



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

1 แห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564
Volume 29 Number 2 April - June 2021
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- ❶ ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น
ดุชเดือน ตั้งอารีอรุณ, ชาญวิทย์ พรนภดล, ทิฆัมพร หอลิรี
- ❷ การศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย
รุจินันท์ เหล่านิยมไทย, ศุภโชค สิงห์กันต์, สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ
- ❸ ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร
วรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะลิตะเวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปพน รัตนตรัย, ดุชนฎิ จิงศิริกุลวิทย์
- ❹ ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน
เกษร สายชนู, กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, เกษราภรณ์ เคนบุบผา
- ❺ ประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญ risperidone solution กับยาต้นตำรับในการรักษา
ผู้ป่วย autism spectrum disorder
จินตนา ปรัชญาสันติ, พัฒน์พัฒน์ พรรณแผ้ว, ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, อาภาภรณ์ พึ่งยอด, ศิริพรรณ แสนลัง, ภาวินี บุญสุวรรณศรีสง
- ❻ ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สายฝน ทศภาทินรัตน์, เรือนทอง อภิวงศ์, พรสุรีย์ คุวิจิตรสุวรรณ, ฉวีวรรณ แสงสว่าง, นิพนธ์ เชื้อสะอาด, ลักขณา ไทยเครือ
- ❼ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
วีรนนท์ แยมรัตนกุล, เอมอร จิระพันธุ์
- ❽ การเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้ง และวันละหลายครั้งใน
ผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
อนุสรณ์ เครือฉนวน, อนุมพวงษ์ เสถียรลักษณ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, สุทธา สุปัญญา, พรทิพย์ อีร์รัตน์ไชยเลิศ, พินทุสร กลับลุณ

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X



E-ISSN 2697-567X

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้
แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย

นายธัญพิสิฏฐ์ บุญพัฒน์นาภรณ์



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its objective is to disseminate mental health and psychiatric research in order to distribute and share experience amongst health and mental health personnel.

Free subscription:

Free access online: Every 3 months or 4 volumes/year

Download and Submission:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health, Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8183 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht.dmh@gmail.com

Remark:

Authorization to photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. The consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Director of Bureau of Mental Health Academic Affairs

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)

Editor-in-Chief

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Rajanagarindra Institute of
Child Development

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Mental Health Center 12
Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Songkhla Rajanagarindra
Psychiatric Hospital
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya
Institute of Psychiatry
Varoth Chotpitayasunondh, M.D., Ph.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Kusumavadee Kamklang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaissal, M.D. Khon Kaen University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University
Assoc.Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University
Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government employee on person
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Child and Adolescent Mental
Health Rajanagarindra Institute
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. Government Inspectorat Office of the
Permanent Secretary for Public Health
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government employee on person
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University

International Editors

Prof.Walter Ling, M.D. University of California, USA
Assoc.Prof.Robert Ali, M.D. University of Adelaide, Australia
Rudy RD Bogoian, M.D. Independent Professional Role

Managing Editors (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sorawan Intasitti, Ph.D. Mr.Phothorn Wuttiham

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Sirikul Chulkeeree Mrs.Thitiya Jantaprom
Mrs.Chanita Dumkhaew Mr.Chatuphot Phromsida
Mr.Tanpisith Boonpattapanorn

Unless otherwise states, the views and opinion expressed in Journal of Mental Health of Thailand are those of authors of the papers, and do not represent those of the editorial board or the Department of Mental Health.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
นิพนธ์ต้นฉบับ	ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น	93
	ดุขเดือน ตั้งอารีอรุณ, ชาญวิทย์ พรนภดล, ทิฆัมพร หอสิริ	
	การศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย	105
	รุจินันท์ เหล่านิยมไทย, ศุภโชค สิงห์กันต์, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน	
	ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร	114
	วรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปพน รัตนตรัย, ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์	
	ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน	125
	เกษร สายธนู, กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, เกษราภรณ์ เคนบุปผา	
	ประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญ risperidone solution กับยาต้านตำรับในการรักษาผู้ป่วย autism spectrum disorder	137
	จินตนา ปรัชญาสันติ, พัฒนพัฒน์ พรหมแผ้ว, ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, อาภาภรณ์ พึ่งยอด, ศิริพรรณ แสนล้ง, ภาวินี บุญสุวรรณสง	
	ประสิทธิผลของดนตรีบำบัดร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	149
	สายฝน ทศภาทินรัตน์, เรือนทอง อภิวงศ์, พรสุรีย์ คูวิจิตรสุวรรณ, ฉวีวรรณ แสงสว่าง, นิพนธ์ เชื้อสะอาด, ลักขณา ไทยเครือ	
บทความปริทัศน์	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	161
	วีนันท์ แยมรัตนกุล, เอมอร จิระพันธุ์	
	การเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	177
	อนุสรุา เครือนวน, ฌอนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, สุทธา สุปัญญา, พรทิพย์ อีร์รัตน์ไชยเลิศ, พินทุสร กลับคุณ	

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

I

สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

CONTENTS PREFACE		Page
EDITORIAL ORIGINAL		A
ORIGINAL ARTICLES	Prevalence, associated factors and functions impairment of internet gaming disorder (IGD) in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) Dutduan Tang-aree-arun, Chanvit Pornnoppadol, Tikumporn Hosiri	93
	The study of the psychometric properties of the consciousness quotient inventory Thai version Rujinant Laoniyomthai, Supachoke Singhakant, Sucheera Phattharayuttawat	105
	Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok Warintip Sawangsri, Nantayoot Hasitaweche, Chonticha Yamma, Nattapapon Rattanatrai, Dutsadee Juengsiragulwit	114
	The effects of problem-solving group therapy conjoined with mindfulness for depression in elderly with chronic diseases living in community Kesorn Saithanu, Kingkan Choomuang, Kedsaraporn Kenbubpha	125
	Effectiveness and adverse drug reactions between generic and original risperidone solution in patients with autism spectrum disorder Jintana Prachayasunti, Phannaphat Phanphaew, Chadapim Phoasavasdi, Arpaporn Puengyod, Siripran Sanlung, Pawinee Bunsawonsung	137
	Effectiveness of music therapy conjoined with rehabilitation program in post-stroke patients Saiphon Tospatinrat, Reanthong Apiwong, Bhornsuree Kuvijitsuwon, Chaweewan Sangsawang, Nipon Chuasa-ard, Lakkana Thaikruea	149
REVIEW ARTICLES	Clinical practice guidelines for the management of anxiety and depression in patients with stroke: a systematic review Weeranan Yaemrattanakul, Aimorn Jiraphan	161
	Comparison of efficacy and safety between once-daily dosing and divided dosing of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia: a systematic review Anusara Kraunual, Thanompong Sathienluckana, Pholphat Losatiankij, Suttha Supanya, Porntip Theraratchailert, Pintusorn Klabkhun	177
INSTRUCTION TO AUTHORS		I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND		

บรรณาธิการแถลง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องทั่วโลก ในประเทศไทยมีการระบาดเป็นระลอกที่สามและมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม นอกจากการปรับตัววิถีชีวิตใหม่ที่ต้องป้องกันสุขอนามัยอย่างเข้มข้นแล้ว วัคซีนโควิด 19 เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สำคัญ ผู้ได้รับวัคซีนทั่วประเทศในขณะนี้เพิ่มเป็นหลายล้านคนแล้ว คาดว่าจะบรรเทาความรุนแรงของโรคโควิด 19 ได้ในไม่ช้า

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เล่มที่ 2 ของปี พ.ศ. 2564 (ปีที่ 29) เดือนเมษายน - มิถุนายน ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายประเด็น ดังเช่น รายงานนิพนธ์ต้นฉบับล่าสุดถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในการศึกษาเรื่อง *ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร* โดย วรินทิพย์ สว่างศรี และคณะ ที่ศึกษาจากข้อมูลในโครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนในประเด็นเด็กและวัยรุ่นนั้น มีรายงานนิพนธ์ต้นฉบับภาวะติดเกมในกลุ่มเฉพาะเรื่อง *ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น* โดย ดุષเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ ที่ทำให้ทราบความรุนแรงของปัญหาโรคร่วมนี้ในบริบทเฉพาะของเด็กไทย

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาประเด็นยาจิตเวชสองเรื่อง เรื่องแรกเป็นนิพนธ์ต้นฉบับเรื่อง *ประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญ risperidone solution กับยาต้นตำรับในการรักษาผู้ป่วย autism spectrum disorder* โดย จินตนา ปรัชญาสันติ และคณะ และเรื่องที่สองเป็นบทความปริทัศน์เรื่อง *การเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้ง และวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ* โดย อนุสรณ์ เครือฉนวน และคณะ ซึ่งทั้งสองเรื่องเป็นประโยชน์อย่างมากในการตัดสินใจสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีสองรายงานการศึกษาคือ นิพนธ์ต้นฉบับเรื่อง *ประสิทธิผลของดนตรีบำบัดร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* โดย สายฝน ทศภาทินรัตน์ และคณะ และบทความปริทัศน์เรื่อง *แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ* โดย วีรนนท์ แยมรัตน์กุล และ เอมอร จิระพันธ์

ประเด็นการเจริญสติ (mindfulness) ที่ได้รับความสนใจอย่างมากในระยะหลังทั้งในและต่างประเทศ งานวิจัยที่น่าสนใจสองเรื่องคือ *ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน* โดย เกษร สายธนู และคณะ และรายงานการพัฒนาเครื่องมือเรื่อง *การศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย* โดย รุจินันท์ เหล่านิยมไทย และคณะ ที่นำเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับเป็นสากลมาใช้กับคนไทย ซึ่งจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการประเมินบุคคลหรือการประเมินทางคลินิกในด้านสติและสัมปชัญญะ

ดิฉันและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ในโอกาสนี้ ดิฉันขออาลาบทบาทบรรณาธิการวารสาร และขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ร่วมมือการทำงานอย่างหนักมาตลอดสามปีครึ่ง ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้นักวิชาการรุ่นใหม่ของกรมสุขภาพจิตได้มาร่วมพัฒนาวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยให้ก้าวหน้ามากขึ้น ซึ่งดิฉันยินดีร่วมทำงานในฐานะบรรณาธิการกิตติมศักดิ์ และขอให้ความมั่นใจกับผู้อ่านทุกท่านถึงการคงคุณภาพวารสารอย่างต่อเนื่อง

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกม ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วันรับ : 22 ตุลาคม 2563

วันแก้ไข : 18 มีนาคม 2564

วันตอบรับ : 25 มีนาคม 2564

ดุขเดือน ตั้งอารีอรุณ, พ.บ., ชาญวิทย์ พรนภดล, พ.บ.,

ทิฆัมพร หอสิริ, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้น

วิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 ถึง 18 ปี จำนวน 455 คน ใช้แบบทดสอบการติดเกม (game addiction screening test; GAST) เพื่อคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงติดเกม และยืนยันการวินิจฉัยภาวะติดเกม (internet gaming disorder; IGD) ด้วยการสัมภาษณ์ทางจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค DSM-5 ศึกษาการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (Weiss functional impairment rating scale: WFIRS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, t-test และ chi-square test

ผล : เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองตอบรับเข้าร่วมวิจัยจำนวน 320 คู่ (ร้อยละ 70.3) จากการคัดกรองพบมีความเสี่ยงติดเกมจำนวน 70 คน (ร้อยละ 22.1) และได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเกม 25 คน (ร้อยละ 8.3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะติดเกม ได้แก่ ระยะเวลาที่เล่นเกม ($p < .05$) และการเล่นเกมที่มีความรุนแรง ($p < .05$) โดยพบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกมมีคะแนนการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นทั้งจากแบบประเมินตัวเองและประเมินโดยผู้ปกครองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเกม ($p < .05$)

สรุป : ภาวะติดเกมเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และส่งผลต่อการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้น การประเมินและติดตามภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเป็นระยะ จะช่วยให้เด็กได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การสูญเสียหน้าที่ ความชุก ภาวะติดเกม โรคสมาธิสั้น

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ชาญวิทย์ พรนภดล; e-mail: chanvit.por@mahidol.edu

Original article

Prevalence, associated factors and functions impairment of internet gaming disorder (IGD) in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Received : 22 October 2020

Revised : 18 March 2021

Accepted : 25 March 2021

Dutduan Tang-aree-arun, M.D., Chanvit Pornnoppadol, M.D.,

Tikumporn Hosiri, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Abstract

Objective: To examine the prevalence, associated factors, and function impairment of IGD in children and adolescents with ADHD.

Methods: A total of 455 ADHD participants aged 6 - 18 years were recruited. Game Addiction Screening Test (GAST) was utilized to screen for game addiction behavior. The final diagnosis of IGD was obtained from the diagnostic interview using DSM-5 criteria. The function impairment was evaluated using the Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) - Thai version.

Results: 320 ADHD participants (70.3%) participated in this study. Of those, 70 participants (22.1%) were initially screened positive using GAST and then 25 participants (8.3%) subsequently received IGD diagnosis. The significant associated factors of IGD included time spent playing games ($p < .05$) and playing violent game ($p < .05$). ADHD participants with comorbid IGD had a higher total score of WFIRS both on child's and parents' questionnaires ($p < .05$) than those without IGD.

Conclusion: IGD is a common comorbid problem in ADHD patients and can cause more function impairment. These findings emphasize the importance of routine screening for IGD during the initial ADHD evaluation and follow-up visit to provide early appropriate interventions.

