกี่ยวกับการถอนพิษสุรา (Alcohol detoxification) ในระยะถอนพิษสุรา ให้รักษาอาการขาดสุรา (withdrawal symptoms) ด้วย diazepam » ALC 3.1
- หลังจากระยะถอนพิษสุรา ให้ป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำด้วยยา naltrexone , acamprosate หรือ disulfiram (ถ้ามี) » ALC 3.2
- ประเมินและรักษาโรคที่เกิดร่วมทางกาย หรือทางจิต โดยทั่วไปหลังจากหยุดดื่มสุรา ได้ 2 - 3 สัปดาห์ จะพบว่าอาการของโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมบางอาการจะทุเลาลง
- พิจารณาส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เช่นAlcoholic Anonymous หรือส่งผู้ป่วยเข้ารักษาใน therapeutic community » ALC 2.3
- **อย่า** ให้การรักษาที่มีนัยยะของการลงโทษผู้ป่วย หรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นการลงโทษผู้ป่วยโดยอ้างว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา
- ค้นหาและช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัย และการจ้างงาน ตามความต้องการของผู้ป่วย
- จัดหาข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ และให้การสนับสนุน แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวของผู้ป่วย » ALC 2.5
- ถ้าเป็นไปได้ ให้พิจารณารักษาด้วยจิตสังคมบำบัด เช่นการให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) หรือครอบครัวบำบัด (family therapy) ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioural therapy) การบำบัดโดยการเสริมแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy) จิตบำบัดการจัดการตามสถานการณ์ปัญหา (contingency management therapy) » INT
- พิจารณาส่งต่อไปสถานบำบัดรักษาเฉพาะทาง
- นัดติดตามผลการรักษา ตามความจำเป็น ทั้งนี้ควรนัดบ่อยๆ ในช่วงแรก
- **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**ตามความจำเป็น

รายละเอียดของการดูแลรักษา

2.1 ซักประวัติเกี่ยวกับการใช้สุรา

เมื่อต้องถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วย

» ถามผู้ป่วยด้วยคำถามที่ปราศจากการชี้นำให้ได้คำตอบตามที่ผู้ถามต้องการ ไม่ควรแสดงท่าทีแปลกประหลาดใจไม่ว่าผู้ป่วยจะตอบอะไรมา

» ถามเกี่ยวกับระดับและลักษณะของพฤติกรรมการใช้สุรา และพฤติกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด (เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรามักจะเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไหร่ กับใคร อะไรที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนี้ ผู้ป่วยเวลาเมาสุราแล้วเป็นอย่างไร มีปัญหาทางด้านการเงิน การดูแลคนในครอบครัว (โดยเฉพาะเด็กๆ) มีการใช้ความรุนแรงกับผู้อื่นหรือไม่)

» ถามถึงผลเสียหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา ได้แก่

- การเกิดอุบัติเหตุ ขับรถขณะเมาสุรา
- ปัญหาด้านสัมพันธภาพ
- ปัญหาโรคทางฝ่ายกาย เช่น โรคตับ แผลในกระเพาะอาหาร
- ปัญหาทางด้านกฎหมาย/การเงิน
- การมีเพศสัมพันธ์ขณะเมาสุรา ที่ทำให้รู้สึกเสียใจในภายหลังหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
- พฤติกรรมรุนแรงอันเนื่องมาจากการใช้สุรา รวมถึงการใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว

» พยายามเชื่อมโยงระหว่าง เหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมการใช้สุรา อาจทำได้โดยการซักประวัติเพื่อเรียงลำดับเหตุสำคัญ (Taking a chronological history) และนำไปเชื่อมโยงกับการเริ่มต้นใช้สุรา และการเพิ่มปริมาณการใช้สุราที่มากขึ้นเรื่อยๆ

» ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการใช้สุราในระดับที่เป็นอันตราย (hazardous or harmful alcohol use) ให้ดูว่าเข้าข่ายติดสุรา (alcohol dependence) ด้วยหรือไม่ โดยซักประวัติเกี่ยวกับ อาการดื้อสุรา อาการขาดสุรา ดื่มในปริมาณที่มาก และเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจไว้ ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องทั้งที่ได้เกิดปัญหาจากการดื่มขึ้นแล้ว ยากที่จะหยุดหรือลดปริมาณการดื่ม รวมถึงการเกิดความรู้สึกอยากสุรา (Craving)

» ถามถึงเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย พฤติกรรมการใช้สุรา และยาเสพติดอื่น

ในการตรวจสภาพร่างกายผู้ป่วย มีประเด็นที่สำคัญคือ

» ลักษณะอาการเมาสุรา และขาดสุรา

» ลักษณะที่บอกถึงการดื่มอย่างหนักเป็นเวลายาวนาน เช่น ตรวจพบสัญญาณที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของตับ, สมองน้อย (cerebellum) หรือปลายประสาทถูกทำลาย

ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม (ถ้าเป็นไปได้)

ตรวจเอนไซม์ตับ (liver enzymes) และ full blood examination

2.2 การทำ Brief Interventions เพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา

» **ตัวอย่างแนวทางที่ช่วยลดการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตราย**

- อย่าเก็บสุราไว้ในบ้าน
- ไม่ไปสถานที่ที่มีคนดื่มสุรา เช่น ผับ
- การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและสมาชิกครอบครัว
- นัดให้ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาพร้อมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน

รายละเอียดของการดูแลรักษา

» **พูดคุยกับผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ต้องดื่มสุรา**

- พยายามโน้มน้าวให้ผู้ป่วยพูดถึงการดื่มสุราของตนทั้งในทางที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น พยายามให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงสิ่งที่มีความหมายกับผู้ป่วยมากที่สุดในชีวิต
- ควบคุมการสนทนา ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มที่จะพูดถึงข้อดีที่เกินจริง และจะพูดถึงข้อเสียเพียงบางแง่มุม และน้อยกว่าที่เป็นจริง ผู้รักษาอาจแสดงความเห็นแย้งในบางประเด็นที่เป็นข้อดีเกินจริง และเพิ่มเติมในประเด็นข้อเสียที่ผู้ป่วยไม่ได้กล่าวไว้
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย เปลี่ยนบทสนทนาไปเรื่องอื่นเมื่อพบกับท่าทีต่อต้าน อย่างไรก็ตาม พยายามทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถึงผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลานั้น
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สุรา หลังจากที่ได้พิจารณาถึง ข้อดี ข้อเสีย ของการใช้สุราในช่วงเวลาที่ผ่านมา
- ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะลด ละ เลิกการดื่มสุรา พยายามโน้มน้าวให้ผู้ป่วยกลับมาหาผู้รักษาอีก เพื่อพูดคุยถึงเรื่องดังกล่าวต่อไป

2.3 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – help groups)

» แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น Alcoholics Anonymous อาจอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานให้ผู้ป่วยในช่วงแรก เช่น ตระเตรียม การนัดหมายให้ผู้ป่วยสำหรับการเข้ากลุ่มครั้งแรก

