

เอกสารคำสอนกระบวนวิชา 305501 จิตเวชศาสตร์ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5

เรื่อง การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช และ การตรวจสภาพจิต

(Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination)

เรียบเรียงโดย อ.นพ.อวีรุทธิ์ อุ๋นอารมย์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์

เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษา

- เข้าใจในขั้นตอนและเทคนิคการสัมภาษณ์ทางจิตเวช
- สามารถตรวจและแปลผลสภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

เนื้อหาวิชา

- การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช (Psychiatric Interview)
- ประวัติและการตรวจสภาพจิต (History and Mental Status Examination)
- อาการและอาการแสดงทางจิตเวช (Sign and symptoms in psychiatry)

การเรียนการสอน

- บรรยายในห้องเรียน ด้วยการใช้สื่อการสอน PowerPoint presentation
- อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตอบข้อซักถามให้กับนักศึกษาในการเรียนการสอน

อุปกรณ์การสอน

- เอกสารคำสอน
- สื่อการสอนแบบ PowerPoint presentation

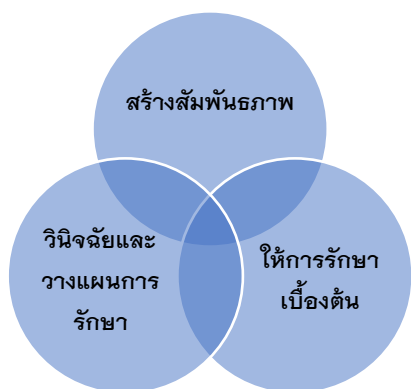
วิธีการประเมินผล

- ด้านความรู้ ประเมินจากการตอบคำถามในชั่วโมงเรียน และประเมินจากการสอบลงกอง
- ด้านเจตคติ ประเมินจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น อภิปราย ถามคำถาม

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช (Psychiatric Interview)

เราสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวชไปเพื่ออะไร

โดยทั่วไปการสัมภาษณ์ ชักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อให้ได้ข้อมูลในผู้ป่วยโรคทางกายนั้น มีจุดประสงค์หลักเพื่อการวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค ในขณะที่การสัมภาษณ์ทางจิตเวชนั้นจะมีจุดประสงค์ที่ครอบคลุมไปถึงการสร้างสัมพันธอันดีกับผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ และยังสามารถให้การรักษาเบื้องต้นในระหว่างที่สัมภาษณ์ได้อีกด้วย (Sadock et al., 2015)



จุดประสงค์หลักของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช โดยจุดประสงค์ทั้งหมด อาจเกิดขึ้นพร้อมกันได้ในการสัมภาษณ์

ขั้นตอนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวช

1. เตรียมสถานที่ และเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์
2. ระยะเวลาสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ
3. สัมภาษณ์ทางจิตเวชส่วนประวัติ และการตรวจสภาพจิต
4. การวางแผนการรักษา และสิ้นสุดการสัมภาษณ์

1. เตรียมสถานที่และเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์

สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วย

สถานที่ที่เหมาะสมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจะคำนึงถึงหลักการสำคัญของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในหลายด้านโดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ความสบายใจ (Safety and comfort) ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของผู้ป่วย (Privacy and confidentiality) และในขณะเดียวกันก็ต้องปลอดภัยกับผู้สัมภาษณ์ด้วย ฉะนั้นจึงแนะนำให้บริเวณที่ใช้สัมภาษณ์นั้นไม่เป็นบริเวณที่มีผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องสามารถผ่านเข้าออกได้มากเกินไป และเป็นไปได้ควรมีทางออกสองทาง เพื่อให้สามารถไปในที่ปลอดภัยได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว อีกทั้งไม่ควรจัดสถานที่ไว้ในมุมอับ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการระแวงรู้สึกอึดอัดและก้าวร้าวได้

ควรจัดที่นั่งระหว่างผู้ป่วยและผู้สัมภาษณ์ เป็นที่สบาย ระยะห่างมากพอสมควรที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยอึดอัด และควรเป็นระยะปลอดภัยในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง แต่ไม่ห่างเกินไปจนทำให้เกิดความห่างเหินหรือได้ยินเสียงไม่ชัดเจน ไม่ควรหันหน้าเผชิญกันโดยตรง ทำมุมเฉียงเล็กน้อยเพื่อหลีกเลี่ยงในการเกิดความรู้สึกอึดอัดแก่ผู้ป่วย และในอีกแง่หนึ่งทำให้ผู้สัมภาษณ์สามารถสังเกตการแสดงออกทางกายของผู้ป่วยได้มากขึ้น

เราจะเตรียมตัวก่อนไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างไร

ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางจิตเวชนั้น มีหลักการที่จะต้องนึกถึงไว้ระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อให้การสัมภาษณ์นั้นเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนี้

- **Agreement as to process** ความยินยอมในการเข้าสู่กระบวนการรักษา/ การสัมภาษณ์ หมายถึง การกระทำใด ๆ ต่อผู้ป่วยต้องได้รับความยินยอม รวมถึงรายละเอียดในขั้นตอนการสัมภาษณ์ เช่น ระยะเวลา หรือขั้นตอนที่ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ช่วย อีกหนึ่งประเด็นสำคัญคือ แพทย์อาจต้องได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมาขอรับบริการเอง หรือ ผู้อื่นนำส่งโดยไม่เต็มใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเริ่มต้นการสัมภาษณ์ที่แตกต่างกัน
- **Privacy and confidentiality** แพทย์ต้องมั่นใจว่า ข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละครั้งเป็นความลับ ไม่มีคนอื่นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ แต่มีข้อยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีความคิดในการทำร้ายบุคคลอื่น แพทย์สามารถแจ้งให้บุคคลนั้นทราบได้ หากเห็นว่าเป็นอันตราย แต่อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาด้านจริยธรรมอย่างละเอียด และสร้างความปลอดภัยให้กับตัวผู้ป่วยด้วย เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการเพิ่มการรักษา
- **Respect and consideration** ให้ความเคารพในตัวผู้ป่วยและต้องระมัดระวังให้การสัมภาษณ์มีผลที่ทำให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ หรืออย่างน้อยไม่เพิ่มเติมความทุกข์ให้ผู้ป่วย
- **Rapport and empathy** โดย rapport คือ ความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งสามารถเพิ่มขึ้นได้ด้วยความเห็นอกเห็นใจ (empathy) คือความเข้าใจในความรู้สึกและสถานการณ์ของผู้ป่วย แต่ยังคงสถานะการเป็นผู้สังเกตการณ์ในเรื่องราวของผู้ป่วย (ไม่มีความรู้สึกส่วนตัวรวมไปกับความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย)
- **Patient-physician relationship** ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งอาจเริ่มต้นได้ทั้งดี หรือ ไม่ดี ขึ้นอยู่กับการมาของผู้ป่วยและความพร้อมของแพทย์ในแต่ละครั้ง สิ่งที่สำคัญใน

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี คือ การที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้แพทย์มีความจริงใจที่จะช่วยเหลือ และมีทัศนคติที่ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และแบ่งปันข้อมูลกับแพทย์มากขึ้น