Keywords: ADHD, function impairment, internet gaming disorder, prevalence

Corresponding author: Chanvit Pornnoppadol; e-mail: chanvit.por@mahidol.edu

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยติดเกมมีความสัมพันธ์กับการขาดสมาธิ และอาการหุนหันพลันแล่น

ความรู้ใหม่ : ความชุกของภาวะติดเกมในเด็กโรคสมาธิสั้น สูงกว่าเด็กทั่วไป ภาวะติดเกมทำให้หน้าที่ด้านต่าง ๆ ในเด็กโรคสมาธิสั้นแย่ลง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรประเมินภาวะติดเกมในเด็กโรคสมาธิสั้นทุกครั้งระหว่างติดตามการรักษา

บทนำ

เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า การเข้าถึงสื่อได้ง่าย และการเล่นเกมต่าง ๆ พัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การเล่นเกมเป็นกิจกรรมที่ได้รับความนิยมสูงในเด็กและวัยรุ่น¹ การเล่นเกมมากขึ้นในเด็กส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะติดเกม และผลกระทบต่อผู้เล่นทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม²⁻⁴ เช่น ผลกระทบต่อสมาธิ การเรียน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาด้านสัมพันธ์กับผู้อื่น ในทศวรรษที่ผ่านมา มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการเล่นเกมมากขึ้น รวมถึงการศึกษาความชุกของภาวะติดเกม⁵ โดยงานวิจัยทั่วโลกพบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กตั้งแต่อายุ 0.6 - 19.9⁵ ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กตั้งแต่อายุ 5.4 - 15⁶⁻⁹ ค่าความชุกที่แตกต่างกันนี้มาจากการให้นิยามของภาวะติดเกม เครื่องมือวัดผล และพื้นที่ที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา^{10,11}

ในปี ค.ศ. 2013 สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้เห็นความสำคัญของผลกระทบจากการเล่นเกม จึงนิยามภาวะติดเกมว่า “internet gaming disorder หรือ IGD” โดยอธิบายภาวะติดเกมไว้ว่าเป็นการเล่นเกมนานเกินไปและซ้ำๆ ส่งผลกระทบในด้านลบหรือเกิดความทุกข์ทรมาน คู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition; DSM-5)¹² ได้จัดภาวะติดเกมไว้ในหมวดโรคส่วนที่ 3 (section III, “conditions for further study”) ซึ่งเป็นหมวดโรคที่ยังต้องศึกษาด้านการวินิจฉัยและข้อมูลด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม

แม้ว่าใน DSM-5 จะใช้คำว่า “internet gaming disorder” แต่ในการวินิจฉัยนั้นสามารถใช้ได้ทั้งเกมออนไลน์ (online) และออฟไลน์ (offline) นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 2018 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดให้ภาวะติดเกมเป็นหนึ่งในโรคจิตเวชและบรรจุอยู่ในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (international statistical classification of diseases and related health problems; ICD-11) โดยใช้ชื่อว่า “gaming disorder”¹³

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น มีสาเหตุมาจากการพัฒนาทางสมองที่บกพร่อง (neuro-developmental disorder) โดยมีแกนของความผิดปกติ คือ ความบกพร่องของสมาธิ (attention deficit) การขาดสมาธิจดจ่อ (inattentiveness) และการควบคุมตนเองที่ไม่ดี (poor self-regulation)¹⁴ โดยโรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการติดเกม¹⁵⁻¹⁷ การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าพบว่าในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น เมื่อโตขึ้นมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาในการเล่นเกมนานกว่าเด็กปกติ¹⁶ ในขณะเดียวกันผู้ที่เล่นเกมเป็นเวลานานและในผู้ที่มีภาวะติดเกมพบว่ามี ความสัมพันธ์กับสมาธิที่ลดลง^{18,19} รวมทั้งมีลักษณะขาดการยับยั้งคิดหรืออาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity)^{18,20,21} ดังนั้นในผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะติดเกม^{16,17}

ปัจจุบันมีผู้ศึกษาภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นโดยพบความชุกในประเทศอิหร่านร้อยละ 11²² และในประเทศไทยร้อยละ 37.5⁷ การศึกษาทั้งสองใช้วิธีการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้ได้จำนวนเด็กที่มีภาวะติดเกมมากกว่าความเป็นจริง และยังไม่เคยมีการศึกษาความชุกภาวะติดเกมโดยการวินิจฉัยด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ DSM-5 มาก่อน และแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะแสดงให้เห็นว่าภาวะติดเกมส่งผลกระทบต่อเยาวชนแต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการสูญเสียหน้าที่ (functional impairment) จากโรคสมาธิสั้น ในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกม ดังนั้น การศึกษานี้จึงต้องการสำรวจความชุก

ของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเกม และการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกม

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ 826/2018 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2562

เกณฑ์การเข้าร่วมวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 ถึง 18 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช และผู้ปกครอง โดยเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต (psychotic disorder) ความบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) ภาวะออทิสซึม (autistic spectrum disorder) และความผิดปกติด้านอารมณ์ที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ (severe mood disorder) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณการความชุกของภาวะติดเกม ที่อ้างอิงจากจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2560 และค่าความชุกของเด็กที่มีปัญหาติดเกมจากการศึกษาของเด็กนักเรียนในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร⁸ ร้อยละ 15 ($p = .15$) กำหนดค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ .03 ($d = .03$) ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 455 คน

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาใน 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงติดเกม (screening test) โดยใช้ 1) แบบทดสอบการติดเกม game addiction screening test (GAST)²³ เพื่อคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงติดเกม ประกอบด้วยฉบับประเมินตนเองและฉบับประเมินโดยผู้ปกครอง มีข้อคำถาม 16 ข้อ เพื่อประเมินการเล่นเกม 3 ด้าน ได้แก่ การหมกมุ่นการติดเกม การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม และการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ คำตอบเป็นระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่

“ใช่เลย” “น่าจะใช่” “ไม่น่าใช่” “ไม่ใช่เลย” โดยมีคะแนน cut-off point มากกว่าหรือเท่ากับ 33, 23 และ 30 คะแนนสำหรับเด็กชาย เด็กหญิง และผู้ปกครองตามลำดับ แบบประเมินนี้มีค่า Cronbach's alpha ฉบับตนเองและฉบับผู้ปกครอง เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ และ 2) แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (Weiss functional impairment rating scale; WFIRS)²⁴ ฉบับภาษาไทย เพื่อศึกษาการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกม แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับประเมินตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม 69 ข้อ และฉบับประเมินโดยผู้ปกครองประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ เป็นการประเมินทักษะด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านหน้าที่ การงาน ด้านการเรียน ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านมุมมองต่อตนเอง ด้านการเข้าสังคม และด้านพฤติกรรมเสี่ยง คำตอบเป็นระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่เคยเกิดขึ้น” “เกิดขึ้นบางครั้ง” “เกิดขึ้นบ่อย ๆ” “เกิดขึ้นเป็นประจำ” แบบประเมินนี้มีค่า Cronbach's alpha ฉบับผู้ปกครองและฉบับตนเอง เท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ ทั้งนี้ถือว่าผู้ตอบแบบสอบถามครบและส่งคืนได้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย (implied consent)

ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย (clinical diagnostic interview) ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองที่มีผลบวกจากแบบทดสอบการติดเกม (GAST) จะถูกสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะติดเกมตาม DSM-5 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ถูกสัมภาษณ์ทุกคนจะผ่านกระบวนการขอความยินยอม (informed consent) เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเกมคือ มีลักษณะการเล่นเกมที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งอาการดังกล่าวมีผลกระทบทำให้เกิดความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก แสดงออกตั้งแต่ 5 อาการขึ้นไป ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้ 1) มีความหมกมุ่นสนใจกับเกม (preoccupation) 2) มีอาการถอนเมื่อถูกขัดขวางไม่ให้เล่นเกม (withdrawal) 3) ใช้เวลาในการเล่นเกมนานขึ้นเรื่อย ๆ (tolerance) 4) ไม่สามารถหยุด

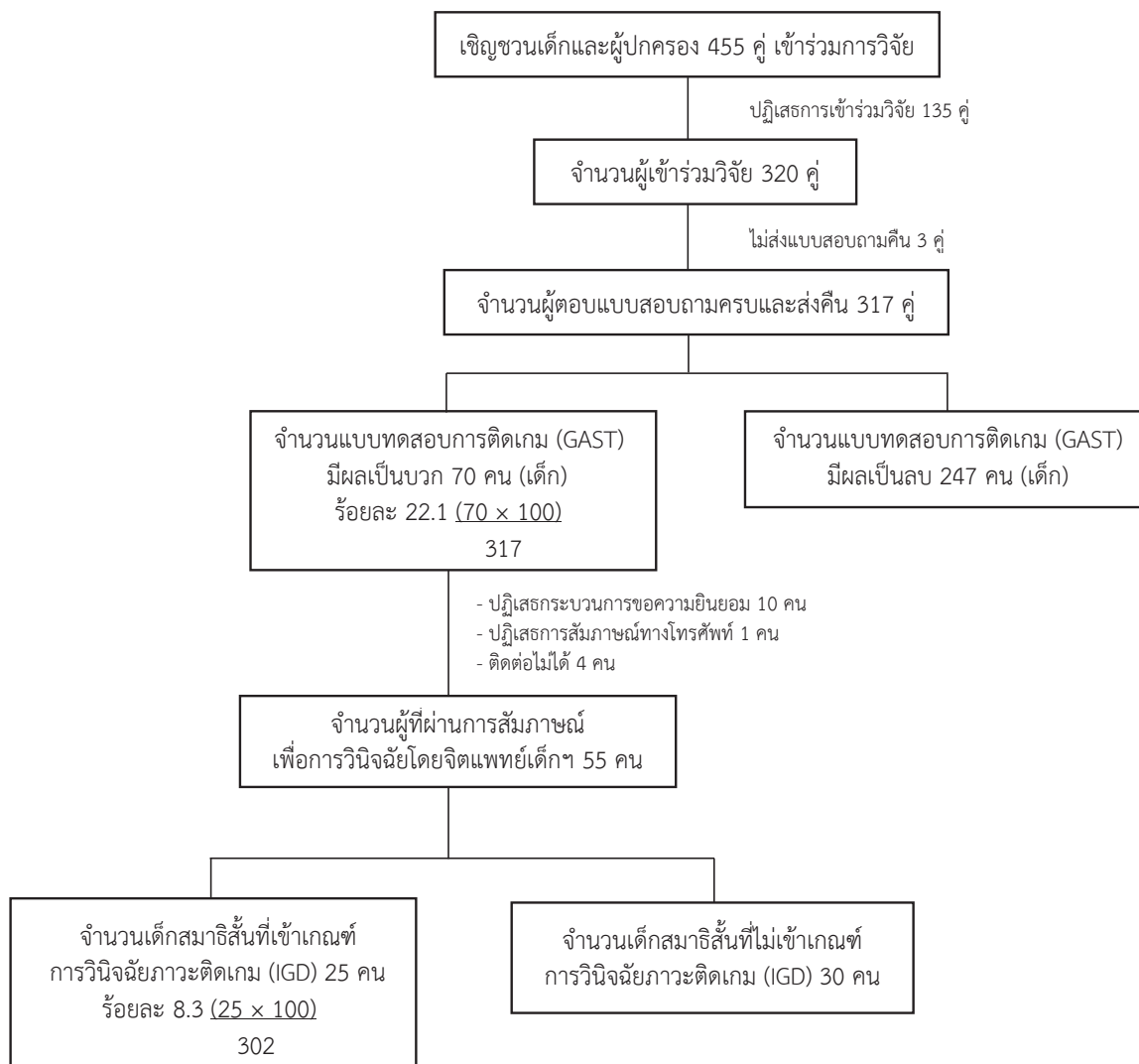
การเล่นเกมที่ 5) สูญเสียความสนใจที่เคยมีต่อกิจกรรมอื่น ๆ ยกเว้นการเล่นเกม 6) เล่นเกมอย่างต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าการเล่นนั้นก่อให้เกิดปัญหา 7) โทกหลงกลลงในเรื่องปริมาณเวลาที่ใช้เล่นเกม 8) ใช้การเล่นเกมเพื่อบรรเทาความรู้สึกในแง่ลบ 9) การเล่นเกมส่งผลกระทบต่อในแง่ลบและเกิดปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ การงาน และการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอตัวแปรต่อเนื่องโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรกลุ่มนำเสนอโดยใช้ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยค่า p-value โดยใช้สถิติ t-test สำหรับ

ตัวต่อเนื่อง และใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact สำหรับตัวแปรกลุ่ม

ผล

การศึกษานี้มีผู้ตอบรับเข้าร่วมวิจัยจำนวน 320 คู่ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 70.3 ผู้ที่ตอบแบบสอบถามครบและส่งคืนจำนวน 317 คู่ การคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงติดเกมโดยใช้แบบทดสอบการติดเกม (GAST) พบเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่น่าจะติดเกมร้อยละ 22.1 จากจำนวนนี้พบว่ามีผู้ที่ถูกถอนออกจากการวิจัย (drop out) ในขั้นตอนการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทั้งหมด 15 คน ดังนั้นจึงมีเด็กที่ป่วย



