



บทความวิชาการ

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล

สุดาพร สติยยุทธการ*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นสาเหตุหลักสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ดังนั้นพยาบาลจิตเวชต้องเรียนรู้ลักษณะอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท ระยะการเกิดอาการ ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การป้องกันการฆ่าตัวตายและการพยาบาลเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มุ่งเน้นความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า/ ผู้ป่วยจิตเภท/ การพยาบาล



Depression in Patients with Schizophrenia: Special Issue in Nursing Practice

Sudaporn Stithyudhakarn*

Abstract

Depression is a major problem of patients with Schizophrenia. It is the main cause of continuous highly suicidal behavior of these patients. Depression of schizophrenic patients has a severe impact on themselves, family and society. Therefore, psychiatric nurses must learn about characteristic of depressive symptoms in schizophrenic patients, stage of depressive symptoms, influencing factors of depressive symptoms of schizophrenia, risk assessment of suicide, and nursing care for suicide prevention in schizophrenic patients with depression are therefore necessary. So that these patients will receive effectively nursing care that focuses on the needs of patients. Preventing the danger that may occur to patients and leading to a better quality of life for schizophrenic patient.

Keywords: Depression/ Schizophrenic Patient/ Nursing Care



บทนำ

อาการซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบถึงร้อยละ 21 ของประชากรโลก และเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่สูงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (Schechter et al., 2006) จากการศึกษาอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกเกิดอาการซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (First psychotic episodes) พบว่า มีอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 65-80 (Staring et al., 2009) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า มีอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่างร้อยละ 4-20 (Häfner et al., 2005) ในประเทศไทย พบอัตราความชุกของการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการจิตครั้งแรก ร้อยละ 75.32 (Ketchai, Sitthimongkol, Vongsirimas, & Petrasuwan, 2012) และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ร้อยละ 26 (Kamrai, 2009) อาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญหลักในโรคจิตเภท ที่ส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในทางจิตและการทำหน้าที่ รวมทั้งนำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 10 มีสาเหตุมาจากการซึมเศร้า (Mulholland and Cooper, 2000)

ผลกระทบที่เกิดจากอาการซึมเศร้าต่อผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญคือ การกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (Baynes et al., 2000) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Conley, Ascher-Svanum, Zhu, Faries, & Kinon, 2007) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง (Noerholm and Bech, 2006) แรงจูงใจในการเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Huppert, Weiss, Lim, Pratt, & Smith, 2001) สุขภาพกายและสุขภาพจิตแย่ลง (Kelly, Shim, Feldman, Yu, & Conley, 2004) ก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Baynes et al., 2000; Conley, Ascher-

Svanum, Zhu, Faries, & Kinon, 2007) อีกทั้งส่งผลกระทบทางจิตใจ และเป็นภาระในการดูแลต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย (Frederick et al., 2002)

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม โดยมีลักษณะอาการของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการแสดงด้านบวก (Positive symptoms) ประกอบด้วย อาการหลงผิด (Delusions) และอาการประสาทหลอน (Hallucination) 2) กลุ่มอาการแสดงด้านลบ (Negative symptoms) เป็นการแสดงออกอารมณ์เฉยเมย การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติหรือไม่แสดงอารมณ์ (American Psychiatric Association, 2000) อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด โรคจิตเภทเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อนานทางด้านสังคม การงานหรือสุขอนามัยของผู้ป่วย เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หายจึงเป็นโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ (Lotrakul and Sukanich, 2005) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) ระยะก่อนป่วย (Premorbid) 2) ระยะอาการนำ (Prodromal) 3) ระยะเกิดโรคครั้งแรก (First episode) หรือระยะต้น (Early course) 4) ระยะเรื้อรัง (Chronic phase) (Herz and Melville, 1980) โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีอาการซึมเศร้าได้ในทุกระยะของการดำเนินโรค โดยอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วง residual phase พบได้ประมาณร้อยละ 25 และมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 25-50 ซึ่งบ่งชี้ว่า โรคจิตเภทและอารมณ์ซึมเศร้าสามารถพบร่วมกันได้ (Stahl, 2000) การศึกษาของ Addington, Addington, & Schissel (1990) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าและ/หรือไม่มีความสุข มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร ระดับพลังงาน และรูปแบบการนอน ความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้ค่า และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งความรู้สึก



หรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และเป็นการฆ่าตัวตายที่สำเร็จในผู้ป่วยโรคจิตเภท การประเมินอาการซึมเศร้าในโรคจิตเภทมีความยุ่งยาก ลักษณะอาการที่พบส่วนใหญ่เป็นการสิ้นหวังและไม่ต้องการความช่วยเหลือซึ่งเกิดจากการไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองและการไร้ความสามารถ ดังนั้นการรักษาดูแลจึงไม่ได้มุ่งในการรักษาด้วยยา แต่เป็นการประคับประคองและฟื้นฟูสภาพจิตใจมากกว่า (Mulholland and Cooper, 2000) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่จะต้องเป็นผู้ตระหนักรู้ (Awareness) มีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย มีทักษะ และสามารถประเมินถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลจิตเวชสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้ทันเวลาที่ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาพของความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ต่ำหนืดตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงและลงโทษตนเอง หรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิม ลดน้อยลงและเชื่องช้า (Beck, 1973)

อาการซึมเศร้า จะมีการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า (Sad mood) การไม่มีความสุข (Inability to derive pleasure) มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร (Appetite) ระดับพลังงาน (Energy level) และรูปแบบการนอน (Sleeping patterns) ความรู้สึกผิด (Feeling of guilt) ความรู้สึกไร้ค่า (Worthlessness) และความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพยายาม

ฆ่าตัวตาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางอารมณ์และกลุ่มอาการทางกระบวนการคิด โดยการแสดงออกของอาการซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ (Addington, Addington, & Schissel, 1990)

ภาวะซึมเศร้าอาจจะเกิดจากอาการทางด้านลบของโรคจิตเภทที่มีลักษณะการแสดงออกคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่ได้มีเฉพาะการแสดงออกเท่านั้น ต้องมีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น ความคิดด้านลบต่อตนเองและความรู้สึกต่าง ๆ ดังนั้นควรมีการพิจารณาอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น การหมดหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด เป็นต้น (Phandontee and Dangdomyouth, 2011)

Addington, Addington, & Schissel (1990) ได้ศึกษาถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการซึมเศร้าอยู่นานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าและ/หรือการไม่มีความสุข มีการเปลี่ยนแปลงความอยากอาหาร ระดับพลังงาน และรูปแบบการนอน ความรู้สึกผิด ความรู้สึกไร้ค่า และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสภาพของความรู้สึกและอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง เช่น ต่ำหนืดตัวเอง มีพฤติกรรมถดถอย ท้อแท้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ มีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ และมีความแปรปรวนทางอารมณ์ที่ต้องการหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย อาการดังกล่าวส่งผลต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายและอาการทางจิต รวมทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้



ระยะของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Bartels and Drake (1988) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของโรคจิตเภทและแบ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 3 ชนิดได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากปัจจัยจากชีวภาพ 2) อาการซึมเศร้าที่เกิดจากการกำเริบของโรคจิตเภท 3) อาการซึมเศร้าที่ไม่เกี่ยวกับอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น อาการนำของโรค (Prodromal symptom) การหายจากอาการทางจิต (Post psychotic) จะเห็นว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตสามารถเกิดร่วมกันได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งได้ตามระยะของโรค ดังนี้ 1) ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า พบว่า อาการของผู้ป่วยทำให้รับประทานได้น้อยลง ไม่มีสมาธิ มีปัญหาการนอน ซึมเศร้า และพบปะเพื่อนน้อยลง พบมาร้อยละ 60 ในผู้ป่วยจิตเภท 2) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน พบมากที่สุดในช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน อาการซึมเศร้ามลดลงในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในช่วงหลังจำหน่าย 6 เดือน ซึ่งช่วยสนับสนุนว่า อาการซึมเศร้าและอาการจิตเภทมีกระบวนการเกิดร่วมกัน 3) ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง พบอยู่ในช่วงร้อยละ 4-25 เฉลี่ยร้อยละ 15 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย และสาเหตุการตายก่อนกำหนดของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการฆ่าตัวตาย (Green, Drake, Brunette, & Noordsy, 2007) และจากการศึกษากลุ่มอาการซึมเศร้าที่เกิดจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นบ่อยร่วมกับโรคจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท (McGlashan and Carpenter, 1976) การศึกษาของ Ohayon and Schatzberg (2002) พบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการซึมเศร้ากับอัตราการเกิดของภาพหลอนและความหลงผิด ซึ่งเป็นไปได้ว่าในประชากร