- **Person-centered and disorder-based interviews** ในการเรียนแพทย์ มักทำให้ผู้เรียนมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดีกับ disorder-based interviews คือการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แต่ในทางจิตเวชการทำความเข้าใจในสถานการณ์ในฐานะบุคคลหนึ่งของผู้ป่วย จะช่วยให้ได้ข้อมูลเพื่อใช้ในการรักษามากขึ้น เช่น เป้าหมายในการเข้ารับการรักษามักไม่ตรงกับแพทย์ (ผู้ป่วยต้องการทำงานได้ แพทย์มุ่งให้อาการหุ้แว่หายไป) หรือ การได้ให้ผู้ป่วยมองเห็นในข้อดีของตัวเอง ในระดับที่รับรู้ข้อเสียที่อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วย
- **Safety and comfort** ความปลอดภัยและสะดวกสบายระหว่างสัมภาษณ์ ควรเกิดขึ้นกับทั้งแพทย์และผู้ป่วยพร้อมกัน โดยทั่วไปเรามักให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ก่อน แต่ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น กลุ่มโรคจิต อาจมีอาการกระสับกระส่ายหรือคุกคามที่รักษา ฉะนั้นการมีที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยที่เพียงพอ รวมถึงยาและอุปกรณ์ที่สามารถให้การสงบอาการผู้ป่วยได้ เป็นองค์ประกอบในการสร้างความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้สัมภาษณ์ และจะทำให้การสัมภาษณ์นั้น ได้ข้อมูลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าที่ผู้สัมภาษณ์ต้องอยู่ในความรู้สึกกังวลและไม่ปลอดภัย

2. ระยะเวลาสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ

ในระยะแรกของการสัมภาษณ์แพทย์ผู้สัมภาษณ์ควรสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย โดยแนะนำตนเอง และอาจบอกเหตุผลที่แพทย์ต้องทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยเหตุผลนี้อาจจะเว้นได้หากผู้ป่วยตั้งใจมาพบแพทย์ด้วยตนเอง ควรแจ้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะนี้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะนี้ด้วย ซึ่งตรงกับหลักการที่แพทย์ควรคำนึงถึงในการเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ คือ การยินยอมในการเข้าสู่กระบวนการรักษา (Agreement as to process)

ในกรณีที่ผู้ป่วยมาพร้อมญาติ หรือผู้นำส่ง หากเป็นไปได้ควรเริ่มการสนทนากับผู้ป่วยก่อน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการให้สัมภาษณ์ รวมถึงความยินยอมให้ถามประวัติจากญาติ เนื่องจากการสอบถามประวัติจากญาติก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์ผู้สัมภาษณ์เป็นฝ่ายเดียวกับญาติ หรืออยู่คนละฝ่ายกับผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกดังกล่าว จะเป็นอุปสรรคทำให้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้ยากขึ้น

สืบเนื่องจากการที่แพทย์แนะนำตัวให้ผู้ป่วยทราบ แพทย์ผู้สัมภาษณ์อาจใช้การสัมภาษณ์ส่วนประวัติ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยในการเริ่มสร้างความคุ้นเคยได้อีกด้วย ซึ่งจะได้กล่าวไว้ใน ส่วนของการสัมภาษณ์ทางจิตเวชเบื้องต้นต่อไป

3. สัมภาษณ์ทางจิตเวชส่วนประวัติ และการตรวจสภาพจิต (Tasman et al., 2013)

องค์ประกอบในการสัมภาษณ์ทางจิตเวชเบื้องต้น

1. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย (Identifying data)
2. เหตุผลที่มาพบแพทย์ (Referral reason)
3. แหล่งข้อมูลและความน่าเชื่อถือ (Source and reliability)
4. อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาเข้าสู่การรักษา (Chief complaint)
5. อาการปัจจุบัน (Present illness)
6. ประวัติอดีตทางจิตเวช (Past psychiatric history)
7. ประวัติการใช้สารเสพติด (Substance use/abuse)
8. ประวัติโรคทางกายในอดีต (Past medical history)
9. การทบทวนอาการตามระบบ (Review of systems)
10. การตรวจประเมินสภาพจิต (Mental status examination)
11. การตรวจร่างกาย (Physical examination)

สัมภาษณ์ส่วนประวัติ

การสัมภาษณ์ส่วนประวัติ

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย (Identifying data/ identification data)

สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ชื่อ นามสกุล อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ หรือ อาชีพในอดีต การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร โดยข้อมูลส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แพทย์มั่นใจว่า กำลังสัมภาษณ์และให้การรักษาผู้ป่วยถูกราย อีกทั้งช่วยให้แพทย์ได้เข้าใจภูมิหลังของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การสัมภาษณ์ที่เหมาะสม เช่น ระดับภาษาที่ใช้เพื่อความเข้าใจของผู้ป่วย และยังเป็น ส่วนหนึ่งในการเริ่มสร้างความสัมพันธ์ และความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วย

เหตุผลที่มาพบแพทย์ (Referral reason)

ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชอาจมาพบแพทย์ด้วยตนเอง หรือ อาจถูกนำมาส่งโดยญาติ คน ใกล้ชิด หรือ เจ้าหน้าที่ ช่วยในการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการตระหนักรู้ถึงโรคที่เป็นของผู้ป่วย

(insight) และการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้นได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยตนเอง แพทย์ควรพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนซักประวัติจากผู้ที่นำผู้ป่วยมาส่ง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ลดความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ร่วมมือกับผู้ที่นำมาส่ง ในมุมมองของผู้ป่วยแล้ว คาดว่าเพราะเหตุใดผู้อื่นจึงนำผู้ป่วยมาพบแพทย์และรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์นี้ ผู้ป่วยอาจมีท่าทีไม่พอใจในการที่ต้องมาพบแพทย์ ซึ่งแพทย์ควรแสดงความเห็นใจและยอมรับในความรู้สึกของผู้ป่วย

อาการสำคัญ (Chief complaint)

อาการสำคัญ คือ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยประสบกับอาการนั้น โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักจะให้ประวัติและเล่าถึงเหตุการณ์ที่ตนเองประสบเป็นหลัก แพทย์ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวเหล่านั้นสักระยะหนึ่ง และคอยจับประเด็นว่า ผลกระทบของเหตุการณ์นั้น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ คืออะไร เช่น ผู้ป่วยอาจเล่าว่า เป็นช่วงอ่านหนังสือสอบ มีปัญหาเกี่ยวกับแฟน จึงทำให้ “รู้สึกกังวล”ว่าจะไม่สามารถอ่านหนังสือสอบได้ และมีปัญหา “นอนไม่หลับ” มาสองสัปดาห์ แพทย์จึงต้องรับฟังอย่างมีสติเพื่อที่จะสามารถแยกผลกระทบที่เป็นอาการ ออกจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเจอ

ในผู้ป่วยกลุ่มที่มี insight น้อย หรือไม่มีเลย เช่น กลุ่มโรคจิตเภท อาจตั้งใจปกปิดอาการ หรือ ไม่สามารถแยกอาการกับความเป็นจริงได้ จึงอาจต้องใช้ประวัติเพิ่มเติมจากญาติ ในการถามอาการสำคัญนี้ ควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้เข้าใจอาการสำคัญ และสร้างความรู้สึกปลอดภัย และเห็นว่าแพทย์ตั้งใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