GAST, Game Addiction Screening Teat; IGD, Internet Gaming Disorder

แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	รวม	ADHD with IGD	ADHD with Non-IGD	
ข้อมูลเด็ก				
เพศ				.78
ชาย	259 (85.8)	21 (84.0)	238 (85.9)	
หญิง	43 (14.2)	4 (16.0)	39 (14.1)	
ชนิดของโรคสมาธิสั้น				.80
ชนไม่นั่ง	76 (25.2)	7 (28.0)	69 (24.9)	
เหม่อลอย	90 (29.8)	6 (24.0)	84 (30.3)	
ผสม	136 (45.0)	12 (48.0)	124 (44.8)	
โรคร่วมอื่น				.19
มีโรคร่วม	143 (47.4)	15 (60.0)	128 (46.2)	
ไม่มีโรคร่วม	159 (52.7)	10 (40.0)	149 (53.8)	
ข้อมูลผู้ปกครอง				
ความสัมพันธ์กับเด็ก				.32
พ่อ	39 (13.0)	2 (8.0)	37 (13.4)	
แม่	202 (67.1)	18 (72.0)	184 (66.7)	
ปู่ย่าตายาย	35 (11.6)	3 (12.0)	32 (11.6)	
อื่น ๆ	25 (8.3)	2 (8.0)	23 (8.3)	
การศึกษา				.36
ประถมศึกษา	50 (15.8)	5 (20.0)	45 (15.5)	
มัธยมศึกษา	75 (23.7)	6 (24.0)	69 (23.7)	
ปวช./ปวส.	32 (10.1)	1 (4.0)	31 (10.7)	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	159 (50.3)	13 (52.0)	146 (50.2)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				.83
< 10,000	53 (17.6)	6 (24.0)	47 (17.0)	
10,001 – 20,000	92 (30.5)	8 (32.0)	84 (30.3)	
20,001 – 30,000	50 (16.6)	4 (16.0)	46 (16.6)	
30,001 – 40,000	44 (14.6)	2 (8.0)	42 (15.2)	
> 40,001 – 50,000	63 (20.9)	5 (20.0)	58 (20.9)	

เป็นโรคสมาธิสั้นที่น่าจะติดเกมทั้งหมด 55 คน ที่ถูกสัมภาษณ์ โดยจิตแพทย์ จากการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยตาม DSM-5 พบเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเกม 25 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 แสดงดังแผนภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเด็กมีอายุเฉลี่ย 10.35 ± 2.7 ปี เกรดเฉลี่ย 2.96 ± 0.7 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะติดเกมและไม่ติดเกม ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครองกลุ่มที่มีภาวะติดเกมและไม่ติดเกมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 1

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าในกลุ่มที่มีภาวะติดเกมใช้ระยะเวลาในการเล่นเกมนานกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกมใช้เวลาในการเล่นเกมนานในช่วงปิดเทอมมากที่สุดเฉลี่ย 8.2 ชั่วโมงต่อวัน รองลงมา คือช่วงวันหยุดเสาร์และอาทิตย์เฉลี่ย 6.4 ชั่วโมงต่อวัน และช่วงเปิดเทอมวันจันทร์ถึงศุกร์เฉลี่ย 2.9 ชั่วโมงต่อวัน ตามลำดับ และผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกมส่วนใหญ่นิยมเล่นเกมที่มีความรุนแรง (violent game) มากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ติดเกม 7.69 เท่า ($OR = 7.69$; 95% CI: 1.78 - 33.27; $p < .05$) แสดงดังตารางที่ 2

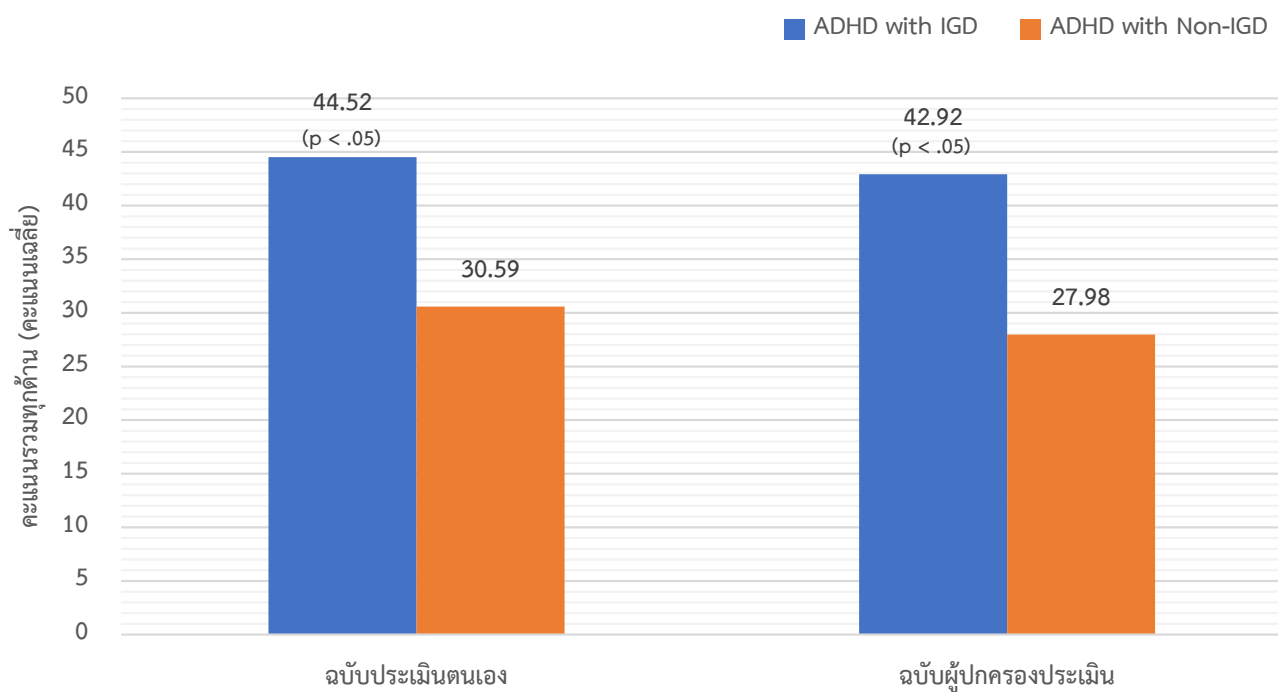
การประเมินความบกพร่องทางหน้าที่โดยใช้แบบประเมิน WFIRS ฉบับภาษาไทยพบว่า ในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและมีภาวะติดเกมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งฉบับประเมินตนเองและฉบับประเมินโดยผู้ปกครอง แสดงดังแผนภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมที่สูงกว่าแสดงถึงการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นที่มากกว่า นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและมีภาวะติดเกมมีความบกพร่องทางหน้าที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเกมในทุก ๆ ด้าน โดยในแบบประเมินฉบับตนเองพบความบกพร่องที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านครอบครัว ด้านหน้าที่การงาน ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน และด้านความเสี่ยงอื่น ๆ ในขณะที่ฉบับประเมินโดยผู้ปกครองพบความบกพร่องที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านครอบครัว

ด้านโรงเรียน ทักษะการใช้ชีวิต มุมมองที่มีต่อตนเอง และด้านพฤติกรรมเสี่ยง แสดงดังแผนภาพที่ 3

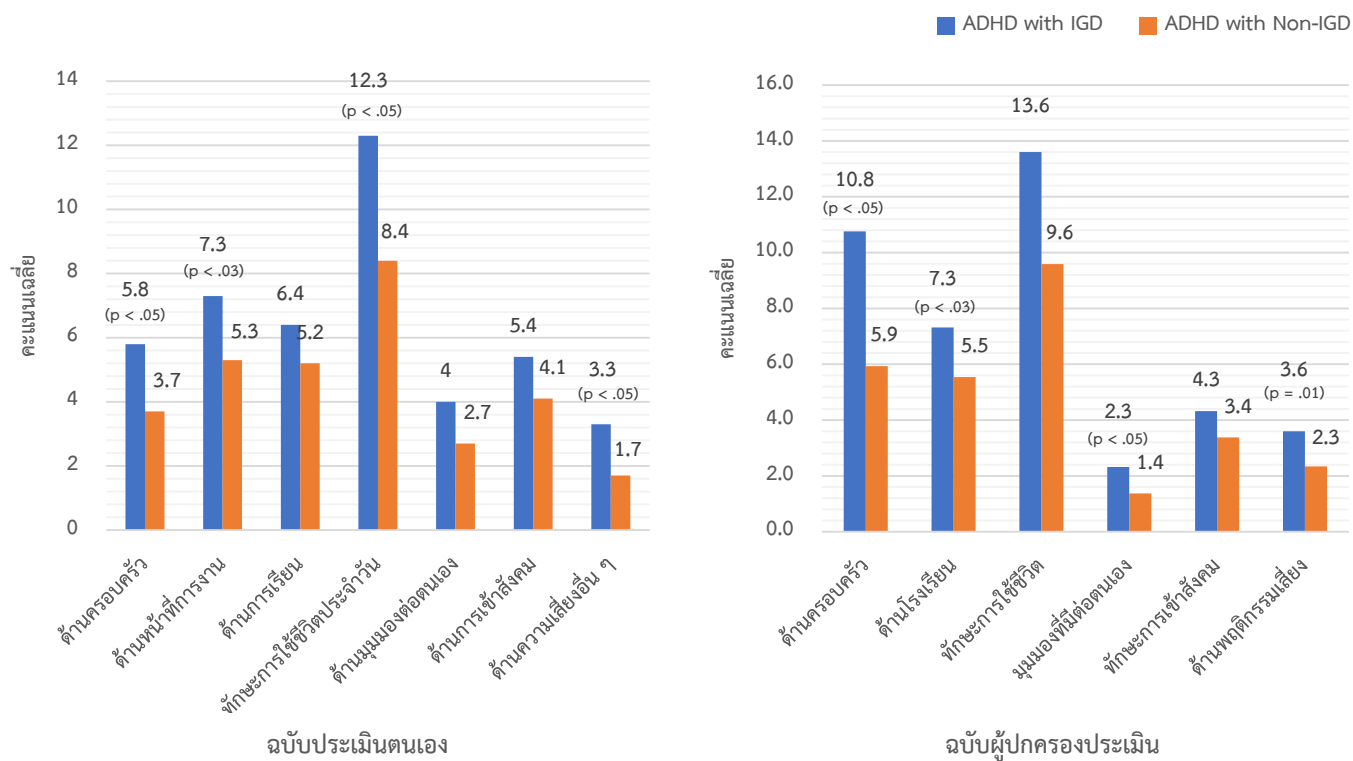
วิจารณ์

การศึกษานี้หาความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นด้วยการสัมภาษณ์โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 พบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.3 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ ในต่างประเทศที่พบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 11²² และในประเทศไทยที่พบความชุกร้อยละ 37.5⁷ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาใช้แบบสอบถามในการคัดกรองเพียงขั้นตอนเดียวซึ่งอาจทำให้ค่าที่ได้สูงกว่า และใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะติดเกมที่แตกต่างกัน การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ใช้แบบสอบถามคัดกรองร่วมกับการสัมภาษณ์จากจิตแพทย์โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ในการหาความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป จะพบว่า อัตราความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นมีอัตราความชุกสูงกว่าเด็กปกติทั่วไป โดยพบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กทั่วโลกเฉลี่ย ร้อยละ 4.6-5.5^{3,5} สอดคล้องกับผลของการศึกษาเดิมที่พบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าในเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น^{7,22} การพบความชุกของภาวะติดเกมที่มากกว่าในผู้ป่วยสมาธิสั้นสามารถอธิบายได้จากลักษณะหุ่นหัน พลันเล่น (impulsivity)^{18,20,21} การขาดสมาธิ (inattentive)¹⁸ การขาดการยับยั้งตนเอง (poor self-regulation)^{16,20} ที่เป็นอาการสำคัญของโรคสมาธิสั้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะติดเกม โดยทำให้ผู้ป่วยสมาธิสั้นหมกมุ่นในการเล่นเกมนานกว่าเด็กปกติทั่วไป^{16,17} และในทางกลับกัน พบว่าการเล่นเกมนานส่งผลให้เกิดการขาดสมาธิมากขึ้น^{16,18,19} การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นใช้การเล่นเกมเพื่อหลบหลีกความรู้สึกแง่ลบของตนเองและปัญหาที่เผชิญในชีวิตจริง^{3,17,25} นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะติดเกมและโรคสมาธิสั้นได้จากกลไกทางสมองที่พบว่า



แผนภาพที่ 2 คะแนนรวมทุกด้านจากแบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (WFIRS)



แผนภาพที่ 3 คะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านจากแบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (WFIRS)

ทั้งสองภาวะพบกลไกการควบคุมการทำงานของตัวรับสารสื่อประสาทโดพามีนที่ผิดปกติ (D2 receptor dysregulation) บริเวณสมองส่วนหน้า (orbitofrontal cortex) ส่งผลให้ขาดการควบคุมตนเอง (loss of self-control) และมีพฤติกรรม compulsive behavior ทั้งนี้ยังพบว่าการสื่อสารประสาทโดพามีนที่ลดลงส่งผลต่อ dopaminergic reward activity ทำให้เกิดพฤติกรรมติดเกมที่มากขึ้น²⁶