2.4 การจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย และการงานอาชีพ

» ถ้าเป็นไปได้ ให้ประสานกับตัวแทนจัดหางานในท้องถิ่นเพื่อการจ้างงานแบบสนับสนุน (supported employment) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปทำงาน ค้นหา/สนับสนุนให้เกิดการจ้างงานและโอกาสทางการศึกษาในท้องถิ่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและระดับทักษะฝีมือของผู้ป่วย

» ประสานกับตัวแทนการจัดหาที่อยู่อาศัยในท้องถิ่นหรือชุมชนเพื่อการจัดหาที่อยู่อาศัยที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องพิจารณาเรื่องความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงสุราและสารเสพติดอื่น ในสถานที่ที่จัดหาให้

2.5 ให้การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย

หารือกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สุราของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล (รวมถึงเด็กในครอบครัว) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสะท้อนปัญหาจากครอบครัว

» ประเมินปัญหา และความต้องการส่วนบุคคล ทางสังคม และทางด้านสุขภาพจิต

» เตรียมข้อมูล/ให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องการใช้สุรา และการติดสุรา

» ช่วยค้นหาต้นเหตุแห่งความเครียดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา ประเมินวิธีที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับความเครียด และส่งเสริมให้ใช้วิธีการ/ปรับพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม

» แนะนำและช่วยเหลือให้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับญาติและผู้ดูแล รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมอื่น ๆ

รายละเอียดของการดูแลรักษา

2.6 การใช้สุราและสารเสพติดในวัยรุ่น

» ชี้แจงเรื่องการรักษาความลับของข้อมูล แจ้งผู้ป่วยว่าข้อมูลใดบ้างที่สามารถปกปิดและข้อมูลใดที่ต้องเปิดเผยต่อพ่อแม่ หรือ ผู้ใหญ่คนอื่น

» พยายามจับประเด็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นให้ได้ พึงตระหนักว่า วัยรุ่นมักจะบอกเล่าประเด็นปัญหาต่างๆได้ไม่ดีนัก อาจใช้คำถามปลายเปิดในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

HEADS

H - Home

E - Education / Employment / Eating

A - Activities

D - Drugs and alcohol

S - Sexuality / Safety / Suicide

» แม้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ จะพบภาวะการเสพสาร ในระดับที่เป็นอันตรายน้อยกว่าที่พบในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม สามารถพบภาวะเสพติดสารขั้นรุนแรงในวัยรุ่นส่วนหนึ่งได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องคัดกรองภาวะเสพติดสุราและสารเสพติดในวัยรุ่น เช่นเดียวกับในวัยผู้ใหญ่

» ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญแก่พ่อแม่ เช่น ผลกระทบของสุราและสารเสพติดอื่นๆ ต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและการทำหน้าที่สำคัญทางสังคม

» มุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของวัยรุ่นมากกว่าการตั้งต้นว่าตัววัยรุ่นเองเป็นสาเหตุหรือต้นตอของปัญหา เช่น พยายามสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน/ที่ทำงาน (รวมถึงกิจกรรมนอกเวลาเรียนและนอกเวลาทำงาน) ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมดังกล่าว สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่วัยรุ่นสามารถดึงทักษะและความสามารถของตนเองออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน เป็นเรื่องสำคัญที่กิจกรรมดังกล่าวควรเป็นกิจกรรมที่วัยรุ่นให้ความสนใจอยู่แล้ว

» พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลวัยรุ่น ต้องทราบว่า ณ เวลานี้วัยรุ่นอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร กำลังทำอะไร จะกลับบ้านเมื่อใด และตัววัยรุ่นเอง จะต้องมีความรับผิดชอบต่อแผนและกิจกรรมที่ได้วางเอาไว้

» สนับสนุนให้ พ่อแม่ ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนกับวัยรุ่น (และเตรียมพร้อมกับการต่อรองเป้าหมายดังกล่าวกับวัยรุ่น) พ่อแม่ควรพูดคุยกับวัยรุ่นถึงผลเสียที่ตามมาถ้าวัยรุ่นไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้

» แนะนำให้ พ่อแม่จำกัดหรือหยุดพฤติกรรมบางอย่าง ที่สามารถนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สารของวัยรุ่น เช่น การซื้อ หรือมีสุราไว้ในบ้าน การให้เงินวัยรุ่น ซึ่งอาจนำไปใช้ซื้อสารเสพติด พึงตระหนักว่าพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดของพ่อแม่ย่อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นด้วยเช่นกัน

2.7 ผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ และให้นมบุตร

» แนะนำหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้หญิงที่มีแผนจะตั้งครรภ์ให้หยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาด

» แนะนำว่า แม้แต่การดื่มสุราเพียงปริมาณเล็กน้อย ก็อาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ (โดยเฉพาะในช่วงแรกของการตั้งครรภ์) และการดื่มสุราในปริมาณมากระหว่างการตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ระดับรุนแรง ที่เรียกว่า Foetal Alcohol Syndrome (FAS) ได้

» แนะนำหญิงที่กำลังให้นมบุตร ให้หยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาด

» เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว (โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก) ในกรณีที่มารดาไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ ควรแนะนำให้ดื่มในปริมาณจำกัด เพื่อลดปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผ่านไปยังน้ำนมให้เหลือน้อยที่สุด เช่น ให้นมบุตรก่อนดื่มสุรา และหลังจากดื่มแล้ว ไม่ควรให้นมบุตรอีกจนกระทั่งระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นศูนย์ (1 ดื่ม ใช้เวลาประมาณ 2 ชม., 2 ดื่ม ใช้เวลาประมาณ 4 ชม.) นอกจากที่กล่าวมานี้ อาจใช้วิธีบีบนมไว้ล่วงหน้าก็ได้

» มารดาที่ใช้สารในระดับที่เป็นอันตราย และบุตรควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึง การติดตามผลการรักษาหลังคลอด การฝึกทักษะการเลี้ยงดูบุตร

รายละเอียดของการดูแลรักษา

3.1 การดูแลรักษาภาวะขาดสุรา (Management of alcohol withdrawal)

» เฝ้าระวัง ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสุรา พึงตระหนักว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงอาจไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา

» เมื่อพบว่ามีอาการขาดสุรา (หรือก่อนที่จะมีอาการ ในกรณีที่มีการวางแผนเรื่องการถอนพิษสุรา) ให้ใช้ diazepam โดยในระยะแรกสามารถให้ได้จนถึงขนาด 40 มก. ต่อวัน (เช่นกิน ครั้งละ 10 มก. วันละสี่ครั้ง หรือกินครั้งละ 20 มก. วันละสองครั้ง) เป็นเวลา 3 - 7 วัน ในผู้ป่วยที่มี metabolism ของตับผิดปกติ (เช่น ในผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยตับวาย) ให้ใช้ diazepam ในขนาดต่ำๆ (5-10 มก.) วันละครั้ง ประมาณการระยะเวลาออกฤทธิ์ของยาให้พอดี แล้วจึงให้ยาครั้งต่อไป