ทั่วไปหากมีอาการซึมเศร้าก็สามารถที่จะเกิดการหลงผิดหรือเกิดภาพหลอนขึ้นได้ ดังนั้นในกรณีที่มีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางบวกเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการหลงผิดและเกิดภาพหลอนได้เช่นกัน โดยผู้ป่วยที่เกิดภาพหลอนหรือมีความหลงผิดมักจะมีการกระทำรุนแรงตามมา เช่น หลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้าย จึงทำพฤติกรรมรุนแรงเพื่อป้องกันตนเอง หรือได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น (Lieberman and Perkins, 2007; Namsoot and Nimnuan, 2016)

Mulholland and Cooper (2000) ได้อธิบายระยะการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มมีอาการซึมเศร้า (Depression as a prodromal symptom) อาการซึมเศร้าเป็นอาการทั่วไปที่พบในผู้ป่วยทางจิตอย่างเฉียบพลัน ระยะแรกผู้ป่วยมักจะมีอาการที่แสดงออกทางร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีปัญหาความเครียดที่ทำให้ไม่มีสมาธิรับประทานน้อยลง มีปัญหาการนอน หรือเริ่มแยกตัว ระยะที่ 2 ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน (Depress symptom during acute episode) อาการซึมเศร้านี้จะเกิดขึ้นในช่วงก่อนได้รับยารักษาและเมื่อได้รับยารักษาอาการซึมเศร้ามลดลงเอง และระยะที่ 3 ภาวะซึมเศร้าในระยะเรื้อรัง (Depress symptom in chronic schizophrenia) อาการซึมเศร้าจะเกิดขึ้นได้จากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานานหรือเรื้อรัง และไม่หายขาดจากโรค ซึ่งรวมถึงในช่วงระยะหลังที่อาการด้านลบของโรคจิตเภทกลับมามีความเด่นชัดขึ้น

จึงเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยจิตเภทในทุกระยะของการเจ็บป่วยและมักจะเกิดควบคู่กันไป โดยจะพบว่ายิ่งผู้ป่วยมีระยะความเจ็บป่วยที่นานขึ้นความรุนแรงของอาการซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการประเมินอาการซึมเศร้าของโรคจิตเภทจึงมีความสำคัญในการลดความรุนแรงของโรคและเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แบ่งปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors)

1.1 ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต (Clinical insight) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดี จะมีอาการซึมเศร้าและมีความรู้สึกต่อตนเองด้านลบสูงกว่า (Crumlish et al., 2005) ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองและประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นสาเหตุทำให้ตัวผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบาป เป็นที่น่ารังเกียจเป็นภาระของครอบครัว และไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งความคิดลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการครั้งแรก (Ketchai, Sitthimongkol, Vongsirimas, & Petrasuwan, 2012)

1.2 อาการทางจิต กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีคะแนนอาการทางจิตในส่วนของอาการทางจิตด้านลบ (PANSS-N) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Majadas, Olivares, Galan, & Diez, 2012)

1.3 การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะมีผลทำให้อาการด้านบวกและอาการด้านลบของผู้ป่วยดีขึ้นส่งผลต่อการซึมเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวังลดลง (Kao & Liu, 2010)

1.4 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยยิ่งนาน จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพท้อแท้ มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ (Hausmann and Fleischhacker, 2002)

1.5 อาการข้างเคียงของยาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ที่มีอาการข้างเคียงของยามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา (Kao & Liu, 2010)

1.6 การใช้สารเสพติด พบว่า การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เพื่อลดความรู้สึกซึมเศร้าและเมื่อใช้อย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยต้องยารักษาโรคทางจิต (Swanson et al., 2006)

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Factors)