การศึกษาล่าสุดนี้พบว่าระยะเวลาในการเล่นเกมนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดเกม โดยความสัมพันธ์นี้ไม่สามารถระบุได้ว่าระยะเวลาในการเล่นเกมนานขึ้นเป็นสาเหตุหรือเป็นผลจากการติดเกมเนื่องจากการศึกษาภาคตัดขวาง อย่างไรก็ตามในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการเล่นเกมเป็นเวลานานส่งผลต่อปัญหาด้านสมาธิ¹⁸ และในขณะเดียวกันในผู้ที่มีปัญหาการขาดสมาธิก็มีแนวโน้มที่ใช้เวลาในการเล่นเกมนานขึ้น¹⁸ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยด้านเวลาเป็นความเสี่ยงของภาวะติดเกม²⁰ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะติดเกมนิยมเล่นเกมที่มีความรุนแรง (violent game) มากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ติดเกม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเนื้อหาของสื่อประเภทความรุนแรงมักกระตุ้นให้เกิดความตื่นเต้น เร้าใจ และดึงดูดในการเล่น¹⁵ นอกจากนี้แล้ว การแข่งขันในเกม (social competition) ความรู้สึกมีพวกพ้อง (sense of community) และระบบการได้รางวัล เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ได้รับความนิยมนำไปสู่การติดเกม^{3,28} ในขณะเดียวกันเกมที่มีลักษณะความรุนแรง พบว่า มีความสัมพันธ์กับสมาธิที่ลดลง และส่งผลต่ออาการหุนหันพลันแล่นที่มากขึ้นอีกด้วย¹⁸

การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่ศึกษาการสูญเสียหน้าที่ในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและมีภาวะติดเกม โดยใช้แบบสอบถาม WFIRS ที่เป็นแบบประเมินการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นในด้านต่าง ๆ ซึ่งคะแนน WFIRS ที่สูงแสดงให้เห็นว่าเด็กมีการเสียหน้าที่ในด้านนั้น ๆ ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่มีภาวะติดเกมมีคะแนนรวม WFIRS สูงกว่า ทั้งจากการประเมินตนเองและประเมินโดยผู้ปกครอง โดยการเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นในกลุ่มที่มีภาวะติดเกม

มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะติดเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่ากลุ่มที่มีภาวะติดเกมพบการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นรายด้านมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะติดเกมเช่นกัน ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเดิม^{18,19} ที่พบว่าการเล่นเกมและปัญหาสมาธิส่งผลต่อกันทั้งสองทิศทาง (bidirectional causality) นั่นคือ การเล่นเกมเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสมาธิและความหุนหันพลันแล่นในขณะเดียวกันเด็กที่มีอาการขาดสมาธิ และความหุนหันพลันแล่นมากกว่า มักจะใช้เวลาในการเล่นเกมนานกว่าเช่นกัน เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง จึงแสดงให้เห็นเพียงว่าการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นและภาวะติดเกมมีความสัมพันธ์กัน โดยปัจจัยที่ทำให้กลุ่มที่มีภาวะติดเกมสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นมากกว่า อาจมาจากในกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นที่มาก ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นมากกว่าและนำไปสู่การติดเกม หรืออาจเกิดจากภาวะติดเกมเองที่ส่งผลให้อาการของโรคสมาธิสั้นมีความรุนแรงและสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้นมากขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษาที่แสดงให้เห็นเพียงความสัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นและภาวะติดเกม ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุและปัจจัยใดเป็นผล และมีข้อจำกัดตรงที่งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยรบกวน เช่น ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น²⁹ ปริมาณยาสมาธิสั้นที่ได้รับในแต่ละคน^{29,30} ปัญหาด้านอารมณ์³¹ ลักษณะการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ในครอบครัว³² เป็นต้น ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการเล่นและส่งผลต่อการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้การศึกษาที่จะบอกได้ถึงสาเหตุและผลควรเป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) และมีการควบคุมตัวแปรกวนที่อาจมีผลต่อการติดเกมและการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้น

สรุป

ภาวะติดเกมเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น พบความชุกของภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็น

โรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.3 และพบว่าภาวะติดเกมมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียหน้าที่จากโรคสมาธิสั้น การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแพทย์ควรประเมินภาวะติดเกมในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นทุกครั้งระหว่างติดตามการรักษาเพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดเกม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันทีที่ และลดการสูญเสียหน้าที่ในด้านต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ กองทุนเด็กไทยไม่ติดเกม ศิริราชมูลนิธิ ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสิรินดดา ปัญญาภาส ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมิน WFIRS ฉบับภาษาไทย และคุณเพ็ญจิตต์ ธารไพโรสานนท์ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Dreier M, Wölfling K, Duven E, Giral S, Beutel ME, Müller KW. Free-to-play: about addicted whales, at risk dolphins and healthy minnows, monetarization design and internet gaming disorder. *Addict Behav.* 2017;64:328-33. doi:10.1016/j.addbeh.2016.03.008.
2. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Brockmyer JF, Cash H, Coyne SM, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents. *Pediatrics.* 2017;140 (Suppl 2):S81-5. doi:10.1542/peds.2016-1758H.
3. Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2018;60(7):645-59. doi:10.1111/dmcn.13754.
4. VAN Rooij AJ, Kuss DJ, Griffiths MD, Shorter GW, Schoenmakers MT, VAN DE Mheen D. The (co-) occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *J Behav Addict.* 2014;3(3):157-65. doi:10.1556/JBA.3.2014.013.
5. Fam JY. Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: a meta-analysis across three decades. *Scand J Psychol.* 2018;59(5):524-31. doi:10.1111/sjop.12459.
6. Chupradit S, Kaewmamuang N, Kienngam N, Chupradit P. Prevalence and correlates between game addiction and stress of adolescents in Chiang Mai, Thailand. *Indian J Public Health Res Dev.* 2019;10(8):1091. doi:10.5958/0976-5506.2019.02042.4.
7. Kietglaiwansiri T, Chonchaiya W. Pattern of video game use in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and typical development. *Pediatr Int.* 2018;60(6):523-8. doi:10.1111/ped.13564.
8. วรณา กลกิจโกวินท์, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, พิสาสน์ เตชะเกษม, ชาญวิทย์ พรนภดล, บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี. การติดเกมคอมพิวเตอร์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของเด็กนักเรียน ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร [Computer game addiction: risk and protective factors in students in Dusit District, Bangkok]. *วชิรเวชสาร.* 2558;59(3):1-14.
9. Taechoyotin P, Tongrod P, Thaweerungruangkul T, Towattananon N, Teekapakvisit P, Aksornpusitpong C, et al. Prevalence and associated factors of internet gaming disorder among secondary school students in rural community, Thailand: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2020;13(1):11. doi:10.1186/s13104-019-4862-3.
10. Feng W, Ramo DE, Chan SR, Bourgeois JA. Internet gaming disorder: trends in prevalence 1998-2016. *Addict Behav.* 2017;75:17-24. doi:10.1016/j.addbeh.2017.06.010.
11. Petry NM, Rehbein F, Ko CH, O'Brien CP. Internet gaming disorder in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(9):72. doi:10.1007/s11920-015-0610-0.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

13. World Health Organization. The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
14. ขาววิทย์ พรนภดล. โรคสมาธิสั้น [Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561. น. 425.
15. Nikkelen SW, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: a meta-analysis. *Dev Psychol*. 2014;50(9):2228-41. doi:10.1037/a0037318.
16. Stenseng F, Hygen BW, Wichstrøm L. Time spent gaming and psychiatric symptoms in childhood: cross-sectional associations and longitudinal effects. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):839-47. doi:10.1007/s00787-019-01398-2.
17. Weinstein A, Weizman A. Emerging association between addictive gaming and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(5):590-7. doi:10.1007/s11920-012-0311-x.
18. Gentile DA, Swing EL, Lim CG, Khoo A. Video game playing, attention problems, and impulsiveness: evidence of bidirectional causality. *Psychol Pop Media Cult*. 2012;1(1):62-70. doi:10.1037/a0026969.
19. Swing EL, Gentile DA, Anderson CA, Walsh DA. Television and video game exposure and the development of attention problems. *Pediatrics*. 2010;126(2):214-21. doi:10.1542/peds.2009-1508.
20. Rho MJ, Lee H, Lee TH, Cho H, Jung DJ, Kim DJ, et al. Risk factors for internet gaming disorder: psychological factors and internet gaming characteristics. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;15(1):40. doi:10.3390/ijerph15010040.
21. Yen JY, Liu TL, Wang PW, Chen CS, Yen CF, Ko CH. Association between Internet gaming disorder and adult attention deficit and hyperactivity disorder and their correlates: impulsivity and hostility. *Addict Behav*. 2017;64:308-13. doi:10.1016/j.addbeh.2016.04.024.
22. Razjouyan K, Khademi M, Dorandish ZY, Davari-Ashtiani R. An investigation into the frequency of addiction to video games in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(2):669-72. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_464_19.
23. ขาววิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, เสาวนีย์ พัฒนอมร. การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม [The development of game addiction screening test (GAST)]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(1):3-14.
24. สิริรัตดา ปัญญาภาส, ขาววิทย์ พรนภดล, วิฐารณ บุญสิทธิ, พรรณเพชร ลิขิตเกียรติขจร. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น Weiss functional impairment rating scale (WFIRS) ฉบับภาษาไทย [Reliability and validity of weiss functional impairment rating scale (WFIRS)-Thai version in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2558;60(2):111-26.
25. Chou WJ, Chang YP, Yen CF. Boredom proneness and its correlation with internet addiction and internet activities in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Kaohsiung J Med Sci*. 2018;34(8):467-74. doi:10.1016/j.kjms.2018.01.016.
26. Weinstein AM. An update overview on brain imaging studies of internet gaming disorder. *Front Psychiatry*. 2017;8:185. doi:10.3389/fpsy.2017.00185.

27. Tolchinsky A, Jefferson SD. Problematic video game play in a college sample and its relationship to time management skills and attention-deficit/hyperactivity disorder symptomology. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2011;14(9):489-96. doi:10.1089/cyber.2010.0315.
28. Lemmens JS, Hendriks SJ. Addictive online games: examining the relationship between game genres and internet gaming disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016;19(4):270-6. doi:10.1089/cyber.2015.0415.
29. Sasser T, Schoenfelder EN, Stein MA. Targeting functional impairments in the treatment of children and adolescents with ADHD. *CNS Drugs*. 2017;31(2):97-107. doi:10.1007/s40263-016-0400-1.
30. Coghill DR, Banaschewski T, Soutullo C, Cottingham MG, Zuddas A. Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(11):1283-307. doi:10.1007/s00787-017-0986-y.
31. Reid A, Graziano P, McNamara J, Paneto A, Geffken G. Functional impairment differences among youth with ADHD: The role of comorbid anxiety and mood disorders. *J Nat Sci*. 2015;1(1):e31.
32. Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(2):168-92. doi:10.1007/s10578-009-0159-4.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาคุณสมบัติของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย

วันรับ : 5 กรกฎาคม 2562

วันแก้ไข : 17 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับ : 18 พฤษภาคม 2564

รุจินันท์ เหล่านิยมไทย, วท.ม., ศุภโชค สิงห์กันต์, พ.บ.,

สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, พร.ด.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติการวัดของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะฉบับภาษาไทย

วิธีการ : แบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะ (consciousness quotient inventory; CQ-i) ฉบับปี 2004 เป็นมาตรวัดรายงานตนเองแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 6 ระดับ จำนวน 257 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical CQ) ด้านอารมณ์ (emotional CQ) ด้านปัญญา (cognitive CQ) ด้านความสัมพันธ์ (social-relational CQ) ด้านตัวตน (self CQ) ด้านการเติบโตภายใน (inner-growth CQ) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual CQ) แบบประเมินแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความตรงกับความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี จำนวน 250 คน

ผล : แบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย (CQ-i Thai version) มีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence; IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.0 ผ่านเกณฑ์จำนวน 256 ข้อ และมีหนึ่งข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการตรวจสอบความเที่ยงด้วย Cronbach's alpha อยู่ในระดับดีทั้งฉบับ (.980) และรายองค์ประกอบ (physical CQ = .910, emotional CQ = .894, cognitive CQ = .882, social-relational CQ = .890, self CQ = .848, inner-growth CQ = .847 และ spiritual CQ = .904)

สรุป : แบบประเมิน CQ-i ฉบับภาษาไทย มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ควรทดสอบคุณสมบัติอื่นเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมสำหรับเป็นเครื่องมือในการวิจัยและการประเมินทางคลินิก

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสติสัมปชัญญะ คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา แบบวัดความฉลาดทางสติสัมปชัญญะ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : รุจินันท์ เหล่านิยมไทย; e-mail: rujinant.psy@gmail.com

Original article

The study of the psychometric properties of the consciousness quotient inventory Thai version

Received : 5 July 2019

Revised : 17 May 2021

Accepted : 18 May 2021

Rujinant Laoniyomthai, M.Sc., Supachoke Singhakant, M.D.,

Sucheera Phattharayuttawat, Ph.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Abstract

Objective: To develop and examine the psychometric properties of a Thai version of consciousness quotient inventory.

Methods: The consciousness quotient inventory beta version 2014 (CQ-i beta v.2014) is a self-report measure with six-point Likert scale. There are 257 items in total which can be categorized into seven factors: physical, emotional, cognitive, social-relational, self, inner-growth, and spiritual. The CQ-i was translated into Thai and examined on its validity and reliability among 250 undergraduate students.

Results: The indices of item objective congruence (IOC) of CQ-I Thai version scored between 0.6 - 1.0 for 256 items. One last item with IOC lower than 0.5 was revised upon the expert recommendation. The Cronbach's alpha of all 257 items (.980) and sub-items of seven factors demonstrated acceptable values. (physical CQ = .910, emotional CQ = .894, cognitive CQ = .882, social- relational CQ = .890, self CQ = .848, inner-growth CQ = .847, and spiritual CQ = .904.).