ขนาดและระยะเวลาในการใช้ diazepam ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วยแต่ละคน เช่นความรุนแรงของอาการขาดสุรา การเกิดโรคทางฝ่ายกายร่วม เป็นต้น โดยทั่วไปการรักษาในโรงพยาบาล สามารถให้ diazepam ได้บ่อยๆ (เช่น ทุกชั่วโมง) และปรับขนาดให้สูงขึ้นได้ ในช่วง 3 วันแรกของการรักษาสามารถปรับเพิ่มขนาดได้ถึง 120 มก. ต่อวัน ทั้งนี้ต้องประเมินอาการของผู้ป่วยถี่ขึ้น

» ให้ thiamine 100 มก./วัน กินเป็นเวลา 5 วัน (หรืออาจนานกว่านี้) เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการขาด thiamine เช่น Wernicke's encephalopathy สำหรับวิตามินชนิดอื่นๆ ให้เสริมในการรักษาเมื่อมีข้อบ่งชี้

» ระวังไม่ให้เกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะระดับของ potassium และ magnesium ที่อาจพบระดับต่ำกว่าปกติได้บ่อย

» จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบ สงบ และมีสิ่งกระตุ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ควรมีแสงสว่างอย่างเพียงพอ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน (พอที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยล้ม ถ้าตื่นขึ้นมากลางดึก)

» ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะติดสุราระดับรุนแรง (เคยมีประวัติอาการขาดสุราระดับรุนแรง มีอาการชัก หรือ delirium จากการขาดสุรามาก่อน) หรือมีโรคทางกาย หรือโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงร่วมด้วย ให้ **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**

» รักษาโรคทางฝ่ายกายที่เกิดร่วมอื่นๆ (เช่น Wernicke's encephalopathy, hepatic encephalopathy, gastrointestinal bleeding, head injury) ไม่ควรใช้ยากลุ่ม benzodiazepines ในผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatic encephalopathy หรือ respiratory depression

ควรรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยในเมื่อใด ?

» ผู้ป่วยเคยมีภาวะขาดสุราระดับรุนแรง (เช่น มีอาการชัก , delirium) มาก่อนหรือไม่ ?

» มีโรคเกิดร่วมที่สำคัญ ทางฝ่ายกายหรือทางจิตเวชหรือไม่?

» มีอาการขาดสุราระดับรุนแรงเกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมง ภายหลังจากการดื่มครั้งสุดท้ายหรือไม่ ?

» ล้มเหลวจากการรักษา แบบผู้ป่วยนอกหรือไม่?

» เป็นผู้ป่วยเร่ร่อน/ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่?

ถ้าตอบ "ใช่" ในข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น ก็ควรให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน

รายละเอียดของการดูแลรักษา

ภาวะ delirium จากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal delirium)

» จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้นเร้าน้อยๆ และมีความปลอดภัย (เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง)

» รักษาภาวะ delirium จากการขาดสุรา ด้วย diazepam

» ให้ thiamine 100 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ วันละ 3 ครั้งติดต่อกัน 5 วัน

» ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิต (psychotic symptoms) อาจพิจารณาให้ยาต้านโรคจิต (เช่น Haloperidal 2.5 – 5 มก. กินวันละ 3 ครั้ง) เฉพาะในช่วงที่มีอาการของโรคจิต

» ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ

» หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย

พึงตระหนักอยู่เสมอว่าอาการ delirium และประสาทหลอน(hallucination) อาจเกิดจากสาเหตุทางฝ่ายกายอื่นๆได้ เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycaemia), การติดเชื้อ (ที่พบบ่อยที่สุด คือ ปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia)), ภาวะสมองขาดออกซิเจน(hypoxia), hepatic encephalopathy, โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accidents)

3.2 ยาที่ช่วยป้องกันการกลับมาดื่มสุราซ้ำหลังพ้นจากภาวะขาดสุรา

ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้คือ acamprosate , naltrexone และ disulfiram ก่อนตัดสินใจใช้ยาในกลุ่มนี้ ควรมีการพิจารณาถึง คุณประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (เช่น ในกรณีที่ผู้สั่งจ่ายยาไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยา หรือในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคตับ) ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา ทั้ง 3 ชนิดนี้ในหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร และในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับ หรือไตบกพร่อง ในกรณีที่มีผู้เชี่ยวชาญควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาด้วยยาในกลุ่มนี้ โดยทั่วไปถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาดี อาจพบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้ หรือดื่มในปริมาณและความถี่ที่ลดลง

3.2.1 Acamprosate

Acamprosate จะออกฤทธิ์ยับยั้งความต้องการในการดื่มสุรา ของผู้ที่มีภาวะติดสุราซึ่งควรเริ่มต้นกินยาทันทีหลังพ้นจากภาวะขาดสุรา โดยสั่งจ่ายยาครั้งละ 2 เม็ด (แต่ละเม็ดประกอบด้วย Acamprosate 333 มก.) สามครั้งต่อวัน ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม ซึ่งต้องปรับลดขนาดยาเป็น ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ควรกินยาติดต่อกันนาน 12 เดือน ผลข้างเคียงสามารถพบได้ถึง ร้อยละ 20 ของผู้ที่กินยานี้ ซึ่งประกอบด้วยอาการถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาการผื่นคัน บางครั้งอาจพบ อาการทางผิวหนังชนิด maculopapular rash อาจพบตุ่มแผลพุพอง (bullous skin reaction) ได้แต่น้อยมาก

รายละเอียดของการดูแลรักษา

3.2.2 Naltrexone

Naltrexone ช่วยยับยั้งความต้องการในการดื่มสุรา ซึ่งควรเริ่มให้ยาหลังพ้นจากระยะขาดสุรา โดยให้ในขนาด 50 มก. ทุกวัน (ปรับเพิ่มขนาดได้จนถึง 100 มก.) เป็นระยะเวลานาน 12 เดือน สิ่งที่สำคัญคือ Naltrexone จะไปยับยั้งการออกฤทธิ์ของยากลุ่ม opioid โดยทั่วไปแนะนำให้หยุดยาในกลุ่ม opioid ก่อนเริ่มต้นให้ Naltrexone นานอย่างน้อย 7 วัน

ผลข้างเคียงสามารถพบได้ ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่กินยานี้ ซึ่งประกอบด้วย อาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง วิตกกังวล นอนหลับยาก ปวดศีรษะอ่อนเพลีย ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ ภาวะเป็นพิษต่อตับ สามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อใช้ Naltrexone ในขนาดสูงๆ ถ้าเป็นไปได้ ควรตรวจการทำงานของตับอย่างสม่ำเสมอ