2.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่บุคคลประสบแล้วมีอันตรายต่อตนเอง (Stressful life events) เช่น ความโศกเศร้าจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย การหย่าร้าง หรือปัญหาต่าง ๆ รอบตัว การรับรู้ความเครียดและความขัดแย้งระหว่างบุคคล ดังนั้นการที่บุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือคุกคามชีวิตนั้นย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์อันตึงตึงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004)

2.2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับความรักความผูกพัน การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยกย่อง การได้รับความช่วยเหลือ การได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรด้านสุขภาพ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากสังคมที่เพียงพอจะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม (Kaiser, Snyder, Corcoran, Drake, 2006)

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ หลายอย่างรวมกัน โดยสามารถแบ่งปัจจัยหลักที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต อาการทางจิต การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของยาและการใช้สารเสพติด 2) ปัจจัย



ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยเหตุการณ์ ความเครียดในชีวิตที่บุคคลประสบแล้วมีอันตรายต่อตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล

อาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกิดการฆ่าตัวตาย อาการหมดหวังหรือสิ้นหวังของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายต้องหนีไปจากความจริงปวดนี้ ดังนั้นพฤติกรรมหรือความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายต้องได้รับการสนใจอย่างเร่งด่วนในทางจิตเวช ถือว่าเป็นวิธีการสื่อสารอย่างหนึ่งเพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งสัญญาณเตือนของความคิดฆ่าตัวตายนั้นแสดงออกหลายลักษณะ ได้แก่ รูปแบบของการพูด การเขียน และการแสดงออก เช่น พูดถึงการฆ่าตัวตายบ่อย ๆ พูดประชดประชัน เน้นปมด้อยของตนเอง บ่นเบื่อหน่าย สิ้นหวังกับชีวิต อยู่ไปก็ไม่มีจุดหมายกับใคร พูดเพื่อ

ไม่รู้เรื่องหรือพูดเรื่องบาปบุญ เวรกรรมเกี่ยวกับชาติหน้า เขียนจดหมายเพื่อระบายความรู้สึก เขียนจดหมายลาตาย และการแสดงกิริยาหมกมุ่น ท้อแท้ ซึมเศร้า

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Evaluation of Suicide Risk) เป็นสิ่งจำเป็นมากต่อการประเมินหาแนวทางป้องกันผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพยาบาลต้องสามารถประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง และพึงระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยทุกราย อาจมีแนวโน้มที่จะทำลายตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่ใกล้ชิดมีโอกาสให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เต็มที่ เมื่อประเมินปัจจัยความเสี่ยงและสามารถรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายแล้ว จึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่อาจเกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า (Busteed & Johnstone, 1983 as cited in Leethongin, 1996)

ลำดับของการป้องกัน	สิ่งบ่งชี้	ลักษณะและอาการ	แนวทางในการป้องกัน
1.	ผู้ป่วยจิตเภททุกคนทั้งที่แสดงหรือไม่แสดงคำพูด การเขียน หรือการแสดงออกที่หมายถึงการฆ่าตัวตาย	ผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่รับรักษาไว้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช	1. ตรวจสอบที่อยู่ของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงเป็นอย่างน้อย 2. พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอขณะที่ผู้ป่วยตื่น 3. สังเกตและประเมินความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติ
2.	ผู้ป่วยที่มีแนวคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบพบว่ามีความผิดปกติหรือกิจกรรมใดที่อาจจะก่ออันตรายในการฆ่าตัวตายได้	1. ผู้ป่วยที่มีความคิดอยากตายแต่ยังไม่มีแผนฆ่าตัวตาย 2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาและไม่สามารถแก้ปัญหาหรือหาทางออกของปัญหาได้ 3. ผู้ป่วยไม่รับคำสัญญาที่จะไม่ฆ่าตัวตาย	1. ตรวจสอบที่อยู่ของผู้ป่วยอย่างน้อยทุกครึ่งชั่วโมง 2. พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอขณะที่ผู้ป่วยตื่น 3. สังเกตและประเมินความคิดและสอบถามถึงวิธีที่จะฆ่าตัวตาย



ตารางที่ 1 แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า (Busteed & Johnstone, 1983 as cited in Leethongin, 1996) (ต่อ)