Conclusion: This CQ-i Thai version has good content validity and reliability. However, its psychometric properties should be further examined before application for research and clinical purposes.

Keywords: CQ-i, consciousness quotient, psychometric properties

Corresponding author: Rujinant Laoniyomthai; e-mail: rujinant.psy@gmail.com

ความรู้เดิม : ความฉลาดทางสติสัมปชัญญะยังไม่มีมาตรวัดฉบับภาษาไทย

ความรู้ใหม่ : แบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะฉบับภาษาไทยที่พัฒนามาจาก CQ-i beta v.2014 มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเที่ยง (internal consistency) อยู่ในระดับดี

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แบบประเมิน CQ-I Thai version สามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อใช้ในการงานวิจัย การประเมินผลการบำบัดทางคลินิก หรือการพัฒนาบุคคลได้

บทนำ

สติ กับ สัมปชัญญะ เป็นสองคำที่มีลักษณะคล้ายกัน “สติ (mindfulness)” หมายถึง ความระลึกได้ นึกได้ สำนึกอยู่ไม่ปล่อย ในขณะที่ “สัมปชัญญะ” หมายถึง การตระหนักความรู้ชัดสิ่งที่นึกได้ เข้าใจชัดตามความเป็นจริง (clear comprehension) ในภาษาไทยจึงมักใช้คู่กันเป็น “สติสัมปชัญญะ (consciousness)” คือ ความระลึกได้และความรู้ตัว หรือความรู้สึกตัวด้วยความรอบคอบ¹ ในภาวะปกติมนุษย์จะมีสติสัมปชัญญะหรือความสามารถจดจ่ออยู่กับความคิดและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งวางแผนและปรับเปลี่ยนความคิดได้อย่างเหมาะสม ความสามารถจดจ่อของแต่ละคนสะท้อนถึงภาวะจิตใจ การทำความเข้าใจ และการทำงานของร่างกายที่แตกต่างกัน² ส่งผลต่อศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน³ และบ่งชี้ถึงภาวะปกติหรือผิดปกติ⁴ นอกจากนี้นักจิตวิทยายังพบว่า ความฉลาดทางสติสัมปชัญญะมีความเชื่อมโยงกับความคิดและจินตนาการ และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษา การทำสมาธิ ภาวะความฝัน การนอน การสะกดจิต และการใช้ยาเสพติดบางชนิด⁴

อย่างไรก็ตาม การประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะด้วยระเบียบวิธีวิจัยยังเป็นไปได้ยาก เนื่องจากสติสัมปชัญญะเป็นปรากฏการณ์เฉพาะบุคคลที่มีความแปรปรวนไม่สามารถวัดผลทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ง่ายต่อการสร้างตัวแปร เพื่อได้ผลวิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่เหมาะสมทางสถิติ⁵ จึงมีการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2008 Brazdau

และคณะ⁶ ได้เสนอทฤษฎีความฉลาดทางสติสัมปชัญญะ และเผยแพร่แบบประเมิน the consciousness quotient inventory; CQ-i ฉบับแรก และได้มีการปรับปรุงต่อเนื่องเพื่อเป็นเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ยิ่งขึ้นในปี 2013⁷ และ 2014³

CQ-i beta 2014 เป็นมาตรวัดรายงานตนเองแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 6 ระดับ จำนวน 257 ข้อ แบ่งการประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical CQ) คือ การรับรู้ถึงร่างกายของตนเองและกายภาพทางสิ่งแวดล้อม เช่น กริยาท่าทาง ร่างกาย น้ำเสียง และประสาทสัมผัสต่าง ๆ 2) ด้านอารมณ์ (emotional CQ) คือการรับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น เช่น การเข้าอกเข้าใจ การเปิดเผยอารมณ์ การจับอารมณ์ของผู้อื่น การยอมรับทางอารมณ์ตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ การแยกแยะและรักษาอารมณ์ทางบวก และการตอบสนองทางอารมณ์ต่อบริบททางสังคม 3) ด้านปัญญา (cognitive CQ) คือการรับรู้กระแสดความคิดต่าง ๆ การตัดสินใจ การทำความเข้าใจ การทำให้มีความหมาย เช่น การหยั่งรู้ การกลั่นกรองทางปัญญา การรู้คิด การสะท้อนตนเอง การพิจารณาอคติ การยืดหยุ่นทางความคิด การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การควบคุมความสนใจ การเจริญสติ การยอมรับมุมมองหลากหลาย ความคิดสร้างสรรค์ และความสามารถมองภาพรวม 4) ด้านความสัมพันธ์ (social-relational CQ) คือการรับรู้ในความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงกับผู้คนรอบข้าง เช่น การรับรู้รูปแบบการสื่อสารของคนอื่น ทักษะการสนทนา การหยั่งรู้ทางสังคม และความยืดหยุ่นในพฤติกรรมทางสังคม 5) ด้านตัวตน (self CQ) คือการรับรู้ตัวตนและอัตลักษณ์ เช่น ภาพลักษณ์ การเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์และความคิดของตนเอง ความสามารถเห็นตัวเองอย่างเป็นรูปธรรม ความเมตตาในตัวเอง และรับรู้บุคลิกภาพตนเอง 6) ด้านการเติบโตภายใน (inner-growth CQ) คือการรับรู้กระบวนการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น การเรียนรู้จากประสบการณ์ตัวเอง การเปิดเผยตัวตน การพัฒนาทางภาษา การยอมรับคำวิจารณ์ การละทิ้งมุมมองเก่าและเปิดรับมุมมองใหม่ การตรวจสอบอคติที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ และความเข้มแข็งทางจิตใจ และ 7) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual CQ) คือการรับรู้ความเชื่อมโยง

กันของมนุษย์ การควบคุมการรู้คิดของตนเอง การตระหนักรู้ถึงสิ่งที่อยู่ในเหตุการณ์การตระหนักรู้ในขณะปัจจุบัน เช่น การใส่ใจผู้อื่น ความเมตตาต่อตนเอง รับรู้ประสบการณ์ที่เปลี่ยนไปของตนเอง และการพิจารณาให้นิยามสิ่งที่เกิดขึ้น³

CQ-i beta 2014 ผ่านการวิเคราะห์ความถูกต้องของเนื้อหาเกี่ยวกับแบบประเมินทางจิตวิทยาที่ใกล้เคียง เช่น self-consciousness scale (SCS), mindfulness attention and awareness scale (MAAS), Freiburg mindfulness inventory (FMI), psychological well-being scales (PWB) เทียบเคียงกับทฤษฎีจิตวิทยาเชิงบุคคลบางส่วนของ Macdonald และ Friedman⁸ และอิงกับระเบียบวิธีวิจัยที่พัฒนาล่าสุด คือ “descriptive experience sampling” (DES) และ “explicitation interview” (EI)⁹ รวมทั้งทดสอบความเที่ยงตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และลักษณะบุคลิกภาพ เช่น emotional quotient inventory (EQ-i), the revised NEO personality inventory (NEO PI-R), the California psychological inventory (CPI) และ Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT)³ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ 25 คน ยืนยันว่ามีเนื้อหาที่เหมาะสมและสามารถประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะครอบคลุมทั้งการพัฒนาส่วนบุคคลและเทคนิคที่ใช้การปฏิบัติ การตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายในจากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 638 คน ได้ค่า Cronbach’s Alpha ทั้งฉบับเท่ากับ .927 และมีค่า Cronbach’s alpha ใน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ physical CQ เท่ากับ .934, emotional CQ เท่ากับ .927, cognitive CQ เท่ากับ .925, social CQ เท่ากับ .926, self CQ เท่ากับ .895, inner-growth CQ เท่ากับ .877 และ spiritual CQ เท่ากับ .939¹⁰

ในทางปฏิบัติ CQ-i beta 2014 แนะนำให้ใช้กับการพัฒนาบุคคลและการประเมินความก้าวหน้าในการทำจิตบำบัด³ นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยและการประเมินทางคลินิกอย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินผลความฉลาดทางสติสัมปชัญญะก่อนและหลัง

การฝึกโยคะ ทำสมาธิ¹¹ การวัดประสิทธิภาพทางการเรียนและการทำงาน^{12,13} การหาความสัมพันธ์กับภาวะความเป็นผู้นำ¹⁴ และพฤติกรรมส่งเสริมสิ่งแวดล้อม¹⁵ หรือการประเมินประสิทธิภาพการทำงานทางประสาทวิทยา¹⁶ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยระยะยี่สิบปีที่ผ่านมา พบมีการศึกษาสติสัมปชัญญะและพัฒนาโปรแกรมการเจริญสติ แต่ยังไม่พบเครื่องมือประเมินประสบการณ์สติสัมปชัญญะโดยตรง โดยใช้เครื่องมืออื่นเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังโปรแกรมฝึก เช่น แบบประเมินสุขภาวะทางจิตเพื่อประเมินผลการฝึกเจริญสติตามหลักธรรมมหาสติปัฏฐานสูตร ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁷ การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อแปล CQ-i beta version 2014 เป็นภาษาไทยและทดสอบความตรงและความเที่ยง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นฉบับที่มีการพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ รวมทั้งมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติการวัดของแบบประเมิน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการแปลแบบประเมิน และขั้นตอนการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือนิสิตระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในกลุ่มนิสิตที่ลงทะเบียนการศึกษาทั่วไป มีสถานะเป็นนิสิตในปัจจุบัน และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 250 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ W.G Cochran ระบุระดับความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ และข้อผิดพลาดที่ 5 เปอร์เซ็นต์¹⁸ เกณฑ์การคัดออกอ้างอิงตามการออกแบบข้อคำถาม Lie scale ของ Brazdua และคณะ³ ประกอบด้วยข้อคำถามคู่ที่คล้ายคลึงกันจำนวน 10 คู่ เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงของตนเอง โดยผู้ที่มีผลรวม Lie scale มากกว่า 33 คะแนนจะถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะต้นฉบับภาษาอังกฤษ คือ the consciousness quotient inventory beta version 2014 พัฒนาโดย Brazdua และคณะ³ ประเมินความถี่พฤติกรรมตนเอง 6 ระดับ จาก

ไม่เคยจนถึงตลอดเวลา โดย 1 หมายถึง ไม่เคย; 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง; 3 หมายถึง เป็นบางครั้ง; 4 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย; 5 หมายถึง บ่อยครั้ง; และ 6 หมายถึง ตลอดเวลา จำนวน 257 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ physical CQ 37 ข้อ, emotional CQ 32 ข้อ cognitive CQ 61 ข้อ, social-relational CQ 40 ข้อ, self CQ 27 ข้อ, inner-growth CQ 20 ข้อ, และ spiritual CQ 40 ข้อ

ขั้นตอนการแปลแบบประเมิน 1) ติดต่อสถาบัน ความฉลาดสติสัมปชัญญะ (เมืองบูคาเรสต์ ประเทศโรมาเนีย) เพื่อขออนุญาต 2) แปลแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางภาษา 3) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการตรวจสอบ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ นักจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 คน และนักจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 2 คน

ขั้นตอนเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน โดยติดต่อขออนุญาต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อการเก็บข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัยในคน และรวบรวมข้อมูลและสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการตอบแบบประเมิน และใช้สถิติตรวจสอบคุณสมบัติการวัดความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่า index of item-objective congruence (IOC) ด้วยวิธีหาค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) ของทั้งฉบับและรายองค์ประกอบหลักตามเกณฑ์ความเที่ยงที่รับได้ (corrected item-total correlation; CITC) คือค่าตั้งแต่ .2 ขึ้นไป (CITC < .20)

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล หนังสือรับรองเลขที่ Si 152/2016 รับรองวันที่ 2 มีนาคม 2559

ผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน จำแนกเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 2:1 มีอายุเฉลี่ย 20.4 ปี (SD = 1.3)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการวัด (operational definition) มีคะแนนระหว่าง 0.6 – 1.0 จำนวน 256 ข้อ และมีคะแนนเท่ากับ 0.33 จำนวน 1 ข้อ ในองค์ประกอบของ cognitive CQ ที่ IOC น้อยกว่า 0.5 จึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ¹⁹ ในข้อ 186 “ฉันมีประสบการณ์ที่รู้ตัวว่าตนเองกำลังฝัน” ปรับปรุงเป็น “ขณะฝันฉันมีช่วงเวลา²⁰ที่รู้สึกตัวว่ากำลังฝัน” ทำให้แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด 257 ข้อ

การทดสอบข้อจับเท็จ (lie scale) จากผลรวม lie scale 10 คู่มามากกว่า 33 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 246 คนตอบทุกข้อ และคะแนนน้อยกว่า 33 (min = 2, max = 23, mean = 12.5, SD = 6.5) มีเพียง 4 คนที่ไม่ได้ตอบคำถาม lie scale บางข้อ ผู้วิจัยแทนค่าสูงสุดในข้อที่ไม่ได้ตอบ (คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5) พบว่าผลรวม lie scale ของกลุ่มตัวอย่าง 4 คนน้อยกว่า 33 คะแนน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง 250 คนผ่านเกณฑ์ทั้งหมดจึงไม่ถูกคัดออก แสดงดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างตอบครบทุกข้อ 210 คน (ร้อยละ 84) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่ครบ มีข้อที่ไม่ตอบดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบซ้ำกัน 1 - 3 คน 2) คำตอบอยู่กระจายกัน 3) ข้อคำถามมีความยาวปานกลางเมื่อเทียบกับข้อที่ตอบครบ