3.2.3 Disulfiram

ผลในการรักษาผู้ป่วยด้วย disulfiram อยู่ที่การทำให้เกิดความกลัวต่อปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรา ในขณะที่กำลังกินยาชนิดนี้อยู่ (ปฏิกิริยาดังกล่าว ได้แก่ อาการหน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด วิงเวียน) ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อดื่มสุรา รวมถึง อัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากปฏิกิริยาดังกล่าว (1ใน 15,000 ของผู้ป่วยที่กินยานี้ - ซึ่งถือว่าน้อย เมื่อเทียบกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดสุราที่ไม่ได้รับการรักษา) disulfiram เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจดีพอควร และสามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญคือผู้รักษา ต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และปฏิกิริยาทางร่างกาย ที่เกิดจากการดื่มสุรา

ขนาดในการรักษาอยู่ที่ 200 มก. ต่อวัน ผลข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ความต้องการทางเพศลดลง ผลข้างเคียงที่พบไม่บ่อย ได้แก่ อาการของโรคจิต ผื่นแพ้ตามผิวหนัง ปลายประสาทอักเสบ ทำลายเซลล์ตับ

ห้ามใช้ disulfiram ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease) ภาวะหัวใจวาย (Cardiac failure) , ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident), โรคความดันโลหิตสูง, โรคจิต, โรคบุคลิกภาพผิดปกติระดับรุนแรง (severe personality disorder), หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

SUI

การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย

(Self-harm/Suicide)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย (Self-harm/Suicide)

SUI

การฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นการกระทำที่มีเจตนาจะปลิดชีวิตตนเอง ส่วนการทำร้ายตนเอง (Self-harm) หมายถึง การกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิด ความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษหรือการทำให้ตัวเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยภาวะดังกล่าว และมีอายุมากกว่า 10 ปี ควรถูกถามเกี่ยวกับความคิด และการวางแผนที่จะทำร้ายตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ประเมินความคิด แผนการ และพฤติกรรมในการทำร้ายตนเอง ในช่วงแรก หลังจากนั้นให้ประเมินเป็นระยะๆ ตามความจำเป็น ให้ความใส่ใจกับภาวะสุขภาพจิต และความบีบคั้นทางอารมณ์ (emotional distress) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

!

การถามเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองไม่ได้กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง แต่พบว่ามีส่วนช่วยลดความวิตกกังวล ที่เกิดจาก การมีความคิด และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ และมีผู้เข้าใจตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรพยายามสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ก่อนที่จะถามถึงเรื่องดังกล่าว และควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสอธิบายถึงเหตุผล ในการทำร้ายตนเอง

การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย (Self-harm/Suicide)

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

1. ผู้ป่วยได้พยายามทำร้ายตัวเองหรือไม่?

สังเกตหลักฐานที่แสดงถึงการทำร้ายตนเอง ประเมินสิ่งต่อไปนี้

» สัญญาณ (sings) ที่บ่งบอกถึงการใช้สารพิษ

» สัญญาณ / อาการ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน เช่น
- เลือดออกจากบาดแผลที่เกิดจากการทำร้ายตนเอง
- หมดสติ
- หมดเรี่ยวแรง อ่อนเพลียเป็นอย่างมาก

ถามเกี่ยวกับ

» การใช้สารพิษ หรือการทำร้ายตนเอง ในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ใช่

ในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน

» ให้การรักษาการบาดเจ็บหรือภาวะเป็นพิษ

» ในกรณีที่ได้รับ**พิษเฉียบพลันจากยาฆ่าแมลง** (Acute Pesticide Intoxication) ให้ดำเนินการตามแนวทางดูแลรักษาภาวะเป็นพิษจากยาฆ่าแมลง » SUI 2.3

» ในกรณีที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ให้ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยใกล้ชิดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

ไม่ใช่

ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ประเมินความเสี่ยงในระยะใกล้ (imminent risk) ในการทำร้ายตัวเอง / ฆ่าตัวตาย

ในผู้ป่วยทุกราย :

จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในหน่วยบริการสาธารณสุข (อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง)

» ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเอง » SUI 2.1

» ให้การรักษาทางจิตสังคม » SUI 2.2

» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**ด้านสุขภาพจิตถ้าเป็นไปได้

» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » SUI 2.4

การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย (Self-harm/Suicide)

การประเมินและ แนวทางในการดูแลรักษา

2. ผู้ป่วยกำลังมีความเสี่ยงในการพยายามทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตายหรือไม่ ?

ถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ :

» ความคิดและการวางแผน การฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในตอนนี้
» ประวัติเกี่ยวกับการมีความคิด การวางแผนที่จะทำร้ายตนเองในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
» ประเมินวิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่ ? :

» ความบีบคั้นทางอารมณ์ในระดับรุนแรง (Severe emotional distress)
» ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness)
» พฤติกรรมวุ่นวาย ปั่นป่วน เป็นอย่างมาก (Extreme agitation)
» พฤติกรรมรุนแรง (Violence)
» พฤติกรรมเงียบขรึม ไม่พูดไม่จา (Uncommunicative behaviour)
» แยกตัวจากสังคม (Social isolation)

ใช่

ถ้าผู้ป่วยมี:

» ความคิดหรือการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองในขณะนี้

หรือ

» มีประวัติเกี่ยวกับการมีความคิดหรือการวางแผนที่จะทำร้ายตนเองในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองเกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา **และผู้ป่วยในขณะนี้ มีพฤติกรรมวุ่นวาย, รุนแรง, เศร้าโศกอย่างมาก หรือเงียบขรึม ไม่พูดไม่จา ถือว่าผู้ป่วยกำลังมีความเสี่ยงในระยะใกล้ (imminent risk) ในการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย**

» **ปฏิบัติตามแนวทางดังต่อไปนี้** !
- จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากหนทางจะทำร้ายตนเองได้
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และสงบ ถ้าเป็นไปได้ ควรให้อยู่ในห้องที่แยกออกมาต่างหาก
- อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
- ควรมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ หรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- ให้ความใส่ใจกับภาวะทางสุขภาพจิต และความบีบคั้นทางอารมณ์ของผู้ป่วย

» ให้การช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตสังคม » SUI 2.2
» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**ด้านสุขภาพจิต ถ้าเป็นไปได้
» นัดติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » SUI 2.4

ไม่ใช่

ถ้าผู้ป่วยมี:

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงในระยะใกล้ในการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายในขณะนี้ **แต่มีประวัติเกี่ยวกับการมีความคิดหรือการวางแผนในการทำร้ายตนเองในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หรือมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา**

» ให้การช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตสังคม » SUI 2.2
» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**ด้านสุขภาพจิตถ้าเป็นไปได้
» นัดติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ » SUI 2.4

การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย (Self-harm/Suicide)

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

3. ผู้ป่วยมีโรคที่เกิดร่วมทางจิตเวช ทางระบบประสาท หรือมีภาวะการใช้สารเสพติดใดอยู่หรือไม่ ?