อาการปัจจุบัน (Present illness)

ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ดังนี้

- (1) อาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมาพบแพทย์ครั้งนี้ (symptoms)
- (2) การเริ่มต้นเกิดอาการ และ การดำเนินโรค (onset and course)
- (3) สิ่ง que กระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors)
- (4) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (impact of the illness)
- (5) การรักษาที่ได้รับก่อนมาพบแพทย์ครั้งนี้ (previous treatment)

แพทย์จะสามารถ ได้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมาพบแพทย์ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหรือภาวะทางจิตเวชเบื้องต้น จึงจะสามารถเก็บ

ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในระยะเวลาอันจำกัด ซึ่งจะได้เรียนรู้ตลอดกระบวนการเรียน นี้ จึงเป็นทักษะที่ต้องสะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตามอาจใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยเล่าอาจได้ ข้อมูลด้านอาการมากขึ้น แล้วจึงใช้เทคนิคการสรุปความ (summarization) ร่วมกับคำถามปลาย ปิดในการถามอาการที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยได้

การได้ข้อมูลด้าน onset และ course จะทำให้แพทย์เห็นภาพรวมของการดำเนินโรค ผู้ป่วยอาจให้ประวัติด้านเวลาที่ไม่เรียงลำดับ แพทย์อาจมีหน้าที่ลำดับข้อมูล สรุปข้อมูลกับ ผู้ป่วยเป็นช่วง ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ และบันทึกเวชระเบียนตามลำดับเหตุการณ์ เพื่อสื่อสาร ให้แพทย์อื่นที่ดูแลต่อได้เข้าใจร่วมกัน โดยระหว่างการซักข้อมูลด้าน onset และ course อาจมีตัว ช่วยในการลำดับ จาก อายุผู้ป่วย เหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น แต่งงาน มีบุตร หรือ เหตุการณ์ ที่กระตุ้น (precipitating factors) เช่น ปัญหาในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ว่าการมีความ เปลี่ยนแปลงเหล่านั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นหรือแย่ลง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและ ครอบครัวบ้าง และได้มีการเข้ารับการรักษามาก่อนหรือไม่

ประวัติอดีตทางจิตเวช

หากผู้ป่วยเคยมีประวัติการรักษาทางจิตเวชมาก่อน ควรได้รับการบันทึกถึง อาการ การวินิจฉัยเดิม การรักษาเดิมและยาที่ได้ ผลการรักษา การได้ประวัติในอดีตอาจมีผลถึงการ วินิจฉัยในปัจจุบันเช่นกัน เพราะโรคทางจิตเวชนั้นมีเงื่อนไขของเวลามาเป็นตัวกำหนด เช่น ในการพบผู้ป่วยครั้งนี้ แม้ซักได้ Major depressive episode แต่หากได้ประวัติว่า เดิมผู้ป่วยเคย ได้รับความเจ็บป่วยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) มาก่อน วินิจฉัยในผู้ป่วยรายนี้ก็มิ แน่นแฟ้นที่จะเป็น Bipolar disorder ในช่วงที่มี Major depressive episode มากกว่า Major depressive disorder เป็นต้น

ประวัติการใช้สารเสพติด

สารเสพติดทุกชนิด สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ การซักประวัติชนิดของสาร เสพติดที่ใช้ ปริมาณที่ใช้ ความถี่ของการใช้ ระยะเวลาที่ใช้ต่อเนื่อง เวลาของการใช้สารเสพติด ครั้งล่าสุด วิธีการใช้ และ การใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วม จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวชมาก ทั้งนี้ รวมไปถึงการใช้ยาโรคประจำตัวที่อาจมีฤทธิ์เสพติดด้วย เช่น ยากลุ่ม benzodiazepines (alprazolam, midazolam) และ opioid derivatives (tramadol, morphine)

บ่อยครั้งที่การใช้สารเสพติดนั้น มิได้เกิดจากการยินยอม หรือ การตั้งใจของผู้ป่วย จึง อาจต้องถามสถานการณ์เสี่ยงที่มีการสัมผัสสารเสพติดด้วย เช่น ความตั้งใจลดน้ำหนักโดยการ

ใช้ยา (อาจมีส่วนผสมของ amphetamine) พฤติกรรมที่เยวสถานบันเทิงแล้วไม่รู้สึกตัว อาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่ผสม Gamma-hydroxybutyrate (GHB) และ พฤติกรรมการใช้สารเพื่อช่วยในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การใช้ poppers (Alkyl nitrites) ทางการสูดดม

ประวัติโรคทางกายในอดีต

เนื่องจากประวัติโรคทางกาย อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะในโรคทางกายที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาทและสมอง เช่น โรคเอสแอลอี (SLE: systemic lupus erythematosus) ซึ่งมีพยาธิสภาพ คือ การอักเสบของหลอดเลือดในร่างกาย ซึ่งหากการอักเสบนี้เกิดขึ้นกับหลอดเลือดในสมองก็จะส่งผลให้เกิด Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE) ซึ่งมีอาการที่พบได้บ่อยได้แก่ ชัก (seizure) อาการกลุ่มโรคจิต (psychosis) และอาการซึมเศร้า (depression) โดยมีการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีอาการซึมเศร้ากว่า 45.2% ในผู้ป่วย SLE ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Maneeton et al., 2013)

นอกจากนี้อาการแสดงทางกายหลายอย่างมีความสัมพันธ์กับอาการของโรคจิตเวช ที่พบได้บ่อยในการตรวจผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ อาการปวด โดยพบว่าอาการปวดนั้นมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Oon-Arom et al., 2019a)

จุดเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช

การสัมภาษณ์ทางจิตเวช จะมีส่วนประวัติที่เพิ่มเติมจากการซักประวัติทั่วไป คือ ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย (Personal history) และ บุคลิกภาพก่อนมีภาวะทางจิตเวช (premorbid personality) Personal history คือ ประวัติส่วนตัวของบุคคลหนึ่ง ตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงในปัจจุบัน โดยอาจแบ่งได้เป็นประเด็นตามวัยของผู้ป่วยได้ ดังตารางที่ 1

โดยประวัติเหล่านี้ จะมีความสำคัญในการอธิบายที่มาที่ไปของบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย (premorbid personality) และ อาจสามารถบ่งบอกที่มาของอาการป่วยในปัจจุบันได้ เช่น มีหลักฐานว่า attachment style ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็ก ในลักษณะที่มีความกังวลมาก (High anxiety attachment style) มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นต้น (Oon-Arom et al., 2019b) อย่างไรก็ตามประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยนั้นมีรายละเอียดค่อนข้างมาก อาจไม่ได้ข้อมูลทั้งหมดภายในการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง อาจเลือกถามเฉพาะในช่วงที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตาม chief complaint แล้วอาจถามผู้ป่วยเพิ่มเติมว่า มีความเปลี่ยนแปลงใดในอดีตที่อาจมีความคล้ายคลึง หรือ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์เข้าใจเหตุผลของผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ป่วยก็อาจเข้าใจในที่มาของปัญหาในปัจจุบันได้มากขึ้นด้วยตัวเองด้วย