การตรวจสอบความเที่ยงด้วย พบว่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทย ทั้งฉบับเท่ากับ .980 และ Cronbach's alpha แต่ละองค์ประกอบ อยู่ในระหว่าง .847 - .910 แสดงดังตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แบบทั้งฉบับและแต่ละองค์ประกอบ ไม่ผ่านเกณฑ์ความเที่ยงที่รับได้ (CITC < .20) จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17, 18, 30, 46, 47, 49, 58, 88, 92, 118, 131, 153, 163, 180, 181, 186, 207 และ 213 แต่ถ้าตัดข้อกระทงดังกล่าวออก Cronbach's alpha เพิ่มขึ้นน้อย พิจารณาว่าไม่ควรตัดข้อกระทงออก

ตารางที่ 1 แสดงผลรวม lie scale (N = 250)

ผลรวม lie scale	ความถี่	ร้อยละ
0 - 5	14	5.6
6 - 10	88	35.2
11 - 15	117	46.8
16 - 20	27	10.8
21 - 25	4	1.6
26 - 50	0	0.0
รวม	250	100.0

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของ CQ-i Thai version (N = 250)

Factor	CITC < .20 all 257 items	CITC < .20 each factors	α (95% CI) all 257 items	α (95% CI) each factors
physical CQ (37 items)	Item 18 = .065	Item 18 = .142	.980	.910
emotional CQ (32 items)	Item 131 = - .130	Item 131 = - .145		.894
cognitive CQ (61 items)	Item 17 = .195 Item 47 = - .135 Item 49 = - .136 Item 58 = - .367 Item 88 = - .201 Item 118 = .028 Item 153 = .076 Item 163 = - .162 Item 186 = .170 Item 213 = - .352	Item 17 = .197 Item 47 = - .094 Item 49 = - .123 Item 58 = - .379 Item 88 = - .224 Item 118 = .054 Item 153 = .119 Item 163 = - .145 Item 186 = .165 Item 213 = - .331		.882
social-relational CQ (40 items)	Item 10 = .184 Item 30 = .028 Item 92 = .156 Item 134 = .117 Item 180 = .039 Item 207 = - .077 Item 216 = .179	em 30 = .118 Item 92 = .171 Item 180 = .031 Item 207 = - .151		.890
self CQ (27 items)		Item 76 = .192		.848
inner-growth CQ (20 items)				.847
spiritual CQ (40 items)	Item 46 = .198 Item 181 = .140	Item 29 = .190 Item 46 = .188 Item 181 = .135 Item 221 = .196		.904

CITC = corrected item-total correlation

วิจารณ์

การศึกษาสติสัมปชัญญะในโลกตะวันออกมีมานานมากกว่า 2,500 ปี ทางพุทธศาสนาได้แยกสติสัมปชัญญะออกจากกัน คือ สติ กับ สัมปชัญญะ²⁰ในการศึกษาประเทศไทยได้นำการเจริญสติสำหรับพัฒนาบุคคลมาบูรณาการกับหลักธรรมทางพุทธศาสนาในพระไตรปิฎก และศึกษาการนำสติ (four foundations of mindfulness) มาช่วยส่งเสริมการรักษาทางจิตเวชสังคม และผู้ป่วยจิตเภท^{17,21,22}

จากแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะของ Brazdau และคณะ ที่ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ physical CQ, emotional CQ, cognitive CQ, social-relational CQ, self CQ, inner-growth CQ และ spiritual CQ แบบประเมินดังกล่าวมีคุณสมบัติการวัดอยู่ในระดับดีและเป็นที่ยอมรับในงานวิจัยทางจิตวิทยา ซึ่งหลังพัฒนาเป็นแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะฉบับภาษาไทย (CQ-i Thai version) แล้วพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเที่ยง (internal consistency) อยู่ในระดับที่ดีที่ Cronbach's alpha เท่ากับ .980 ซึ่งมากกว่าค่าของ CQ-i version 2013 (Cronbach's Alpha = .927)³ แต่สอดคล้องกับ CQ-i beta v.2014 พบว่า Cronbach's alpha กล่าวคือ เข้าใกล้ 1 (Cronbach's alpha > .80) ถือว่ามีความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี²³ แสดงดังตารางที่ 3

อย่างไรก็ตาม ค่าความเที่ยงสูงที่พบในแบบประเมิน CQ-i Thai version อาจเกิดจากความเป็นเอกพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง²⁴ เช่น อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย และวัฒนธรรมสถาบันการศึกษา รวมทั้งอาจมีจำนวนข้อคำถามที่มากและมีข้อซ้ำซ้อนซึ่งสามารถตัดออกได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 ตอบข้อคำถามในแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะไทยครบทุกข้อ สอดคล้องกับ Kerlinger (1992) ว่าสามารถวัดลักษณะที่ต้องการได้อย่างครอบคลุมและมีความเป็นตัวแทนสูง (representativeness of the test items) นอกจากนี้ ความยาวของแบบประเมินอาจไม่ได้ส่งผลต่อความตั้งใจและสมาธิของกลุ่มตัวอย่างมากนัก เนื่องจากผู้วิจัยใช้เวลาตอบแบบประเมิน 45 - 60 นาที ลักษณะการประเมินเป็นการประเมินความถี่ของตนเอง และผู้วิจัยได้ชี้แจงอย่างชัดเจนว่าระหว่างประเมินกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักและดื่มน้ำได้ รวมถึงลักษณะการตอบแบบประเมินมีการกระจายข้อที่ไม่ได้ตอบและมีความยาวปานกลางเมื่อเทียบกับข้ออื่น ๆ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะแก้ไขรูปประโยคให้กระชับและเหมาะสม

การศึกษาครั้งต่อไป ควรทดสอบคุณสมบัติอื่นเพิ่มเติม รวมทั้งศึกษาดัชนีความยากง่ายของแบบประเมิน และศึกษาในกลุ่มวัยที่แตกต่าง เช่น กลุ่มวัยทำงาน เพื่อเป็นเครื่องมือในการวิจัยและการประเมินทางคลินิก หรือนำไปใช้สำหรับการพัฒนาส่วนบุคคล²⁵

ตารางที่ 3 ค่า Cronbach's alpha ของ CQ-i Thai version (N = 250) และ CQ-i beta version 2014 (N = 638)

องค์ประกอบ	CQ-i Thai version	CQ-i beta version 2014
physical CQ	.910	.934
emotional CQ	.894	.927
cognitive CQ	.882	.925
social-relational CQ	.890	.926
self CQ	.848	.895
inner-growth CQ	.847	.877
spiritual CQ	.904	.939

สรุป

แบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะฉบับภาษาไทย ผ่านการทดสอบคุณสมบัติการวัดความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความเชื่อมั่นใกล้เคียงกับแบบประเมินความฉลาดทางสติสัมปชัญญะต้นฉบับ และสามารถพัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินในการวิจัยและทางคลินิกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. ทองย้อย แสงสินชัย. สติสัมปชัญญะ ส่วนมากรู้ แต่ไม่มีความอ่านว่า สะ-ติ-สา-ปะ-ชัณ-ยะ [Most of the consciousness knows it, but doesn't read it: Sa-Ti-Sam-Pa-Chan-Ya]. กรุงเทพฯ: SERIDHAMMA (เสรีชน: เสรีธรรม); 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 ก.พ. 2564]. จาก: <http://dhamma.serichon.us/2020/02/11/สติสัมปชัญญะ-ส่วนมากรู้/>.
2. สมภาพ เรื่องตระกูล. จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช [Basic psychiatry and mental disorders]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2549.
3. Brazdau O, Opariuc C. Preliminary development of the consciousness quotient inventory (CQ-i): Introducing the conscious experience as a research variable in psychological assessment. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014;127:600-5. doi:10.1016/j.sbspro.2014.03.319.
4. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. จิตวิทยาทั่วไป [General psychology]. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: โครงการตำรามหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
5. Brazdau O, Ahuja S. Higher-order thoughts, neural realization, and the metaphysics of consciousness. In: Satsangi PS, Hameroff S, Sahni V, Dua P, editors. *Consciousness: integrating eastern and western perspectives*. New Delhi: New Age Books; 2018. p. 187-94.
6. Brazdau O. Research on the consciousness experience. The consciousness quotient and CQ Inventory (doctoral dissertation). Bucharest: Romanian Academy of Science; 2008.
7. Brazdau O, Constantinescu PM, Constantinescu I, Butucescu A, Sbircea R. Consciousness quotient inventory improvement: qualitative study using cognitive interviewing approach. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013;78:425-30. doi:10.1016/j.sbspro.2013.04.324.
8. MacDonald D, Friedman H. Assessment of humanistic, transpersonal, and spiritual constructs: state of the science. *J. Humanist. Psychol.* 2002;42(4):102-25. doi:10.1177/002216702237126.
9. Brazdau O. The consciousness quotient: construct development and content validity research. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015;187:244-9. doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.046.
10. Opariuc CD. Analysis internal structure CQ inventory. Constanta: Consciousness Quotient Institute; 2015.
11. Ahuja S. Effect of Yoga & meditation on consciousness & mindfulness. *JCER.* 2014;5(5): 434-47.
12. Brazdau O, Mihai C. The consciousness quotient: a new predictor of students' academic performance. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;11: 245-50. doi:10.1016/j.sbspro.2011.01.070.
13. Aggarwal N. Measuring consciousness quotient - a study of its influence on employee's work performance and organizational outcomes. *IJSR.* 2013;2(11):358-67.
14. Chauhan V, Sharma S, Satsangee N. Leadership approach in relation to consciousness quotient: a correlational analysis. *MJESTP.* 2013;3(2):249-60.
15. Sahni P, Kumar J. Consciousness quotient: a predictor for pro-environmental behaviors. Paper presented at: The Science of Consciousness Conference; 2016 May 5; Tucson AZ.

16. Ahuja S, Sharma S. Consciousness quotient as a predictor of executive functioning. MJESTP. 2015;5(2):212-24.
17. ชัชวาล ศิลปกิจ, อรพรรณ ศิลปกิจ. การเจริญสติและแบบวัดสุขภาวะทางจิต [Mindfulness meditation and mental well-being indicators]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(1):24-32
18. ชานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS [Researching and analyzing statistical data with the SPSS program]. กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์; 2555.
19. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา [Development and validation of research instruments: psychometric properties]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
20. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม [Dictionary of Buddhism] พิมพ์ครั้งที่ 34. กรุงเทพฯ: มหาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2559.
21. จำลอง ดิษยวณิช, พริ้มเพรา ดิษยวณิช. จิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ที่อิงสติเป็นพื้นฐาน [Mindfulness-based dynamic psychotherapy]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(3):179-94.
22. จุฬารัตน์ เขาประเสริฐ. การประยุกต์ใช้พุทธธรรมในการบำบัดโรคจิตเภท [An application of Buddha Dhamma to heal schizophrenia] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2548.
23. สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. ทฤษฎีการวิจัยและการใช้สถิติในการวิจัยเชิงจิตวิทยา [Theories and statistical methods in psychological research]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2546.
24. ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. เอกสารประกอบการสอน ทฤษฎีการวัดและการทดสอบ [Theory of testing and measurement] [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ภาควิชาการประเมินผลและวิจัย คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2548 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ค. 2559]. จาก: <http://watpon.in.th/thai/mod/page/view.php?id=6>
25. สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา [Manual of psychological testing]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มิเดีย; 2545.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร

วันรับ : 4 พฤศจิกายน 2563

วันแก้ไข : 20 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับ : 22 พฤษภาคม 2564

วรินทิพย์ สว่างศรี, พ.บ., นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, วท.ม.,

ชลธิชา แยมมา, วท.ม., ณัฐพนธ์ รัตนตรัย, ศศ.บ.,

ดุขฎิ จีรังกุลวิทย์, พ.บ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร

วิธีการ : เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลจาก “โครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในเขตกรุงเทพมหานคร” ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2563 จำนวน 898 คน เจ้าหน้าที่โครงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ด้วยแบบประเมินการรับรู้ความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ chi-square เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

ผล : ความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบได้ร้อยละ 30.8 แบ่งเป็นการรับรู้ความเครียดจากปัจจัยด้านโรคโควิด 19 ด้านชุมชนและสังคม และด้านครอบครัว ร้อยละ 59.6, 38.6 และ 27.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และสถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เท่ากับร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป

สรุป : การรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ค่อนข้างสูง โดยสัมพันธ์กับเพศ นอกจากนั้นการรับรู้ความเครียดสัมพันธ์กับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป อย่างไรก็ตาม หากนำไปใช้ในบริบทอื่นที่แตกต่างควรคำนึงถึงข้อจำกัดจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

คำสำคัญ : การรับรู้ความเครียด การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โควิด 19 ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรินทิพย์ สว่างศรี; e-mail: pu_warin@hotmail.com

Original article

Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok

Received : 4 November 2020

Revised : 20 May 20201

Accepted : 22 May 20201

Warintip Sawangsri, M.D., Nantayoot Hasitaweche, M.Sc.,

Chonticha Yamma, M.Sc., Nattapapon Rattanatrai, B.A.,

Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

Abstract

Objective: To study the prevalence and associated factors of perceived stress and depression in patients with COVID-19.