- » โรคซึมเศร้า (Depression)
- » โรคการใช้สุราและสารเสพติด (Alcohol or drug use disorders)
- » โรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว (Bipolar disorder)
- » โรคจิต (Psychosis)
- » โรคลมชัก (Epilepsy)
- » โรคพฤติกรรมผิดปกติ (Behavioural disorder)

ใช่ → **ในกรณีที่มีโรคเกิดร่วมอื่นๆ** → รักษาโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมนั้น (โดยดูแนวทางที่เกี่ยวข้อง) ร่วมกับการดูแลรักษาดังที่กล่าวไปแล้ว

4. ผู้ป่วยมีภาวะปวดเรื้อรัง (chronic pain) หรือไม่ ?

ใช่ → **ถ้ามีภาวะปวดเรื้อรังร่วมด้วย** → ให้การรักษาอาการปวด ร่วมกับการรักษาโรคทางกายที่เกี่ยวข้อง

5. ผู้ป่วยมีอาการทางอารมณ์รุนแรงถึงระดับที่ต้องให้การรักษา หรือไม่ ?

- » มีความยากลำบากในการทำหน้าที่สำคัญ เช่น การงาน การเรียน หน้าที่ในบ้าน หรือการเข้าสังคม
- » รู้สึกทุกข์ใจเป็นอย่างมาก หรือพยายามมองหาความช่วยเหลืออยู่บ่อยครั้ง
- » หายามากินเองบ่อยครั้ง เพื่อบรรเทาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นหรือเพื่อบรรเทาอาการทางกายที่เกิดขึ้น โดยหาสาเหตุอธิบายไม่ได้ (Unexplained somatic symptoms)

ใช่ → **ถ้าตอบ "ใช่" ควรให้การดูแลรักษาอาการทางอารมณ์นั้นร่วมด้วย** → *ดู* บท ภาวะทางอารมณ์หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Other significant Emotional or Medically Unexplained Complaints) » OTH

รายละเอียดของการดูแลรักษา

การให้คำแนะนำและการดูแลรักษา

2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

» จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในหน่วยบริการสาธารณสุขนั้น (อย่าปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง) ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องรอรับบริการ ในระหว่างที่รอนั้นควรจัดให้อยู่ในที่ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ถ้าเป็นไปได้ควรอยู่ในห้องแยกต่างหากที่เงียบสงบ ควรมีเจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ป่วยคอยดูแลและเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

» จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากหนทางที่จะทำร้ายตนเองได้

» **ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ**ด้านสุขภาพจิต ถ้าเป็นไปได้

» ในกรณีที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่เพื่อน หรือญาติผู้ป่วยคอยเฝ้าระวังพฤติกรรม ของผู้ป่วยโดยเฉพาะช่วงที่ยังมีความเสี่ยงในระยะใกล้ » SUI 2.2

» ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองด้วยการดูแลที่ให้เกียรติ เคารพและรักษาสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเช่นเดียวกับมนุษย์ทุกคน ระมัดระวังการเกิดความบีบคั้นทางอารมณ์ ที่มักพบร่วมกับการทำร้ายตัวเอง

» ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาถ้าผู้ป่วยต้องการ อย่างไรก็ตาม การประเมินทางจิตสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ป่วย และผู้รักษาทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบางประเด็นที่มีความเป็นส่วนตัวสูง

» ประคับประคองจิตใจและอารมณ์ของญาติ / ผู้ดูแลผู้ป่วย

» ติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

» โดยทั่วไป ไม่แนะนำให้รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีแผนกจิตเวช ถ้าเป็นเพราะ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง สำหรับในกรณีที่มีความจำเป็นจริงๆ (เช่น จำเป็นต้องรักษาอาการบาดเจ็บ หรือภาวะแทรกซ้อนทางฝ่ายกายที่เกิดขึ้นจากการทำร้ายตนเอง) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยา

- สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องกินยาเกินขนาดให้ระมัดระวังในการรักษา โดยใช้ยาที่เป็นอันตรายน้อยที่สุด
- สั่งจ่ายยาเป็นระยะสั้นๆ (เช่น ครั้งละ 1 สัปดาห์ เป็นต้น)

2.2 การช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตสังคม

» ผู้รักษา พึงเป็นฝ่ายที่ยื่นมือเข้าช่วยเหลือทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย

» ช่วยเหลือผู้ป่วย ในการค้นหาเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ต่อไป รวมถึงคำตอบว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร

» เน้นย้ำถึงจุดแข็ง หรือด้านบวกในตัวผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยเล่าถึงแนวทางจัดการกับปัญหาที่เคยทำสำเร็จมาก่อน

» ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมาก่อนในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ให้ใช้วิธีการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหา (problems – solving therapy) » INT

การกระตุ้นให้เกิดการช่วยเหลือทางจิตสังคม (Activate psychosocial support)

» ระดมกำลังจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาที่ยังมีความเสี่ยงอยู่

» แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการจำกัดการเข้าถึงวิธีการที่ผู้ป่วยจะใช้ทำร้ายตนเองได้ (เช่น ยาฆ่าแมลง สารพิษอื่นๆ ยา ปืน เป็นต้น)

รายละเอียดของการดูแลรักษา

» ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนให้เป็นประโยชน์ซึ่งรวมถึง แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการได้แก่ ญาติ เพื่อน คนที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เพื่อนร่วมงาน ผู้นำทางศาสนา และแหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (ถ้ามี) ได้แก่ ศูนย์วิกฤตฉุกเฉิน และศูนย์สุขภาพจิตในชุมชน

» แจ้งผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยว่า **การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายจะช่วยลดความกังวลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเข้าใจตนเองได้ดีขึ้น**

» ผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง มักต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันเป็นอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นจึงควรมีการดูแลจิตใจของผู้ดูแลและญาติของผู้ป่วยด้วย

» แจ้งผู้ดูแลผู้ป่วยว่า ไม่ว่าจะรู้สึกโกรธหรือผิดหวังในตัวผู้ป่วยมากแค่ไหน ควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ หรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยอย่างรุนแรง ไม่ว่ากรณีใด

2.3 การดูแลรักษาภาวะเป็นพิษจากยาฆ่าแมลง (Pesticide Intoxication Management)

» แนะนำให้ดูแนวทางการดูแลรักษาภาวะเป็นพิษเฉียบพลันจากยาฆ่าแมลงของ WHO (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf)

อีกทางเลือกหนึ่ง คือส่งต่อผู้ป่วยไปรับรักษาทันที โดยไปยังสถานที่ที่มีความพร้อมในด้านต่อไปนี้ :

- มีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitate) และสามารถประเมินอาการทางคลินิกของภาวะเป็นพิษจากยาฆ่าแมลงได้
- มีความรู้และทักษะในการจัดการกับทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการใส่ท่อช่วยหายใจและทำการช่วยหายใจ จนกว่าจะหาเครื่องช่วยหายใจได้
- มียา atropine และสามารถฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำได้ เมื่อสังเกตพบอาการเป็นพิษจากยา cholinergic
- มียา diazepam และสามารถฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชัก

» พิจารณาให้ ผงถ่านกัมมันต์ (activated charcoal) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะรู้สติดี การรักษาด้วยวิธีนี้ควรได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย และจะต้องทำภายใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับสารพิษ

» **หลีกเลี่ยง** การกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน

» ไม่ควรให้สารน้ำทางปาก

2.4 ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

» ติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (อาจเป็นทางโทรศัพท์ จดหมาย การเยี่ยมบ้าน) **โดยในช่วงแรกให้ติดตามค่อนข้างถี่** (เช่น ติดตามทุกสัปดาห์ในช่วง 2 เดือนแรก) และติดตามห่างมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น (เช่น ทุก 2 - 4 สัปดาห์) อย่างไรก็ตาม อาจติดตามผลการรักษาถี่กว่านี้ ขึ้นอยู่กับความจำเป็นในแต่ละกรณี

» ติดตามผลการรักษานานเท่าที่ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในการติดตามผลทุกครั้งควรประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และการวางแผนในการฆ่าตัวตาย ถ้าพบว่าผู้ป่วยกำลังมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ให้ **ดู** ที่แนวทางการประเมินและดูแลรักษาผู้ที่กำลังมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย » SUI1

รายละเอียดของการดูแลรักษา

2.5 การป้องกันการฆ่าตัวตาย

นอกจากการประเมินอาการทางคลินิก และการจัดการกับภาวะดังกล่าวข้างต้นแล้ว บุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ หรือผู้รักษาทั่วไปสามารถที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ดังนี้

» **จำกัดการเข้าถึงวิธีการ/อุปกรณ์ที่สามารถนำไปทำร้ายตนเองได้ (เช่น ปืน ยาฆ่าแมลง การขึ้นไปบนที่สูง เป็นต้น)**

- ร่วมมือกันในระดับชุมชน เพื่อหาแนวทางที่เป็นไปได้ ในการจำกัดการเข้าถึงวิธีการดังกล่าว
- ร่วมมือกันระหว่าง ภาคสาธารณสุข กับภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

» **ออกมาตรการ/นโยบาย เพื่อลดปัญหาการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตราย** (harmful use of alcohol) **ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง** โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มประชากรที่มีความชุกในการใช้สุราสูง

» **ขอความร่วมมือจากสื่อมวลชน ในการนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม**

- **หลีกเลี่ยง** การใช้ภาษาหรือสำนวน ที่กระตุ้นความรู้สึกจนเกินเหตุ หรือการสื่อสารที่ทำให้คนทั่วไปเข้าใจว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา หรือเป็นทางออกในการแก้ปัญหาอย่างหนึ่ง ✖
- **หลีกเลี่ยง** การใช้ภาพ หรือแสดงรายละเอียดที่ชัดเจน เกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย ✖
- สื่อควรเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร ในการบอกกับประชาชนว่า สามารถขอความช่วยเหลือจากที่ใดได้บ้าง

OTH

ภาวะทางอารมณ์ หรือ ภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้

(Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ภาวะทางอารมณ์ หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้
(Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints)

OTH

ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม “ภาวะทางอารมณ์หรือภาวะทางกายอื่นๆที่ไม่สามารถอธิบายได้” จะมีอาการวิตกกังวล อารมณ์เศร้า หรือมีอาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายได้ ซึ่งไม่ตรงกับภาวะหรือโรคใดโรคหนึ่ง ตาม mhGAP-IG ดังกล่าวข้างต้น (ยกเว้นภาวะทำร้ายตัวเอง) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียด “ในระดับปกติ” หรือมีภาวะความเจ็บป่วยทางจิตใจอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ใน mhGAP-IG เช่น โรคจิตเวชที่มีอาการผิดปกติของร่างกาย (Somatoform disorder) โรคซึมเศร้าระดับอ่อน (mild depression) โรคตื่นตระหนก (panic disorder) โรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized anxiety disorder) โรควิตกกังวลภายหลังการเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง (post - traumatic stress disorder) ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดเฉียบพลัน (acute stress reaction) ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder)

แนวทางการรักษาภาวะนี้ สำหรับผู้ใช้ mhGAP-IG จะไม่มีการพูดถึงการใช้ยาจิตเวชในการรักษา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยาจิตเวชซึ่งสั่งจ่ายโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการวินิจฉัยและรักษาภาวะนี้

!

» แนวทางในบทนี้ไม่ควรนำมาพิจารณาเมื่อผู้ป่วยมีอาการตรงกับภาวะใดภาวะหนึ่งใน mhGAP-IG ดังกล่าวข้างต้น (ยกเว้นภาวะทำร้ายตัวเอง)

» ควรพิจารณาแนวทางในบทนี้ก็ต่อเมื่อมั่นใจว่า ไม่ใช่โรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (» DEP)

ภาวะทางอารมณ์ หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้
(Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints)

OTH1

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

1. ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือภาวะอื่นๆ ที่ได้กล่าวไว้ใน mhGAP-IG ข้างต้น (ยกเว้นภาวะทำร้ายตัวเอง) หรือไม่ ?

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่"

» ออกจากบทนี้ และไปดูบทอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะทางฝ่ายกาย ที่สามารถอธิบายหรือเป็นสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น หรือไม่ ?

» ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความจำเป็น

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่"

» สิ้นสุดการประเมิน

» ให้การรักษาภาวะทางฝ่ายกายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงติดตามผลการรักษา

ไม่ใช่

ถ้าตอบ "ไม่"

คำแนะนำสำหรับในทุกกรณี

» **อย่า** สั่งจ่ายยาต้านอารมณ์เศร้า หรือ ยาคลายกังวลกลุ่ม benzodiazepine

» **อย่า** ให้การรักษาตามอาการด้วยยาฉีด หรือ การรักษาอื่นที่ไม่ได้ผล (เช่น วิตามิน)

» จัดการและหาแนวทางแก้ไขความเครียดทางจิตสังคมที่มีอยู่ » DEP 2.2

» ในผู้ป่วยวัยรุ่น และผู้ใหญ่:

- เฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยหายามากินเอง
- กระตุ้นเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยอีกครั้ง » DEP 2.3
- ถ้าเป็นไปได้ ให้พิจารณาแนวทางการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ :

โปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย » DEP 2.4 , การปรับกระตุ้นพฤติกรรมผู้ป่วย, การฝึกผ่อนคลาย , หรือการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหา » INT

» **ติดตามผลการรักษา ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เมื่อเห็นว่า อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเลย หรือเมื่อผู้ป่วย (หรือพ่อแม่ของผู้ป่วย) ต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น**

ภาวะทางอารมณ์ หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้
(Other Significant Emotional or Medically Unexplained Complaints)

OTH1

การประเมินและแนวทางในการดูแลรักษา

3. มีอาการทางร่างกายเกิดขึ้นอย่างชัดเจน โดยไม่สามารถอธิบายได้ ด้วยโรคหรือภาวะทางฝ่ายกายหรือไม่ ?