ลำดับของการป้องกัน	สิ่งบ่งชี้	ลักษณะและอาการ	แนวทางในการป้องกัน
3.	ผู้ป่วยมีแนวคิดที่ต้องการจะตายชัดเจน และตรวจสอบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง	1. ผู้ป่วยมีแผนการฆ่าตัวตาย 2. ผู้ป่วยที่ลังเลในการรับคำสัญญาที่จะไม่ฆ่าตัวตาย 3. ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อย่างจำกัดเกี่ยวกับการหาทางออกของปัญหา 4. ผู้ป่วยที่ควบคุมแรงผลักดันในจิตใจได้น้อย	1. พยาบาลต้องสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอดเวลา 2. พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอขณะที่ผู้ป่วยตื่น 3. ตรวจสอบผู้ป่วยทุกครั้ง ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยนอน
4.	ผู้ป่วยที่มีความต้องการจะตายชัดเจน และตรวจสอบแน่ชัดว่ามีความหลงผิดที่จะนำมาสู่การฆ่าตัวตาย	1. ผู้ป่วยพูดออกมาชัดเจนว่าจะทำร้ายตนเอง 2. ผู้ป่วยไม่เต็มใจจะทำสัญญาไม่ฆ่าตัวตาย 3. ผู้ป่วยที่แสดงการไม่รับรู้ต่อการหาทางออกของปัญหา 4. ผู้ป่วยที่ควบคุมพฤติกรรมของตนเองไม่ได้ 5. ผู้ป่วยที่มีประวัติการฆ่าตัวตายมาแล้ว	การจัดพยาบาล 1 คน ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบการดูแลของสถานดูแล และ 2) การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยระบบการดูแลของสถานดูแล พยาบาลต้องประเมินสถานที่และจัดสภาพแวดล้อมที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย จัดทำระเบียบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้เพื่อไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ส่วนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพยาบาลจะต้องประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ให้การดูแลที่เฉพาะในการบำบัดช่วยเหลือเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

(Suicide-specific psychotherapeutic interventions) มีการดูแลอย่างใกล้ชิด และประเมินผลการดูแลอย่างสม่ำเสมอ เมื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงแล้วต้องหาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นโดยการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้า (American Psychiatric Nurses Association, 2015) ดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องการฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลต้องทบทวนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ป่วยจิตเภททุกระยะของการป่วยพบอาการซึมเศร้าได้ซึ่งอาการซึมเศร้าจะส่งผล



ให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมทั้งศึกษาค้นคว้าหาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อให้การพยาบาลอย่างดีที่สุด

2. พยาบาลต้องประเมินพฤติกรรม ความคิด และความเชื่อของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องมีความตระหนักรู้ (Awareness) ในการดูแลผู้ป่วย การยอมรับถึงพฤติกรรม ความคิด และความเชื่อของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในความคิดทำร้ายตนเอง พุดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและสงบ สังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พุดคุย พยายามทำร้ายตนเอง วิธีการที่ผู้ป่วยจะฆ่าตัวเอง หรือแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือให้ถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงความรู้สึกที่มีอยู่ขณะนั้นออกมาและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

3. พยาบาลต้องสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ติดกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับพยาบาล ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นมิตร ปลอดภัย ไม่ตำหนิหรือตัดสินในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าความคิดในการฆ่าตัวตายเกิดจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ซึ่งถ้าให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยก็จะมีอาการที่ดีขึ้น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สร้างความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป พยาบาลมีเป้าหมายที่จะไม่เกิดการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยมีเป้าหมายในการลดความเจ็บปวดในเรื่องของโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ดังนั้นพยาบาลควรต้องอธิบายปัจจัยและแรงจูงใจที่ผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองให้ผู้ป่วยเข้าใจ เห็นถึงความสำคัญและยอมรับในความรู้สึกเจ็บปวดของโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตระหนักถึงการดูแลที่สำคัญที่สุดคือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยการปฏิบัติตามระเบียบและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเคร่งครัด รวมทั้งพยาบาลต้องมีการบันทึก