Methods: In this cross-sectional study, the data was collected from 898 patients in “the telephone counselling for COVID-19 patients project” during 1 April to 29 May 2020. The project staff interviewed the participants by telephone-based using perceived stress questionnaires, 9Q for depression and 8Q for suicidal risk. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square statistics.

Results: The prevalence of perceived stress was 30.8% which mainly from COVID-19, social and community, and family factor 59.6%, 38.6%, and 27.8%, respectively. Gender and hospital admission were significantly associated with perceived stress. The prevalence of depression was 16.5%. Gender and two more perceived stress factors were significantly associated with depression.

Conclusion: Perceived stress and depression in patients with COVID-19 were significant prevalence and associated with gender. Hospital admission was associated with perceived stress whereas two more perceived stress associated with depression. However, the limitation of using telephone interview should be considered in other contexts.

Keywords: COVID-19, depression, stress, telephone interview

Corresponding author: Warintip Sawangsri; e-mail: pu_warin@hotmail.com

ความรู้เดิม : การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบใน ผู้ติดเชื้อดังกล่าวยังมีการศึกษาที่จำกัด

ความรู้ใหม่ : ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีข้อจำกัดการเข้าถึง สามารถประเมินสภาวะสุขภาพจิตด้วยการสัมภาษณ์ ทางโทรศัพท์โดยพบความชุกของการรับรู้ความเครียดและ ภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การประเมินปัญหาสุขภาพจิต เบื้องต้นทางโทรศัพท์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้ ในสถานการณ์ที่มีการจำกัดการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง ทำให้สามารถ บ่งชี้และให้การดูแลช่วยเหลือจิตใจได้ตั้งแต่ระยะแรก

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) ถือเป็น โรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดใหญ่ (pandemic) นอกจากจะ ส่งผลต่อร่างกายของผู้ติดเชื้อแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของ ประชาชนเป็นวงกว้าง จนถึงปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 รวม 88.1 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อใน ประเทศไทย 9,841 คน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2564)¹ การศึกษาผลกระทบทางจิตใจในกลุ่มประชากรทั่วไปช่วง การระบาดรุนแรงในประเทศจีนด้วยการประเมินตนเอง แบบออนไลน์พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 53.8 ได้รับ ผลกระทบทางจิตใจในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 16.5 รายงานถึงอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และ ร้อยละ 8.1 มีระดับความเครียดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กักตัวอยู่ในบ้าน 20 - 24 ชั่วโมง ต่อวัน (ร้อยละ 84.7) และพบปัญหาดังกล่าวมากในผู้หญิง เป็นนักเรียนหรือกำลังศึกษา มีอาการเจ็บป่วยทางกาย หรือ ยากจน² เช่นเดียวกับอีกการศึกษาหนึ่งในประเทศจีนเช่นกัน ที่รายงานผลการสำรวจออนไลน์ในประชากรทั่วไป พบว่ามี ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.9 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 31.6 ภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 29.2 และภาวะเครียดเฉียบพลัน (acute stress) ร้อยละ 24.4 โดยผู้ที่ได้รับการยืนยันหรือสงสัย ว่าตัวเองติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือมีคนในครอบครัวหรือ

เพื่อนอยู่ในภาวะดังกล่าว ผู้ที่ประกอบอาชีพเสี่ยงหรือพักอาศัย อยู่ในมณฑลหูเป่ย์ซึ่งถือเป็นศูนย์กลางการระบาด จะมีภาวะ ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และภาวะเครียดมากกว่า ประชากรทั่วไป³

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีรายงาน การศึกษาในโรงพยาบาลสนาม Jiangnan Fangcang Shelter Hospital พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอาการทางกายมากกว่า 2 อาการ ขึ้นไป มีปัญหาการนอนหลับ หรือมีคนในครอบครัวติดเชื้อ ร่วมด้วย⁴ และการศึกษาในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่อาการคงที่ ในประเทศจีนจำนวน 714 คน พบว่า ร้อยละ 96.2 มีอาการ เครียดหลังเหตุสะเทือนขวัญ (post-traumatic stress) ที่สัมพันธ์กับตัวโรค และร้อยละ 49.8 ของกลุ่มตัวอย่าง รายงานว่าการให้บริการสุขภาพจิตศึกษามีส่วนช่วยให้ อาการดีขึ้น⁵ หากพิจารณาการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกัน พบว่า ผู้ป่วยโรคซาร์ส (SARS) จะมีภาวะเครียดและวิตกกังวล มากกว่าคนทั่วไปในช่วงของการติดเชื้อ⁶ โดยร้อยละ 10 - 35 ของผู้รอดชีวิตจะมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในช่วงแรกของการฟื้นตัวของโรค^{7,8} และยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิตแม้จะ ติดตามไปอีก 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล⁹ และเมื่อ ติดตามในระยะยาว (30 เดือน) พบว่าร้อยละ 33 ของ ผู้รอดชีวิตได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช โดย 1 ใน 4 มีโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder) และร้อยละ 15 มีภาวะซึมเศร้า¹⁰

สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทย มีการ ตรวจพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นตามลำดับ จนถึงช่วง 30 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยทั้งหมด 3,077 ราย เป็นผู้ป่วยที่อาศัยหรือถูกกักตัวในกรุงเทพมหานคร 1,551 ราย¹¹ โดยในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดล้วนได้รับการกักตัวและติดตาม อาการทั้งสิ้น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต ได้จัดระบบการ ดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน เพื่อประเมินและให้คำปรึกษาดูแลผล กระทบด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วย การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาหาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับการรับรู้ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมโครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19

วิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ PCR และมีการรายงานจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ อายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ สภาวะทางร่างกายที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่โครงการด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่โทรศัพท์ติดต่ออย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือปฏิเสธการประเมินปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ สถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน อาการปัจจุบัน สถานที่รักษา และวันที่ส่งข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ความเครียด โดยใช้ข้อคำถาม 3 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดจากปัจจัยกระตุ้นด้านโรคโควิด 19 ด้านผลกระทบต่อการครอบครัวยุติ ด้านตราบาปจากชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่วิเคราะห์จากสถานการณ์การระบาดตามความเห็นผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ 1) ท่านมีความเครียดหรือความกังวลต่อการป่วยด้วยโรคโควิด 19 หรือไม่ 2) ท่านมีความเครียดหรือความกังวลต่อการถูกแยกจากครอบครัวด้วยโรคโควิด 19 หรือไม่ 3) ท่านมีความเครียดหรือความกังวลเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างที่รู้ว่าท่านป่วยด้วยโรคโควิด 19 หรือไม่ หากผู้ป่วยตอบว่า ใช่ ในข้อใดข้อหนึ่งใน 3 ข้อดังกล่าวถือว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดในหัวข้อนั้น ๆ ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q¹² ประกอบด้วย 9 คำถาม 4 คำตอบ คือ ไม่มีเลย = 0; เป็นบางครั้ง = 1; เป็นบ่อย ๆ = 2; เป็นทุกวัน = 3 จุดตัดคะแนนที่เหมาะสมคือ ช่วงค่าคะแนน

7 - 12 เป็นระดับความรุนแรงเล็กน้อย; ช่วงค่าคะแนน 13 - 17 เป็นระดับความรุนแรงปานกลาง; ช่วงค่าคะแนน 18 ขึ้นไป เป็นระดับความรุนแรงสูง ส่วนที่ 4 ข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q¹² ประกอบด้วย 8 คำถาม 2 คำตอบ ไม่ใช่ และใช่ ค่าคะแนนแต่ละข้อไม่เท่ากัน การแปลผลคือ ช่วงค่าคะแนน 1 - 8 แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย; ช่วงค่าคะแนน 9 - 16 แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง; ช่วงค่าคะแนน 17 ขึ้นไป แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการประเมินการรับรู้ความเครียด หากพบมีความเครียดข้อใดข้อหนึ่ง จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากพบมีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 9Q ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป) จะได้รับการประเมิน 8Q แสดงผังแผนภาพที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าจะได้รับการช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจ (psychological support) และการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ และติดตามประเมินผลการรับรู้ความเครียดหลังรับการปรึกษาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้ทีมวิกฤตสุขภาพจิตเพื่อประเมินและดูแลต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าวด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-square

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ CAMRI-IRB-2563/006 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2563

ผล

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมาเข้าโครงการระบบการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 1,262 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 898 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับ (response rate)

ร้อยละ 71.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกเนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้หลังติดต่ออย่างน้อย 3 ครั้ง (ร้อยละ 15.6) เป็นชาวต่างประเทศ (ร้อยละ 7.6) ปฏิเสธการประเมินปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ หรือไม่สามารถประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง (ร้อยละ 2.4) และข้อมูลไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 3.2) โดยจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 898 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.9) มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 60 ปี (ร้อยละ 93.2) อาการสงบและจำหน่ายกลับบ้านแล้ว (ร้อยละ 68.8) ทั้งนี้เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เพียงร้อยละ 6

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.8 มีความรู้สึกเครียดอย่างน้อยหนึ่งด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19 เช่น กังวลว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคม เช่น กลัวเพื่อนร่วมงานรังเกียจ กลัวถูกให้ออกจากงาน กลัวคนในชุมชนทราบการรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว เช่น กลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อด้วย โดยในจำนวนนี้มีการรับรู้ความเครียดหนึ่งด้าน สองด้าน และทั้งสามด้าน ร้อยละ 23.6, ร้อยละ 5.9, และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

จากกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีเครียด 277 ราย ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 261 ราย (ร้อยละ 94.2) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 10 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q จำนวน 4 ราย ส่วนอีก 6 ราย ไม่พบรายละเอียดการบันทึกข้อมูล แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกของการรับรู้ความเครียดและปัจจัยกระตุ้น (N = 898)

การรับรู้ความเครียด	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
ไม่รู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล	621	69.2
รู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล	277	30.8
ปัจจัยที่กระตุ้นความเครียด		
- ด้านชุมชนและสังคม	107	39.8
- ด้านโรคโควิด 19	165	59.6
- ด้านครอบครัว	77	27.8

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยที่รับรู้ความเครียดอย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 277 ราย พบว่า ปัจจัยด้านเพศและสถานะการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างแยกตามประเภทการรับรู้ความเครียดพบว่า การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคมมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ และสถานะการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ความเครียด ด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสถานะการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

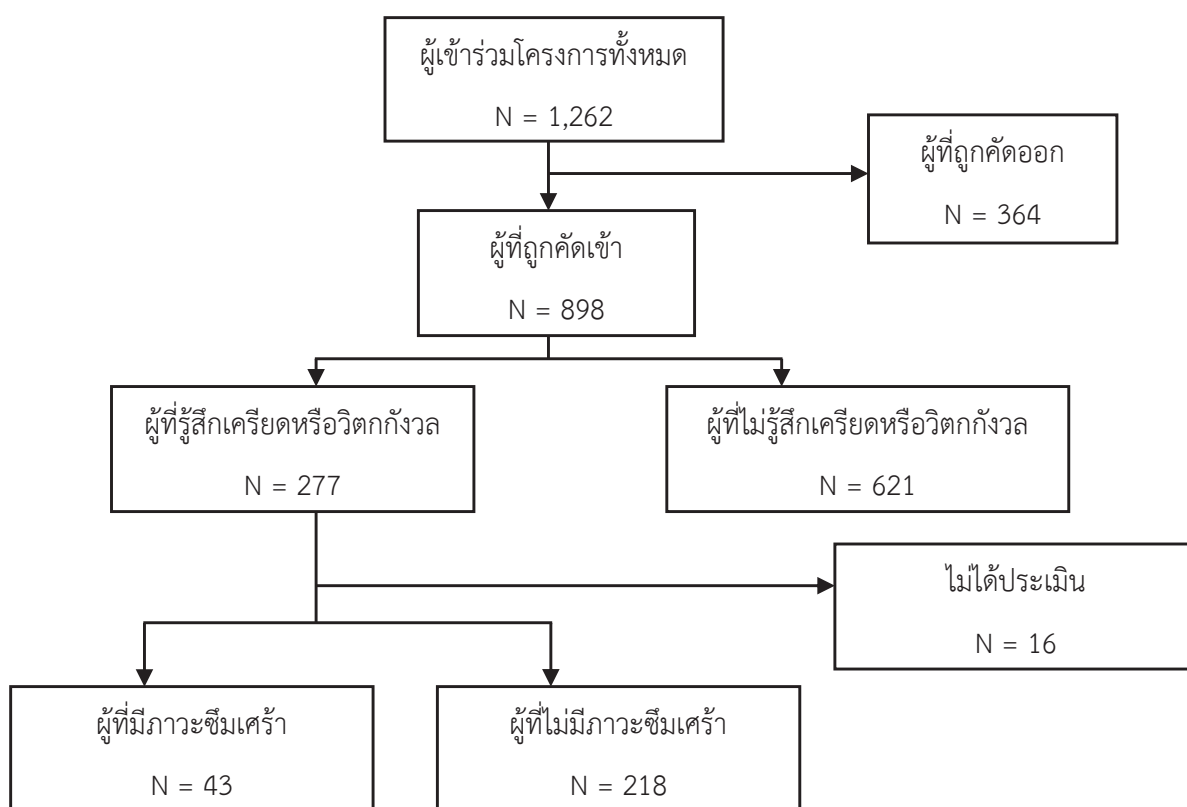
ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญคือ เพศ และการรับรู้ความเครียดตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด 19 อยู่ที่ร้อยละ 30.8 ไม่แตกต่างกับการศึกษาความเครียดหลังเกิดเหตุโรคระบาดของต่างประเทศที่พบภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคซาร์ส ซึ่งถือเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ในขณะนั้นอยู่ที่ร้อยละ 10 - 35^{7,8,13}