	ความสัมพันธ์	ความเปลี่ยนแปลงสำคัญในช่วงวัย
ประวัติ ก่อนคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นบุตรที่ต้องการหรือไม่ - ระหว่างมารดาตั้งครรภ์มี complication หรือการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ - สภาพครอบครัวขณะเกิด 	การตอบสนองของผู้เลี้ยงดู กับการเจ็บป่วยของผู้เลี้ยงดู (บิดามารดา) หรือ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์
วัยทารก	<ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับผู้ป่วย - ผู้เลี้ยงดู (คนเดียว/เปลี่ยนแปลงบ่อย) - วิธีการเลี้ยงดู - Attachment styles 	ความเจ็บป่วยในวัยเด็ก พัฒนาการและการเจริญเติบโต
วัยเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์กับเพื่อน/ ครู 	การเข้าโรงเรียน, ผลการเรียน งานอดิเรก, การรับรู้เรื่องเพศ
วัยรุ่น	<ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์กับเพื่อนเพศเดียวกัน และต่างเพศ - การเป็นที่ยอมรับของเพื่อน 	การเป็นตัวของตัวเอง โดยอาจแสดงออกทาง บุคคลในอุดมคติ ค่านิยม เพศสภาพ งานอดิเรก การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของวัยรุ่น
วัยผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน - ความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิตอื่น เช่น ครอบครัวเดิม (บิดามารดา) และ ครอบครัวใหม่ (สามี ภรรยา บุตร) 	อาชีพ การเปลี่ยนงาน เพศสัมพันธ์ และการสมรส

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของประวัติส่วนตัว (Personal History) ซึ่งแพทย์อาจเลือกถามในบางประเด็น ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

Premorbid personality

เป็นบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วย โดยอาจถามว่า ผู้ป่วยมองตนเองว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร เป็นคนอย่างไร หรือ คนรอบข้างมองผู้ป่วยว่าเป็นคนอย่างไร ชอบเข้าสังคมหรือแยกตัวมากกว่ากัน มีเพื่อนสนิทบ้างหรือไม่ เวลามีปัญหาผู้ป่วยทำอย่างไร เก็บไว้คนเดียว หรือเล่าให้คนอื่นฟัง ทำกิจกรรมอื่น หรือ มีงานอดิเรกใดที่ช่วยลดความเครียดของตัวเอง เป็นต้น

Premorbid personality ไม่จำเป็นต้องอธิบายเป็น personality traits/ disorders เนื่องจากการวินิจฉัยบุคลิกภาพแปรปรวนนั้น จำเป็นจะต้องประเมินอย่างละเอียดและต่อเนื่องยาวนาน และอาจต้องถามอย่างชัดเจนว่าเป็นบุคลิกภาพก่อนป่วย เนื่องจากเมื่อมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช อาจทำให้บุคลิกภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปได้

การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination)

ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย จำเป็นต้องใช้ข้อมูลทั้งส่วนประวัติ และการตรวจร่างกาย แต่เนื่องจากในผู้ป่วยจิตเวช อาการและอาการแสดงส่วนมากอาจไม่สามารถจับต้องทางกายได้ แพทย์จึงจำเป็นต้องเรียนรู้การตรวจสภาพจิต ซึ่งเป็นการตรวจร่างกายทางจิตเวชนั่นเอง โดยข้อมูลเหล่านี้ส่วนมากสามารถได้ผ่านการสังเกต การฟัง และส่วนหนึ่งได้จากการแปรผลคำตอบจากการถามคำถามที่มีรูปแบบ ซึ่งการตรวจสภาพจิตนี้สามารถประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นการสัมภาษณ์

การตรวจสภาพจิต มีส่วนประกอบในการประเมิน ดังนี้

- 1) **General appearance and behavior** หรือ ลักษณะท่าทางทั่วไป เป็นข้อมูลที่ได้ผ่านการสังเกตทั้งลักษณะภายนอกและพฤติกรรม ได้แก่
 - **การแต่งกาย** อาจบ่งบอกถึงบุคลิกภาพเดิม และการดูแลตนเองได้เบื้องต้น เช่น หากผู้ป่วยแต่งกายเครื่องแบบเรียบร้อย อาจบ่งบอกถึงบุคลิกภาพที่ให้ความสำคัญกับลักษณะภายนอก ความมีระเบียบ ในผู้ป่วยบางรายได้ หรือในกรณีที่บ่งบอกการดูแลตนเองที่ลดลง อาจพบว่าเสื้อผ้าที่สวมใส่ดูไม่สะอาด มีกลิ่นอับชื้น ใบหน้ามีหนองเคราและผม ที่ดูไม่ได้รับการตัดแต่ง
 - **ลักษณะทางร่างกาย** อาจบ่งบอกโรคประจำตัวในอดีต อุบัติเหตุได้ เช่น การเห็นแผลผ่าตัด รอยแผลเป็นภายนอก ในบางตำแหน่ง เช่น ศีรษะ ก็อาจบ่งบอกว่าอาจเคยมีการบาดเจ็บที่เกี่ยวกับสมอง หรือการผ่าตัดทางสมองได้ หรืออาจเป็นร่องรอยในการทำร้ายตนเอง หรือถูกผู้อื่นทำร้าย เช่น รอยกรีดข้อมือ (Hesitation mark) หรือ รอยฟกช้ำตามร่างกายที่มีสีแตกต่างกัน รอยบุหรือจี รอยกัด รอยรัดจากวัตถุอื่น รวมถึงความเหมาะสมของร่างกายและอายุ (ลักษณะภายนอกดูอายุมากกว่าอายุจริง) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการมีโรคเรื้อรังบางอย่าง หรือการใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน
 - **การตอบสนองกับผู้สัมภาษณ์ และบุคคลอื่น** บ่งบอกถึงความร่วมมือในการสัมภาษณ์ โดยสามารถสังเกตจากสิ่งที่แสดงออก เช่น ท่าหนึ่ง อาจมีการเกร็งในคนที่วิตกกังวล นั่งกอดอกในคนที่อาจไม่พอใจ ไม่เต็มใจในการมาเข้ารับการรักษา หรือสามารถสังเกตโดยรวมจากการตอบคำถาม ว่าร่วมมือกับผู้สัมภาษณ์มากน้อยเพียงใด
- 2) **Psychomotor activities** อาจบ่งบอกถึงวินิจฉัย และการมีพยาธิสภาพทางกาย หรือ ทางระบบประสาท เช่น การขยับร่างกายช้าลง หรือ เร็วขึ้น เป็นเกณฑ์วินิจฉัยหนึ่งของโรคซึมเศร้า และ โรคอารมณ์สองขั้ว หรือ การมี tremor, bradykinesia ร่วมกับ gait อาจทำให้นึกถึง

Parkinsonism ที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคจิต หรือ Parkinson's disease ที่พบอาการทางจิตเวชร่วมด้วยบ่อยครั้ง