รายละเอียดการดูแลที่ให้อย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้

4. พยาบาลต้องประเมินข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความถูกต้องสมบูรณ์ ข้อมูลควรจะได้จากการประเมินของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญ ต้องรวบรวมข้อมูลเหล่านั้นไว้อย่างเป็นระบบ การประเมินข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินวิธีการจะทำร้ายตนเอง การแสดงออกถึงความคิดและพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเอง การประเมินสภาพจิต (Mental status examination) การประเมินปัจจัยเกื้อหนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น และปัจจัยปกป้องที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติลดลง ประวัติการฆ่าตัวตายที่เคยมีมา ประวัติการถูกทำร้ายทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเหตุการณ์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเอง

5. พยาบาลต้องประมวลข้อมูลการประเมินความเสี่ยงที่ได้ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม พยาบาลประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในการหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยจากข้อมูลที่ได้มาทั้งในการดูแลระยะสั้นและระยะยาว ร่วมกันบูรณาการความรู้จากสหสาขาวิชาในการดูแลผู้ป่วยให้ลดความคิดในการทำร้ายตนเองลง

6. พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ประมวลมาได้ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นอันดับแรก พยาบาลต้องทำงานประสานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และบุคคลอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้หาทางแก้ไขปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และควรทบทวนแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งต้องเตรียมแผนในการช่วยเหลือหรือเคลื่อนย้ายถ้าผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

7. พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยกับผู้ป่วยอยู่เสมอ เช่น เสื้อผ้า ของใช้ ก็อาจเป็นอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ทำร้ายตนเองได้ การป้องกันในขั้นแรกคือการเก็บสิ่งของที่เป็นอาวุธในการทำร้าย



ตนเองสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการซึมเศร้ารุนแรง ไม่พูดคุย พยายามทำร้ายตนเอง หรือแสดงอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องและทันทั้งที่

8. พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย ในเรื่องความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูล

9. พยาบาลต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างรายละเอียดเพื่อใช้ในการเป็นหลักฐานเมื่อเกิดกรณีจำเป็นต้องใช้ทางกฎหมาย

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี สถานะภาพโสด การศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าป่วยเป็น Schizo-Affective Disorder โดยให้ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตว่า เริ่มป่วยทางด้านจิตใจครั้งแรกตอนอายุ 21 ปี ด้วยอาการคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง เคร่งเครียดต่อทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่มีการยืดหยุ่น มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิในการทำงาน เบื่ออาหาร เคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 5 ครั้ง ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ครั้งนี้มาด้วยอาการซึมเศร้า วิตกกังวล มีความคิดหมกมุ่นคิดว่าตนเองมีความสามารถไม่เท่าเทียมเพื่อนร่วมงานเกลียดผู้ชายแม้แต่พ่อและน้องชาย มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงตื๋นนิทนาทวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับตน และมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เบื่องาน เบื่อโลก นอนไม่ค่อยหลับ เบื่ออาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีความผิดปกติทางด้านการคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่แปรปรวน

ข้อมูลเชิงอัตวิสัย

จากการประเมินผู้ป่วยรายนี้มีความคิดหมกมุ่น

คิดว่าตนเองมีความสามารถไม่เท่าเทียมเพื่อนร่วมงาน มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เบื่องาน เบื่อโลก นอนไม่ค่อยหลับ เบื่ออาหาร

ข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี มาด้วยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เบื่องาน เบื่อโลก นอนไม่ค่อยหลับ เบื่ออาหาร อาการหงุดหงิดก้าวร้าว ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็น Schizo-Affective Disorder

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยโดยไม่ทำร้ายตนเองระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยสามารถสนทนากับผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

การปฏิบัติการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินสภาพจิตใจเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายอยู่เสมอ ทุกเวลา
3. ประเมินพฤติกรรม ความคิด และการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเวลาเพื่อได้ทราบการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิต
4. มุ่งให้ผู้ป่วยได้พูดถึงตนเองและความคาดหวังต่อผู้อื่น เพื่อระบายความรู้สึกและสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง (Self-esteem)
5. วิเคราะห์กับผู้ป่วยเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน/ช่วยเหลือของผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยได้เมื่อมีปัญหาทางอารมณ์ และสร้างความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป
6. วิเคราะห์กับผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการเผชิญปัญหาที่ใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถเข้าใจและสามารถควบคุมสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นได้
7. ทำงานประสานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว



สรุป

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่สูงอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรตระหนักถึงอันตรายซึ่งควรให้การช่วยเหลือและป้องกันเป็นอย่างยิ่ง โดยบทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบการดูแลของสถานดูแล

ซึ่งพยาบาลต้องประเมินสถานที่และจัดสภาพแวดล้อมที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย และ 2) การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลจิตเวชต้องเข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย มีทักษะ และสามารถประเมินถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การป้องกันการฆ่าตัวตาย และการพยาบาลเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการซึมเศร้าได้ทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia research*, 3(4), 247-251.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Nurses Association (APNA). (2015). *Psychiatric-Mental Health Nurse*
- Bartels, S. J., & Drake, R. E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5), 467-483.
- Baynes, D., Mulholland, C., Cooper, S. J., Montgomery, R. C., MacFlynn, G., Lynch, G., ... & King, D. J. (2000). Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophrenia research*, 45(1-2), 47-56.
- Beck, A.T. (1973). *The Diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., & Kinon, B. J. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 90(1-3), 186-197.
- Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M., Browne, S., McTigue, O., Lane, A., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 449-455.
- Essential Competenceis for Assessment and Management of Individuals at Risk for Suicide*. Rerived January 10, 2018, from <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfmMpageid=3301>.
- Frederick, S., Caldwell, K., & Rubio, D. M. (2002). Home-based treatment, rates of ambulatory follow-up, and psychiatric rehospitalization in a Medicaid managed care population. *The journal of behavioral health services & research*, 29(4), 466-475.



- Green, A. I., Drake, R. E., Brunette, M. F., & Noordsy, D. L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 402-408.
- Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G., an der Heiden, W., & Schmidt, M. (2005). The early course of schizophrenia and depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(3), 167-173.
- Hausmann, A., & Fleischhacker, W. W. (2002). Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 83-96.
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801-805.
- Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., & Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia research*, 51(2-3), 171-180.
- Kaiser, S. L., Snyder, J. A., Corcoran, R., & Drake, R. J. (2006). The relationships among insight, social support, and depression in psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(12), 905-908.
- Kamrai, W. (2009). A Study of Depression in Schizophrenic Patients in the Outpatient Department of Loei Rajanagarindra: Psychiatric Hospital (Doctoral dissertation, Mahidol University). (In Thai)
- Kao, Y. & Liu, Y. (2010). Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 557-565.
- Kelly, D. L., Shim, J. C., Feldman, S. M., Yu, Y., & Conley, R. R. (2004). Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *Journal of Psychiatric Research*, 38(5), 531-536.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological medicine*, 34(8), 1475-1482.
- Ketchai, S., Sitthimongkol, Y., Vongsiriman, N., & Petrasuwan, S. (2012). Predictors of depressive symptoms in individual with first-episode schizophrenia. *Journal of Nursing Science*, 30(4), 90-101. (In Thai)
- Leethongin, O. (1996). Nursing care in suicidal ideation patient: A case study. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 10(1), 26-48. (In Thai).
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., & Perkins, D. O. (Eds.). (2007). *The American psychiatric publishing textbook of schizophrenia*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing.
- Lotrakul, M. & Sukanich, P. (2005). *Psychiatry Ramathibodi*. Bangkok: Beyond Enterprised Ltd. (In Thai).



- Majadas, S., Olivares, J., Galan, J., & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 145-151.
- McGlashan, T. H., & Carpenter, W. T. (1976). Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33(2), 231-239.
- Mulholland, C., & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(3), 169-177.
- Namsoot, J., & Nimnuan, C. (2016). Depression and violent behavior of schizophrenic patients and forensic schizophrenic patients at Galya Rajanagarindra Institute. *Chula Med J*, 60(6): 641-653. (In Thai).
- Noerholm, V., & Bech, P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients: Association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 32-37.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1855-1861.
- Phandontee, P., & Dangdomyouth, P. (2011). *Selected factors related to depression of persons with schizophrenia in community, central region.*, Chulalongkorn University, Bangkok. (In Thai).
- Stahl, S. M. (2000). *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 363-369.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., ... & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490-499.