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่"

ปฏิบัติตาม "**คำแนะนำสำหรับในทุกกรณี**" ข้างต้น และ:

» **หลีกเลี่ยง** การตรวจ/ส่งต่อ ที่ไม่จำเป็น และอย่าใช้ยาหลอก (placebo)

» อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ใช่อาการที่ผู้ป่วย "คิดขึ้นมาเอง"

» แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการตรวจร่างกาย/การตรวจอื่นๆ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่พบความเจ็บป่วยที่อันตรายร้ายแรงแต่อย่างใด แต่ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องหาแนวทางจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

» พยายามให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้น

» อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ประสาทสัมผัสทางกาย (เช่น ปวดท้อง ปวดตึงกล้ามเนื้อ) และภาวะอารมณ์ ถามผู้ป่วยว่า เป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางกายและอารมณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

» สนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมที่ทำอยู่ตามปกติ (หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยค่อยๆ กลับมาเริ่มดำเนินกิจกรรมตามปกติของตน)

» แนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาปรึกษาอีกครั้ง ถ้าพบว่าอาการแย่ลง

4. ผู้ป่วยเพิ่งประสบกับตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง (เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก, เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตอื่นๆ) หรือไม่ ?

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่"

ปฏิบัติตาม "**คำแนะนำสำหรับในทุกกรณี**" ข้างต้น และ:

» ในกรณีที่ผู้ป่วยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก : สนับสนุนและประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศกเสียใจ และกระตุ้นเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยอีกครั้ง » DEP 2.3

» ในกรณีที่ผู้ป่วยเพิ่งประสบเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต:ให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น (Psychological first-aid) เช่น รับฟังอย่างใส่ใจ โดยปราศจากการกดดันให้ผู้ป่วยเล่าเรื่อง; ประเมินความต้องการ และสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลอยู่ ; ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าได้ทำการรักษาทางกายตามความเหมาะสมแล้ว; หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และป้องกันผู้ป่วย จากอันตรายหรือเหตุการณ์ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

» **อย่า** คาดคั้นให้ผู้ป่วย ระบายอารมณ์ โดยการกระตุ้นให้เล่าถึงความคิดการรับรู้และอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดเหตุการณ์วิกฤต

5. ผู้ป่วยมีความคิด หรือ วางแผนทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา หรือไม่ ?

ใช่

ถ้าตอบ "ใช่"

» ให้การดูแลรักษา ภาวะทางอารมณ์ หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ (ตามที่กล่าวข้างต้น) และภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง » SUI 1

INT

การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง

(Advanced Psychosocial Interventions)

กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง (Advanced Psychosocial Interventions)

INT

โดยนิยามของ mhGAP-IG การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาที่บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการต้องใช้เวลานานกว่าสองสามชั่วโมงในการเรียนรู้ และใช้เวลานานกว่าสองสามชั่วโมงในการปฏิบัติ กระบวนการดูแลรักษาดังกล่าว สามารถกระทำได้ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง แต่ต้องมีเวลาในการให้บริการอย่างเพียงพอ

การรักษาทางจิตสังคมขั้นสูง (Advanced Psychosocial Interventions) INT

กระบวนการรักษาที่อธิบายไว้ในบทนี้ครอบคลุมถึงการรักษาทางจิตใจและทางสังคม ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องใช้เวลานานพอสมควร โดยส่วนใหญ่การรักษาเหล่านี้มักกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางมาในด้านนี้ แม้กระนั้นก็ตาม การรักษาเหล่านี้ยังคงสามารถกระทำได้โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญที่ได้ผ่านการฝึกอบรมมา ความถี่ของการรักษาอาจเริ่มต้นตั้งแต่สัปดาห์ละครั้ง จนถึงหลายๆ เดือนต่อครั้งขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละกระบวนการรักษา

ผลการศึกษาวิจัยในประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อบุคคลต่ำ ได้ยืนยันถึงความสำเร็จในการรักษาทางจิตสังคมบางชนิด เช่น ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavioural Therapy) และจิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal Psychotherapy) ซึ่งกระบวนการรักษาในงานวิจัยเหล่านี้ กระทำโดยบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนซึ่งไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ หลักฐานดังกล่าวสามารถนำมายืนยันได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนยังคงมีเวลาพอเพียงที่จะเรียนรู้ และนำกระบวนการรักษาเหล่านี้ไปปฏิบัติ อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่า สามารถกระทำได้โดยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งทำให้โอกาสที่จะขยายผลการรักษาดังกล่าวมีมากขึ้น

การขยายผลกระบวนการรักษา จำเป็นต้องมีการลงทุนทางด้านทรัพยากร ผู้จัดการระบบสุขภาพควรจัดสรรทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลรักษาโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาทและโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด อย่างเพียงพอเพื่อที่จะให้แน่ใจได้ว่ามีบุคลากรมากพอที่จะรองรับการให้บริการด้านจิตสังคมที่กล่าวถึงในบทนี้

เนื้อหาในบทนี้ประกอบด้วยรายละเอียดโดยย่อของแต่ละกระบวนการรักษาทางจิตสังคม ในบทต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้อ้างอิงการรักษาทางจิตสังคม โดยใช้ตัวย่อว่า » INT (Intensive) ซึ่งบ่งบอกว่าเป็นการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรบุคคลมากกว่าปกติ อย่างไรก็ตามการรักษาทางจิตสังคมที่กล่าวถึงนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติขึ้นมาเพิ่มเติม สำหรับการนำไปใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง

การปรับกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioural activation)

การปรับกระตุ้นพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งของความคิดและพฤติกรรมบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นที่การวางแบบแผนกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับผลตอบแทนในทางบวก ซึ่ง mhGAP-IG ถือว่า การรักษานี้เป็นทางเลือกในการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รวมถึงโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว ในระยะซึมเศร้า) และภาวะทางอารมณ์หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Other significant emotional or medically unexplained complaints)

ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive behavioural therapy : CBT)

ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (CBT) มาจากแนวคิดที่ว่า ความคิดและพฤติกรรมส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก ผู้ป่วยทางจิตเวชมีแนวโน้มที่จะมีความคิดบิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล ซึ่งถ้าไม่ตระหนักถึงความคิดที่บิดเบือนดังกล่าว ก็อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ CBT ประกอบด้วยการบำบัดในส่วนที่เป็นความคิด (ช่วยให้ผู้ป่วย