3) **Speech** ระหว่างรับฟังคำพูดของผู้ป่วย สามารถประเมินคำพูดในด้าน

- **ปริมาณการพูด** อาจพบได้ตั้งแต่ พูดน้อย ถ้ามคำตอบคำ (poverty of speech) พูดพอสมควรแต่เนื้อหาสั้น (poverty of content of speech) พูดปกติ (normal) พูดมาก (talkative) พูดมากจนสามารถหยุดได้ยาก (pressure of speech)
- **คุณภาพการพูด**
 - i. *Tone*: โดยธรรมชาติของภาษา จะมีเสียงขึ้นลง เสียงวรรณยุกต์ หรือเสียงเน้น เหล่านี้คือ tone ของการพูด ซึ่งหากมีการพูด ที่มี tone มากหรือน้อยกว่าปกติ เช่น การพูดแบบน้ำเสียงเดียว (monotonous speech)
 - ii. *Rate*: ความเร็วในการพูด อาจบ่งบอกถึงวินิจฉัยได้ เช่น หากพบว่าผู้ป่วยพูดเร็วกว่าปกติ พูดแทรก ร่วมกับปริมาณการพูดที่มากขึ้นกว่าปกติ อาจบ่งบอกถึงอาการหนึ่งของกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว
 - iii. *Fluency* ความคล่องในการพูด ว่าสามารถพูดได้ต่อเนื่องดีหรือไม่ อาจพบการพูดติดอ่าง (stuttering), การพูดไม่ชัด พูดลำบาก (dysarthria) ที่เกิดจาก extrapyramidal side effects และการพูดซ้ำ (echolalia) ซึ่งสามารถพบได้ในกลุ่มโรคจิต เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ทั้งนี้ผู้ประเมินควรพิจารณาจาก baseline การพูดเดิมของผู้ป่วยด้วย โดยอาจถามจากตัวผู้ป่วยโดยตรง ญาติ หรือ คนใกล้ชิด ว่ามีการเปลี่ยนแปลงการพูดไปหรือไม่ อย่างไร

- 4) **Mood** หรือ **พื่นอารมณ์** เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่อยู่ภายในและคงอยู่ จึงเป็นสิ่งที่ subjective ฉะนั้นการรายงานการตรวจสภาพจิตของพื่นอารมณ์ จึงควรใช้คำพูดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การประเมินพื่นอารมณ์มักจะสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความรุนแรงของอารมณ์
- 5) **Affect** หรือ **อารมณ์ที่แสดงออก** สามารถประเมินได้จากอารมณ์ที่ผู้สัมภาษณ์สังเกตได้จากผู้ป่วย ซึ่งอาจอธิบายในด้าน ลักษณะของอารมณ์ที่แสดงออก (quality) เช่น เศร้า ตึกครื้น กังวล , ความรุนแรงของอารมณ์ที่แสดงออก (intensity or quantity), ความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์แสดงออก (Range) เช่น แสดงออกน้อย (restricted affect), มีการแสดงออกอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว (labile affect) ความสัมพันธ์กับสถานการณ์ (appropriateness) และ ความสัมพันธ์กับพื่นอารมณ์ (congruence)

บ่อยครั้งที่ผู้เริ่มตรวจสภาพจิต อาจมีความสับสนระหว่าง พื้นอารมณ์ อารมณ์ที่แสดงออก และ ความคิดของผู้ป่วย จึงขอยกตัวอย่างเพื่อให้เข้าใจมากขึ้น เช่น ผู้สัมภาษณ์: ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเล่าให้ฟังว่าคุณเลิกกับแฟน คุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ ผู้ป่วย: รู้สึกว่าเขาไม่ควรทำกับผมแบบนี้เลย ผมติดกับเขามาตลอด ได้แต่ร้องไห้ เศร้า และเบื่อ (ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยร้องไห้ฟูมฟายเรื่องคนรักเป็นส่วนใหญ่)

ในกรณีเช่นนี้ แม้ผู้ป่วยจำบอกว่า “เขาไม่ควรทำกับผมแบบนี้เลย” แต่เป็นส่วนความคิดของผู้ป่วย ส่วนพื้นอารมณ์ที่แท้จริงคือ เศร้า และเบื่อ ส่วนอารมณ์ที่แสดงออก คือ ผู้สัมภาษณ์สังเกตเห็นซึ่งอาจบันทึกในผู้ป่วยรายนี้ได้ว่า

Mood: เศร้า เบื่อ, Affect: depress, no lability/ normal range, appropriate, congruence

- 6) **Thought content** คือ เนื้อหาความคิดของผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นหลัก คือ
- Obsessional thoughts คือ ความคิดหมกมุ่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่ผู้ป่วยก็ไม่ได้ต้องการคิดในเรื่องนั้น เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง
 - Delusions ความคิดหลงผิด มีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เนื้อหาไม่ตรงกับความเป็นจริง (fixed false belief) ซึ่งเนื้อหาความคิดเหล่านี้มีหลายแบบ เช่น persecutory delusion (หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย), delusion of reference คือ คิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นมีความหมายหมายถึงตน เช่น โททซ์สน์ twitter ออกข่าวที่เกี่ยวกับตนเอง
 - Suicidality and homicidality เนื้อหาความคิดที่ต้องการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น โดยหากพบ ต้องประเมินความตั้งใจที่จะเสียชีวิต หรือ ทำให้เสียชีวิต การวางแผน การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการกระทำ
- 7) **Thought process/ thought form** เป็นการประเมินระบบความคิดของผู้ป่วย ว่าความคิดของผู้ป่วยนั้นมีการจัดลำดับความคิดเป็นอย่างไร และแสดงออกอย่างไร ระบบความคิดที่ปกตินั้นมีลักษณะคือ เป็นลำดับ มีระบบ และมีจุดหมาย ซึ่งความผิดปกติที่พบในระบบความคิดนี้ อาจแสดงออกมาทางความคิดที่มีจุดหมายเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว เช่น Flight of ideas, หรือ การถามอย่างตอบอย่าง (irrelevant) เป็นต้น
- 8) **Perceptual disturbances** การรับรู้ที่มีความผิดปกติไป โดยสามารถแบ่งรูปแบบได้ ดังนี้
- Hallucination หรือ **ประสาทหลอน** คือ มีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอก (external stimulus) เช่น ภาพหลอน (visual hallucination)
 - Illusion หรือ **การแปลสัมผัสผิด** คือ มีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 จากการแปลสิ่งเร้าภายนอกผิดไปจากความจริง เช่น การเห็นสายน้ำเกลือ เป็นงู

9) Sensorium and cognition

- **Consciousness** หรือ ความรู้สึกตัว โดยอาจพบผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเลย (unconsciousness) หรือ มีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง (clouding of consciousness) ซึ่งการรู้สึกตัวนี้ อาจส่งผลกระทบต่อให้ไม่สามารถประเมินในด้านอื่น ๆ ได้
- **Orientation** หรือ การรับรู้เวลาสถานที่บุคคล ซึ่งหากมีความผิดปกติ อาจบ่งบอกถึงความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ซึ่งควรสืบหาสาเหตุทางกายอย่างละเอียด
 - i. เวลา ประเมินได้จากทั้ง ปี เดือน วันที่ วัน หรือระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล
 - ii. สถานที่ ประเมินจากชื่อโรงพยาบาล สถานที่ที่ทำการตรวจ ตำแหน่งของโรงพยาบาลเช่น ตึก ชั้นของอาคาร หรือ ชื่อคลินิก เป็นต้น
 - iii. บุคคล ถามชื่อผู้ป่วย ชื่อและความสัมพันธ์ของคนไข้ผู้ป่วยคุ้นเคยและอยู่ในสถานที่ที่ทำการตรวจ
- **Attention** หรือ ความใส่ใจ คือ ความสามารถในการระดมการรับรู้ให้ได้อย่างต่อเนื่องในสิ่งที่กำลังทำอยู่ ซึ่งอาจสามารถประเมินได้โดยใช้ digit span test คือ การให้ผู้ป่วยพูดทวนชุดตัวเลข โดยชุดตัวเลขนั้น ต้องไม่มีเลขซ้ำ ไม่มีเลขศูนย์ และ ไม่มีลำดับแบบอนุกรม (เช่น 2,4,6,8, ...) ซึ่งปกติแล้ว ควรสามารถทวนชุดตัวเลขใน digit forward (ทวนแบบตามลำดับ) ได้ 6 หลัก และ digit backward (ทวนจากเลขสุดท้ายมาเลขแรก) ได้ 4 หลัก
- **Concentration** หรือ สมาธิ คือ ความสามารถในการระดมการรับรู้ ในภาวะที่มีตัวกวน (distraction) หรือ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำอยู่ (task shifting) ซึ่งสามารถประเมินได้โดย การให้ผู้ป่วยทำ serial seven test คือการให้ผู้ป่วยลบเลข ที่มีจำนวน 100 เป็นตัวตั้ง แล้วลบจำนวนออกทีละ 7 แล้วบอกผลลัพธ์ทีละตัว ซึ่งปกติแล้วควรสามารถลบได้ต่อเนื่อง 5 หลัก อย่างไรก็ตามหากพิจารณาแล้วว่า ผู้ป่วยอาจไม่สามารถลบเลขในใจได้เนื่องจากทักษะการคิดคำนวณ อาจประเมินด้วยวิธีอื่น เช่น
 - การลบเลข ที่ตั้งด้วย 20 ลบออกทีละ 3
 - การบอกชื่อเดือนย้อนหลัง หรือ บอกวันย้อนหลัง
- **Memory** หรือ ความจำ
 - i. **Immediate memory** ประเมินจาก digit span test หรือ การให้พูดทวนของสามอย่างหลังจากที่แพทย์ได้บอกแล้วทันที

- ii. **Recall memory** ประเมินจากการให้ผู้ป่วยจดจำของสามอย่าง โดยที่เวลาผ่านไปประมาณ 5 นาที
- iii. **Recent memory** ประเมินโดยการถามถึงเหตุการณ์ภายใน 48 ชั่วโมง ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มีข้อควรระวังคือ หากตรวจผู้ป่วยในแบบผู้ป่วยนอก แพทย์ไม่อาจทราบกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำมาก่อนหน้าได้ จึงจำเป็นต้องมีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดเพื่อสอบถามว่าคำตอบที่ผู้ป่วยตอบนั้น ถูกต้องหรือไม่ จึงจะสามารถประเมิน recent memory ได้
- iv. **Remote memory** เป็นความทรงจำระยะยาว ซึ่งเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตผู้ป่วยที่ผ่านเวลาหลายปี ประเมินได้โดยการสอบถาม วันเดือนปีเกิด จำนวนบุตรและชื่อ จำนวนญาติพี่น้อง เป็นต้น

- **Fund of knowledge** หรือ การทดสอบทางเชาวน์ปัญญาและความรู้ทั่วไป ประเมินได้โดยการถาม ชื่อนายกรัฐมนตรีปัจจุบัน ชื่อจังหวัดในภาคเหนือ 5 จังหวัด วันหยุดราชการของไทย 5 วัน
- **Abstract reasoning** หรือ ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม

10) **Judgement** หรือ การตัดสินใจ เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีการคาดหมายผลที่จะตามมาอย่างไร และมีการปรับตัวในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่ แบ่งเป็น

- **Social Judgement** การตัดสินใจทางสังคม ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะที่อยู่กับผู้สัมภาษณ์ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่
- **Situational Judgement** คือ ประเมินการตอบสนองบางอย่างจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอาจได้เจอในชีวิตจริงว่ามีการปรับตัวอย่างไร เช่น หากเห็นซองจดหมายเจ้าหน้าที่ตม. แสดงบัตรอยู่ที่พื้น จะทำอย่างไร, หากเห็นกลุ่มควันกลุ่มใหญ่ในโรงหนังจะทำอย่างไร และ หากลืมกุญแจไว้ในบ้านจะทำอย่างไร

11) **Insight** หรือ การตระหนักรู้ถึงโรคที่เป็น และความตระหนักในการดูแลตัวเอง โดยประเมินจากคำถามว่า ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่คนอื่นสังเกตเห็นหรือไม่/ ทราบหรือไม่ว่าพฤติกรรมนั้นผิดปกติ/ ผู้ป่วยคิดว่าพฤติกรรมนั้นเกิดจากอะไร ทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือเหตุอื่นๆ/ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองต้องได้รับการรักษาหรือไม่ ซึ่งการตระหนักรู้ดังกล่าว อาจแบ่งระดับได้ดังนี้

- **True emotional insight** ตระหนักรู้ถึงโรคที่เป็น และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ ความเจ็บป่วยนั้นดีขึ้นได้

- Intellectual insight ยอมรับว่าตนเองป่วย ทราบถึงสาเหตุ แต่ยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ไม่ทั้งหมด
- Partial insight ยอมรับว่าตนเองป่วย แต่อาจคิดว่าเป็นสาเหตุทางกาย ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้นได้
- No insight ไม่ตระหนักถึงความผิดปกติ หรือ ความเจ็บป่วย

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

การตรวจร่างกายนั้นขึ้นกับโรคหรือภาวะที่แพทย์นึกถึง ซึ่งหากยังไม่สามารถแยกโรคทางกาย ออกได้อย่างชัดเจน การตรวจร่างกายตามระบบอาจยังจำเป็น ซึ่งผู้ป่วยลักษณะนี้อาจพบได้ทั้ง หงุดหงิด และผู้ป่วยใน ในขณะที่ผู้ป่วยนอก อาจทำการตรวจร่างกายเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น มีประเด็นการตรวจร่างกายที่ควรให้ความสำคัญ ดังนี้

- ภาวะหงุดหงิดของโรคทางกาย เช่น การตรวจร่างกายระบบประสาทในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
- โรคทางกายที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ ควรตรวจร่างกายตามระบบนั้นเกี่ยวข้องโดยเฉพาะ เช่น หากสงสัยภาวะ Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus (NPSLE) ก็ควรตรวจร่างกายเกี่ยวกับอาการทั้งทาง ระบบประสาท และอาการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช เช่น ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อคำนวณ body mass index วัตรอบเอว เพื่อประเมิน metabolic syndrome เป็นต้น
- ผลจากการใช้ยาหรือสารเสพติด เช่น การประเมิน alcohol withdrawal หรือการใช้ยาเกินขนาด ควรตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับ toxidromes ตามฤทธิ์ที่คิดถึง เช่น anticholinergic side effects

การสังเคราะห์ข้อมูลและการวินิจฉัย

การสังเคราะห์ข้อมูล (Formulation) คือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดทั้งในส่วนของอาการ ซึ่งในปัจจุบันจะยึดเกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 เป็นหลักในการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาแพทย์ และรวบรวมเหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งสามารถนำไปสู่การสร้างจิตพลวัต (psychodynamic formulation) ซึ่งเป็นการอธิบายถึงที่มา ปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยรายนั้น ที่ทำให้เกิดความผิดปกติ เพื่อวางแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