ตะหนักถึงความคิดในแง่ลบที่ไม่สมเหตุสมผลของตนเองได้) และการบำบัดในส่วนของพฤติกรรมรูปแบบของ CBT จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโรคและปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ป่วย

mhGAP-IG ถือว่า CBT เป็นทางเลือกในการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รวมถึงระยะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว) โรคพฤติกรรมผิดปกติ โรคที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติด นอกจากนี้ CBT อาจเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาภาวะโรคจิตในช่วงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว

จิตบำบัดการจัดการตามสถานการณ์ หรือการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Contingency management therapy)

จิตบำบัดการจัดการตามสถานการณ์ มีหลักการคือ ให้รางวัล หรือ สิ่งตอบแทนในทางบวกต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การมาติดตามผลการรักษาตามนัด การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมระหว่างการรักษา การไม่กลับไปดื่มสุรา หรือ เสพสารเสพติด การให้รางวัล หรือ สิ่งตอบแทนจะลดลงเรื่อยๆ ในขณะที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับรางวัลหรือสิ่งตอบแทนตามธรรมชาติมากขึ้นเรื่อยๆ

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา หรือมีโรคที่เกิดจากการใช้สุรา รวมถึงสิ่งเสพติดอื่นๆ

การให้คำปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัด (Family counselling or therapy)

การให้คำปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัดนั้น ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในการรักษาด้วยถ้าเป็นไปได้ โดยทั่วไประยะเวลาในการรักษาด้วยวิธีนี้อาจนานหลายเดือนและมีการนัดหลายครั้ง (6 ครั้งขึ้นไป) การรักษาอาจเป็นครอบครัวเดียว หรือหลายครอบครัว รูปแบบของการรักษาอาจเป็นลักษณะประคับประคอง ให้ความรู้ หรือ การบำบัดซึ่งรวมถึงการแก้ปัญหาด้วยการเจรจาต่อรอง หรือการจัดการกับภาวะวิกฤติ

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยที่มีโรคที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติดอื่น

จิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal psychotherapy : IPT)

จิตบำบัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและสามารถจัดการกับปัญหาด้านสัมพันธภาพที่มีกับครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่น ๆ

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และระยะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว

การบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy)

การบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการรักษาเชิงโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดสารเสพติด หลักในการรักษาคือ การจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing techniques) ซึ่งได้อธิบายไว้ใน brief interventions >> ALC 2.2 โดยทั่วไปจะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อการบำบัด ประมาณ 4 ครั้ง หรืออาจน้อยกว่านี้แล้วแต่กรณี

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติดอื่น

การฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคพฤติกรรมผิดปกติ (Parent skills training for parents of children and adolescents with behavioural disorders)

การฝึกทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีบุตรเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมผิดปกตินั้น มีจุดเน้นอยู่ที่การสร้างปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างพ่อแม่และเด็ก การสื่ออารมณ์ระหว่างกัน ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความมั่นคงทางจิตใจของพ่อแม่ หลีกเลี่ยงการลงโทษที่รุนแรง แม้ว่าเนื้อหาของการฝึกทักษะดังกล่าว อาจเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของแต่ละวัฒนธรรมก็ตาม สิ่งที่ไม่ควรให้เกิดขึ้น คือ การใช้ความรุนแรงกับเด็ก ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

การฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคพัฒนาการผิดปกติ (Parent skills training for parents of children and adolescents with developmental disorders)

การฝึกทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีบุตรเป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านพัฒนาการนั้น ควรเป็นการฝึกทักษะการเลี้ยงดูที่มีความเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม สามารถกระตุ้นพัฒนาการ การทำหน้าที่สำคัญ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็กในครอบครัวและชุมชน การฝึกทักษะทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมในเด็กกลุ่มนี้ จะใช้หลักพฤติกรรมศาสตร์เป็นพื้นฐาน (เช่น ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการให้รางวัลเมื่อมีพฤติกรรมนั้น หรือ การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมผิดปกติ ด้วยการวิเคราะห์หาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น) อย่างไรก็ตาม พ่อแม่จำเป็นต้องได้รับการแนะนำในการนำแนวทางดังกล่าวไปปรับใช้ในการเลี้ยงดูบุตร ผู้ป่วยเด็กโรคพฤติกรรมผิดปกติที่มีระดับสติปัญญาแตกต่างกัน หรือ มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ย่อมต้องการแนวทางการฝึกที่แตกต่างกัน ซึ่งพ่อแม่ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการปรับใช้แนวทางการเลี้ยงดูให้มีความเหมาะสม

การให้คำปรึกษา หรือ จิตบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหา (problem-solving counselling or therapy)

การให้คำปรึกษา หรือ การทำจิตบำบัด เพื่อแก้ไขปัญหา นั้น เป็นกระบวนรักษาทางจิตใจที่มุ่งให้การช่วยเหลือในทางตรงและสามารถปฏิบัติได้จริง ผู้รักษาและผู้ป่วยจะพยายามค้นหาปัญหาที่เป็นต้นตอสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย หรือ ปัญหาสุขภาพจิต โดยอาจแตกปัญหาออกมาเป็นประเด็นย่อยที่ชัดเจน และหาแนวทางแก้ไขในแต่ละประเด็น

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการรักษาเสริม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รวมถึงระยะซึมเศร้าในโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว) และเป็นทางเลือกในการรักษาที่สำคัญ ในผู้ป่วยที่มีโรคที่เกิดจากการใช้สุราและสารเสพติดอื่น ภาวะการทำร้ายตนเอง ภาวะทางอารมณ์ หรือ ภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ รวมถึงพ่อแม่ของบุตรที่เป็นโรคพัฒนาการผิดปกติ

การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation training)

เป็นกระบวนการรักษาที่สอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งต้องทำติดต่อกันทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 1 - 2 เดือน

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการรักษาเสริม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (รวมถึงระยะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดสองขั้ว) และเป็นทางเลือกในการรักษาที่สำคัญในภาวะทางอารมณ์หรือภาวะทางฝ่ายกายอื่นๆ ที่ไม่สามารถอธิบายได้

การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills therapy)

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการฟื้นฟูทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ทางสังคม ในทางที่จะช่วยลดความเครียดในชีวิตประจำวัน การฝึกประกอบด้วย การใช้บทบาทสมมุติ การส่งเสริมในทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมมีทั้งแบบรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือเป็นครอบครัว โดยทั่วไปจะใช้เวลา 45 - 90 นาทีต่อครั้ง โดยนัดผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง ถึง สองครั้งในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นสามารถนัดผู้ป่วยเดือนละครั้งได้

mhGAP-IG แนะนำการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยโรคจิตและ ผู้ป่วยที่มีโรคพฤติกรรมผิดปกติ

mental health Gap Action Programme