4. การวางแผนการรักษาและการสิ้นสุดการสัมภาษณ์

เมื่อสามารถสรุปวินิจฉัยเบื้องต้น และแนวทางการรักษาแล้ว ควรอธิบายรายละเอียดถึงแนวทางการรักษาที่แพทย์เสนอให้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นถึงแผนการรักษา ว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดใดที่อาจทำให้ไม่สามารถรับการรักษาได้

ในกรณีที่เป็นการปรึกษาจากต่างแผนก เพื่อมาเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช เมื่อสื่อสารกับผู้ป่วยถึงแผนการรักษาแล้ว ควรสื่อสารกับแพทย์ที่ได้ปรึกษามาด้วย เพื่อให้ข้อมูลและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยด้านความต่อเนื่องใจการรักษา

ช่วงเวลาท้ายของการสัมภาษณ์ นับว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก ผู้ป่วยอาจมีการเก็บประเด็นสำคัญไว้ตอนท้าย วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบอกประเด็นสำคัญนี้ เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือ

- แจ้งผู้ป่วยถึงระยะเวลาที่เหลืออยู่ ประมาณ 5-10 นาทีสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้บอกถึงประเด็นสำคัญก่อนหมดเวลาในการพูดคุย
- การวางแผนประเด็นที่จะพูดคุยในการติดตามอาการครั้งถัดไป
- หากผู้ป่วยยังคงเก็บประเด็นสำคัญไว้ช่วงท้าย จำเป็นต้องค้นหาว่า การกระทำเช่นนี้มี ความหมายอย่างไร เช่น ต้องการเวลาจากผู้รักษาเพิ่ม
- อาจปิดท้ายด้วยคำถามว่า ตัวผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือคำถามอะไรเพิ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความเห็น หรือ พูดคุยในประเด็นสำคัญ

การสัมภาษณ์ทางจิตเวชนับว่ามีความสำคัญและต้องใช้เวลาในการฝึกฝนทักษะ เพื่อเก็บข้อมูลจากการถามและการสังเกต เพื่อสามารถที่จะให้วินิจฉัย และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด การได้โอกาสสัมภาษณ์และหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะของคนไข้ ที่แม้ว่าจะไม่เคยเจอมาก่อน เป็นทางหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางจิตเวช อาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้จากการเห็นผู้ป่วยที่หลากหลาย ไปพร้อมกับจิตแพทย์ เพื่อให้สามารถระบุความผิดปกติได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

อาการ (symptoms) หมายถึง สภาพร่างกายหรือจิตใจที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีผิดปกติ

อาการแสดง (sign) หมายถึง สิ่งที่สามารถสังเกตหรือตรวจพบได้จากผู้ป่วย

โดยสามารถสรุปอาการและอาการแสดงได้ดังตารางต่อไปนี้ (Jansson, 2016; Sadock et al., 2015)

สรุปอาการและอาการแสดงทางจิตเวช (Sign and symptoms in psychiatry)

Module	Sign/symptoms	Meaning
Psychomotor activity	Akinesia	ไม่มีการขยับร่างกาย ซึ่งสามารถพบได้ทั้งใน catatonic schizophrenia หรือ extrapyramidal side effects
	Agitation	กระวนกระวาย
	Bradykinesia	การเคลื่อนไหวช้า และ มีการเคลื่อนไหวลดลงจากปกติ
	Catalepsy	คงท่าทางของร่างกายไว้ โดยที่การกระทำนั้นยังไม่สิ้นสุดลง พบได้ใน catatonic schizophrenia
	Cataplexy	การสูญเสีย muscle tone อย่างกะทันหัน
	Catatonic excitement	มีการตื่นตัว ที่ไม่อาจควบคุมการเคลื่อนไหวได้
	Catatonic rigidity	คงท่าทางของร่างกายไว้ โดยมีแรงต้านเมื่อพยายามเปลี่ยนแปลงท่าทางนั้น
	Catatonic stupor	ขาดการโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม ตอบสนองกับ deep pain แต่ยังคงการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมอยู่
	Echopraxia	เลียนแบบท่าทางการเคลื่อนไหวของผู้อื่น พบได้ใน catatonic schizophrenia
	Waxy flexibilities	คงท่าทางของร่างกายไว้ โดยเป็นไปตามการจัดวางของผู้อื่น เช่น จับมือผู้ป่วยให้ยกขึ้น ผู้ป่วยจะคงอยู่ในท่านั้น
	Tremor	อาการสั่นของร่างกายแบบ involuntary (นอกเหนือการควบคุมของจิตใจ)

Module	Sign/symptoms	Meaning
Speech	Agrammatism	การประกอบคำของผู้ป่วยเป็นประโยคไม่เป็นไปตามไวยากรณ์ ซึ่งสามารถพบได้ใน Alzheimer's / Pick's disease
	Bradylalia	พูดช้ากว่าปกติ พบได้ใน depression
	Pressure of speech	มีการพูดโดยไม่มีการกระตุ้นมากกว่าปกติ พูดเสียงดัง และเร็วกว่าปกติ โดยยังพอสามารถขัดจังหวะการพูดได้
	Poverty of speech	ปริมาณการพูดลดลง ถามคำตอบคำ
	Poverty of content of speech	ปริมาณการพูดคงเดิมตามปกติแต่
	Spontaneous speech	การพูดเกิดขึ้นเองโดยไม่จำเป็นต้องมีการกระตุ้น
	Stuttering	พูดตะกุกตะกัก/ติดอ่าง
Affect	Restricted affect	การแสดงออกอารมณ์ทางสีหน้าที่ความเข้มข้นของอารมณ์ลดลงอย่างชัดเจน แต่ไม่รุนแรงเท่า blunt affect
	Blunt affect	การแสดงออกอารมณ์ทางสีหน้าลดลงมาก ทั้งด้านความเข้มข้น (intensity) แต่ยังคงออกบางครั้ง
	Flat affect	การแสดงออกอารมณ์ทางสีหน้าลดลงมากจนแทบไม่แสดงออกเลย หรือไม่แสดงออกเลย
	Labile affect	การแสดงออกของอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว
	Appropriate affect	การแสดงอารมณ์เหมาะสมกับสถานการณ์
	Inappropriate affect	การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

Module	Sign/symptoms	Meaning
Mood	Anhedonia	หมดความสนใจ ออกจากสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข สัมพันธ์กับ depression
	Anxiety	วิตกกังวล (ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต)
	Alexithymia	การรับรู้และระบุอารมณ์ทำได้ยาก หรือไม่สามารถรับรู้อารมณ์ตนเองได้
	Depressed mood	อารมณ์ซึมเศร้า
	Euphoria	อารมณ์เคลิ้มสุข
	Euthymic mood	อารมณ์ปกติ
	Fear	กลัว (รู้ว่าสิ่งที่กลัวนั้นคืออะไร เช่น กลัวความสูง ลัตุ์เลื่อยคลาน)
	Irritable mood	อารมณ์หงุดหงิด
	Panic	การมีความกังวลอย่างรุนแรงเกิดขึ้น (Acute intense attack of anxiety)
Thought form	Blocking	ความคิดหยุด โดยที่ยังคิดเรื่องนั้นไม่จบ ซึ่งจะไม่สามารถจำได้ว่าคิดอะไรค้างอยู่
	Circumstantiality	พูดอ้อมค้อม
	Clang association	พูดคำคล้องจอง โดยไม่มีความหมาย
	Derailment/ loosening of association	ความคิดที่เบี่ยงเบนออกจากจากความคิดเดิมแต่ไม่มี blocking โดยไม่มีความเชื่อมโยงในเรื่องที่คิด
	Flight of ideas	ความคิดแล่นเร็ว เปลี่ยนเรื่องไปเรื่อยๆ โดยที่แยกออกไปจากเรื่องที่กำลังคิดอยู่
	Incoherence	ความคิดไม่สอดคล้อง ไม่เป็นเรื่องเดียวกัน

Module	Sign/symptoms	Meaning
	Irrelevant	ความคิดที่จะตอบไม่ตรงกับเรื่องที่เป็นคำถาม
	Neologism	การสร้างคำใหม่
	Perseveration	(1) การตอบสนองแบบซ้ำ แม้ว่าจะเปลี่ยนตัวกระตุ้น หรือ ตอบด้วยคำตอบเดิม แม้ว่าจะเปลี่ยนคำถาม (2) การตอบสนองด้วยคำที่เฉพาะเจาะจงหรือกระบวนการพูด และหัวข้อที่เหมือนเดิม
	Tangentiality	ไม่สามารถพูดให้ตรงจุดที่ต้องการพูดได้ พูดเฉียงคำตอบที่สอดคล้องไป
Thought content	Obsessional thought	มีความคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยไม่สามารถกำจัดออกไปได้ด้วยเหตุผล ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ
	Overvalued idea	ความคิดที่ไม่สมเหตุผล และไม่ถูกต้อง แต่ระดับรุนแรงน้อยกว่า delusion
	Preoccupation of thought	การมีความคิดสนใจ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สัมพันธ์กับอารมณ์ที่มีความเข้มข้น
	Delusions	ความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยมีความเชื่อที่เข้มข้น ไม่สามารถเปลี่ยนความคิดนั้นๆ ได้ (fixed false beliefs)
	● Bizarre delusion	ความคิดหลงผิดที่แปลก เกิดจริงไม่ได้
	● Non-bizarre delusion	ความคิดหลงผิดที่เกิดขึ้นจริงได้
● Grandiose delusion	คิดหลงผิดว่าเป็นคนสำคัญ มีอำนาจพิเศษ	

Module	Sign/symptoms	Meaning
	● Persecutory delusion	คิดว่ามีคนปองร้าย คิดทำร้ายตนเอง
	● Erotomaniac delusion	คิดว่ามีคนมาหลงรักตนเอง มักเกิดขึ้นในลักษณะเป็นบุคคลที่มีสถานะสูงกว่า
	● Delusion of jealousy	คิดว่าคนรักนอกใจ
	● Delusion of references	คิดว่าคนอื่นพูดถึงตน อาจเป็นกลุ่มคนที่ไม่รู้จก จากโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต
	● Thought broadcasting	คิดว่าคนอื่นล่วงรู้ความคิดของตน
	● Thought insertion	มีความคิดอื่นแทรกกับความคิดตน
	● Thought withdrawal	ความคิดที่คิดอยู่ถูกนำออกไป
	Suicidality	
	● Active suicidal ideation	มีความคิดทำร้ายให้ตนเองเสียชีวิต
	● Passive suicidal ideation	มีความคิดต้องการจบชีวิตตนเอง หากมีสิ่งใดมาทำให้เสียชีวิตได้ก็เต็มใจ
Homicidality	มีความคิดทำร้ายผู้อื่น	
Perception	Illusion	ความผิดปกติของการรับรู้ มีสิ่งเร้าแต่เกิดการแปลผิด
	Hallucination	ประสาทหลอน เป็นความผิดปกติของการรับรู้ ไม่มีสิ่งเร้า แต่ผู้ป่วยรับรู้ผ่าน sensory ต่าง ๆ
	● Hypnagogic hallucination	ประสาทหลอน ช่วงกำลังเคลิ้มหลับ
	● Hypnopompic hallucination	ประสาทหลอน ช่วงกำลังเคลิ้มตื่น
	● Auditory hallucination	ประสาทหลอนทางการได้ยิน
	● Visual hallucination	ประสาทหลอนทางการมองเห็น
	● Olfactory hallucination	ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น
	● Gustatory hallucination	ประสาทหลอนทางการได้ลิ้มรส

Module	Sign/symptoms	Meaning
	● Tactile hallucination	ประสาทหลอนเกี่ยวกับการสัมผัสทางผิวหนัง
	● Somatic hallucination	ประสาทหลอนเกี่ยวกับการรับรู้ร่างกาย
Sensorium and cognition		
Consciousness	Disorientation	การรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติ ไม่สามารถบอกวันเวลาสถานที่ได้
Memory	Amnesia	การสูญเสียความทรงจำ
	Paramnesia	ความจำผิดปกติโดยสับสนความจริงกับสิ่งที่ต่อเติมเอง
Intelligence	Intellectual disabilities	ความบกพร่องในเชาวน์ปัญญา โดยส่งผลต่อการปรับตัว การแก้ปัญหา
	Neurocognitive disorder	การเสื่อมของความคิดอย่างถาวร ซึ่งมีสภาพเดิมปกติมาก่อน
Judgement	Impaired judgement	การตัดสินใจบกพร่อง
	Impulsive judgement	การตัดสินใจอย่างหุนหันพลันแล่น
Insight	Emotional insight	มีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตน สาเหตุทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
	Intellectual insight	มีการรับรู้ความเจ็บป่วย สาเหตุ การดูแลตนเอง แต่ยังไม่ทั้งหมด
	Partial insight	มีการรับรู้ความเจ็บป่วย สาเหตุ การดูแลตนเอง และ ทำได้บางส่วน หรือรับรู้อาการตัวเองว่าเป็นโรคทางกาย
	Impaired/ poor insight	ไม่สามารถรับรู้ หรือ ไม่สามารถยอมรับอาการทางจิตเวชของตนเองได้

บรรณานุกรม

- Jansson, L., 2016. The psychiatric interview for differential diagnosis. Springer.
- Maneeton, B., Maneeton, N., Louthrenoo, W., 2013. Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9, 799–804. <https://doi.org/10.2147/NDT.S44248>
- Oon-Arom, A., Likhitsathian, S., Maneeton, B., Sulaiman, A.H., Shih-Yen, E.C., Udomratn, P., Chen, C.-H., Srisurapanont, M., 2019a. Subjective depressive symptoms associated with pain in patients with major depressive disorder: Findings from the study on the aspect of Asian depression. *Perspect Psychiatr Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12403>
- Oon-Arom, A., Wongpakaran, T., Satthapisit, S., Saisavoey, N., Kuntawong, P., Wongpakaran, N., 2019b. Suicidality in the elderly: Role of adult attachment. *Asian J Psychiatr* 44, 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.014>
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P., 2015. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer.
- Tasman, A., Kay, J., Ursano, R., 2013. The Psychiatric Interview. Wiley Online Library.