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายจากแบบคัดกรอง 9Q และ 8Q

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า (n = 261)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	218	83.5
มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย	33	12.6
มีระดับความรุนแรงปานกลาง	9	3.4
มีระดับความรุนแรงมาก	1	0.4
มีภาวะซึมเศร้า	43	16.5
ความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (n = 4)		
ความเสี่ยงต่ำ	3	75
ความเสี่ยงสูง	1	25



แผนภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าโครงการระบบการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร และจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำแนกตามการรับรู้ความเครียด และความเครียดสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	การรับรู้ความเครียด			ความเครียดด้านครอบครัว			ความเครียดด้านชุมชนและสังคม			ความเครียดด้านโรคโควิด 19		
	จำนวน อย่างน้อย หนึ่งด้าน	จำนวน (ร้อยละ)	p-value	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value
เพศ			< .01*			.26			< .01*			< .01*
หญิง	175 (35.5)	318 (64.5)		47 (9.5)	446 (90.5)		73 (14.8)	420 (85.2)		110 (22.3)	383 (77.7)	
ชาย	102 (25.2)	303 (74.8)		30 (7.4)	375 (92.6)		34 (8.4)	371 (91.6)		55 (13.6)	350 (86.4)	
อายุ			.16			.74			.02*			.98
อายุ 15-59 ปี	263 (31.4)	574 (68.6)		73 (8.7)	764 (91.3)		104 (12.4)	733 (87.6)		154 (18.4)	683 (81.6)	
อายุ ≥ 60 ปี	12 (22.2)	42 (77.8)		4 (7.4)	50 (92.6)		1 (1.9)	53 (98.1)		10 (18.5)	44 (81.5)	
สถานะการรักษา			< .01*			< .01*			.04*			.33
รับการรักษา	103 (37.5)	172 (62.5)		36 (13.1)	239 (86.9)		41 (14.9)	234 (85.1)		56 (20.4)	219 (79.6)	
จำหน่าย	170 (27.5)	448 (72.5)		40 (6.5)	578 (93.5)		63 (10.2)	555 (89.8)		109 (17.6)	509 (82.4)	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำแนกตามภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
เพศ			< .01*
หญิง	37 (22.2)	130 (77.8)	
ชาย	6 (6.4)	88 (93.6)	
อายุ			.33
อายุ ≥ 15 , < 60 ปี	40 (16.1)	208 (83.9)	
อายุ ≥ 60 ปี	3 (27.3)	8 (72.7)	
สถานะการรักษา			.82
รับการรักษา	17 (17)	83 (83)	
จำหน่าย	25 (15.9)	132 (84.1)	
การรับรู้ความเครียด			< .01*
การรับรู้ความเครียด 1 ด้าน	25 (12.6)	173 (87.4)	
การรับรู้ความเครียด มากกว่า 1 ด้าน	18 (28.6)	45 (71.4)	
การรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว			.14
มี	16 (21.9)	57 (78.1)	
ไม่มี	27 (14.4)	161 (85.6)	
การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคม			.20
มี	20 (20.2)	79 (79.8)	
ไม่มี	23 (14.2)	139 (85.8)	
การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19			.19
มี	30 (18.9)	129 (81.1)	
ไม่มี	13 (12.7)	89 (87.3)	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

โดยพบความชุกของการรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19 มากที่สุด รองมาเป็นการรับรู้ความเครียด ด้านชุมชนและสังคม และการรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยผู้ป่วยโรคซาร์สก่อนหน้านี้ ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีผลกระทบทางจิตใจในแง่ลบทางด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การเงิน และการกลับเข้าสู่สังคม⁶ โดยปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดในการศึกษานี้ คือ เพศ และสถานะการรักษา ซึ่งพบเช่นเดียวกันแม้ในกลุ่มประชากรทั่วไปในสถานการณ์โควิด 19 ที่ผู้หญิงมีความเครียดมากกว่าผู้ชาย² ในขณะที่

สถานะการรักษาว่า รักษาในโรงพยาบาลหรือจำหน่ายกลับบ้านแล้ว เป็นตัวสะท้อนความรุนแรงและการดำเนินของโรค ซึ่งความรุนแรงของโรคสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียด ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ และสถานะการรักษา พบได้ในประชากรทั่วไปเช่นกัน โดยกลุ่มวัยเรียนหรือวัยกำลังศึกษาพบได้มากกว่าวัยอื่น² ทั้งนี้อธิบายได้จาก การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่คนส่วนใหญ่หวาดกลัว และการระบอบที่ง่ายหากสัมผัสกันในชุมชน

จึงส่งผลกระทบต่อการเข้าสังคม การงาน การติตราผู้ป่วย ติดเชื้อในชุมชนและสังคม โดยเฉพาะขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงมาก อยู่ที่ร้อยละ 3.8 น้อยกว่าความชุกในต่างประเทศ เช่นที่โรงพยาบาลสนาม Jiangnan Fangcang Shelter Hospital พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.4⁴ ความแตกต่างนี้อธิบายได้จากวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีความเครียดเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า จึงอาจทำให้ได้ค่าน้อยกว่าความเป็นจริง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีอาการหายทุเลา จำหน่ายแล้ว หรือมีอาการคงที่พอที่จะเข้าร่วมโครงการได้อีกทั้งในประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ำ อัตราการเสียชีวิตต่ำ (ร้อยละ 1.85)¹¹ และอัตราการหายจากโรคโควิด 19 สูง (ร้อยละ 96.2) จึงอาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับประเทศที่มีการระบาดหนัก เช่น ประเทศจีนมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก (ร้อยละ 5.3) อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์วิกฤตที่ผ่านมาของประเทศไทย เช่น อุทกภัยในปี 2554 ผลการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต พบผู้ประสบภัยมีความเครียดสูงร้อยละ 5.9 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 1.4¹⁴ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลกระทบจากอุทกภัยรุนแรงก่อให้เกิดความสูญเสียที่อยู่อาศัย ที่ทำกิน เกิดขึ้นเป็นเวลานาน และการฟื้นตัวต้องใช้เวลายาวนาน อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในช่วงต้นของการระบาดในประเทศไทย จึงยังส่งผลกระทบไม่รุนแรงมากนัก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ คือ เพศ และการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป โดยการศึกษาภาวะซึมเศร้าในประชากรปกติ ก็พบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย¹⁵

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากผลการดำเนินการโดยเร่งด่วนในภาวะวิกฤต จึงมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การพัฒนาแบบประเมินการรับรู้ความเครียด

3 ข้อ ที่ยังไม่ผ่านการทดสอบคุณสมบัติเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการคงที่ หรือหายกลับบ้านแล้วซึ่งปัญหาสุขภาพจิตน่าจะลดน้อยลงกว่าผู้ที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้าที่ประเมินต่ำยเกินไป โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ความเครียดเท่านั้น ซึ่งหากตอบปฏิเสธจะขาดโอกาสในการประเมินภาวะซึมเศร้าต่อนอกจากนั้น การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจที่จะรับความช่วยเหลือด้านจิตใจแบบไม่เผชิญหน้า รวมทั้งข้อจำกัดด้านเวลาและสภาวะสุขภาพ ทำให้ขาดประเด็นคำถามที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น ระดับการศึกษา โรคประจำตัว เศรษฐฐานะ โรคจิตเวชที่มีอยู่เดิม อาการปัจจุบัน ความเข้าใจในโรคโควิด 19 เป็นต้น²

แบบประเมินการรับรู้ความเครียดโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 3 ข้อ เป็นวิธีการที่เรื่อนำมาใช้ในการระบาดครั้งนี้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการค้นหาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มรับรู้ความเครียดและให้การช่วยเหลือทางจิตใจภายใต้สถานการณ์การแยกกักผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงการสัมผัสโรค โดยมีข้อคำถามปลายปิดเพียง 3 ข้อ ทำให้เกิดการนำไปใช้ได้ง่าย ช่วยให้สามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงได้เร็ว อย่างไรก็ตาม ผลจากแบบประเมินการรับรู้ความเครียดนี้ยังไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินความแม่นยำและความตรงของเครื่องมือการรับรู้ความเครียดเพื่อเทียบเคียงกับเครื่องมือวัดความเครียดมาตรฐาน (concurrent validity) เพื่อพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือต่อไป และควรปรับขั้นตอนให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าไปพร้อม ๆ กับการประเมินความเครียด เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและในบางรายอาจมีเพียงอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น ผลการศึกษานี้มีประโยชน์ในการนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาระบบประเมิน ป้องกัน และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 หรือโรคระบาดอุบัติใหม่ทางโทรศัพท์ต่อไป

สรุป

การรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในโรคโควิด 19 ค่อนข้างสูง โดยสัมพันธ์กับเพศ นอกจากนั้นการรับรู้ความเครียดสัมพันธ์กับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียด การค้นหากลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้นทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการจำกัดการเข้าถึงได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล ที่ให้คำปรึกษาด้านการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ประเทศไทย [Corona virus (COVID-19), Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. Google news; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ม.ค. 2564]. จาก: <https://news.google.com/covid19/map?hl=th&mid=%2Fm%2F07f1x&gl=TH&ceid=TH%3Ath>
2. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729.
3. Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, et al. Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2014053. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14053.
4. Dai LL, Wang X, Jiang TC, Li PF, Wang Y, Wu SJ, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter hospital in Wuhan, China. *PLoS One*. 2020;15(8):e0238416. doi: 10.1371/journal.pone.0238416.
5. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*. 2020;1-2. doi:10.1017/S0033291720000999.
6. Chua SE, Cheung V, McAlonan GM, Cheung C, Wong JW, Cheung EP, et al. Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):385-90. doi:10.1177/070674370404900607.
7. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*. 2005;18(1):39-42. doi:10.1002/jts.20004.
8. Cheng SK, Wong CW, Tsang J, Wong KC. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol Med*. 2004;34(7):1187-95. doi:10.1017/s0033291704002272.
9. Wing YK, Ho SM. Mental health of patients infected with SARS. In: Chan JCK, Wong VC, editors. *Challenges of severe acute respiratory syndrome*. Hong Kong: Elsevier (Singapore) Pte Ltd; 2006. p. 590.
10. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):318-26. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โควิด-19 [COVID-19 situation report] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม: 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พ.ค. 2563]. จาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q [Evaluation form 2Q, 9Q and 8Q] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ม.ค. 2564]. จาก: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)

13. Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(7):1326-7. doi:10.3201/eid1007.040090.
14. คณะทำงานสังเคราะห์บทเรียนการรับมืออุทกภัย 2554. สังเคราะห์บทเรียนการรับมือมหาอุทกภัย 2554 [Synthesis of lessons on dealing with the great flood 2011] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2555 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ธ.ค. 2563]. จาก: <http://k4ds.psu.ac.th/k4dm/file/km/hs1975.pdf>
15. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Paper presented at: WPA section on epidemiology and public health meeting, prediction in psychiatric epidemiology - from childhood and adolescence to adulthood; 2010 Jul 11–14; Lisbon, Portugal.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

วันรับ : 19 มิถุนายน 2563

วันแก้ไข : 20 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับ : 22 พฤษภาคม 2564

เกษร สายธนู, พย.ม.¹, กิ่งกาญจน์ ชูเมือง, พย.ม.¹,

เกษราภรณ์ เคนบุปผา, พร.ด.²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี¹, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

วิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งจำนวน 52 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติ 4 สัปดาห์ 7 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดผลลัพธ์จากการลดลงของภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย และการเพิ่มขึ้นของทักษะการแก้ไขปัญหาด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ไขปัญหามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ t-test

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ไขปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) เช่นกัน

สรุป : โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าและเสริมทักษะการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้

คำสำคัญ : กลุ่มบำบัด การเจริญสติ การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า

ติดต่อผู้พิมพ์ : เกษร สายธนู; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

Original article

The effects of problem-solving group therapy conjoined with mindfulness for depression in elderly with chronic diseases living in community

Received : 19 June 2020

Revised : 20 May 2021

Accepted : 22 May 2021

Kesorn Saithanu, M.N.S.¹, Kingkan Choomuang, M.N.S.¹

Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.²

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University¹

Prasrimahabodi Psychiatric Hospital²

Abstract

Objective: To test the efficacy of problem-solving group therapy conjoined with mindfulness for depression in elderly with chronic diseases living in the community.

Methods: This study used quasi-experimental research. The subjects were 52 elderly with chronic conditions and depression comorbidity who lived in the community. They were recruited by purposive sampling and divided into two experimental and control groups of 26. The experimental group participated in the problem-solving group therapy, consisting of 7 sessions for 4 weeks, conjoined with mindfulness program while the control group received routine nursing care. The outcomes of this program were the reduction of depression scores and improved problem-solving skills measured by Thai geriatric depression scale (TGDS), and problem-solving inventory with the reliability of 0.89 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: Both experimental and control group had statistically significant reduced depressive symptoms ($p < .005$) immediately after receiving the intervention. Comparing between two groups, the experimental group has a statistically significant lowered score of depression than the control group immediately after intervention and at one month follow-up ($p < .005$). While the problem-solving skill score of the experimental group were statistical significance higher than the control group in both immediately after intervention and at one month follow-up ($p < .005$).

Conclusion: The problem-solving group therapy conjoined with mindfulness is more likely to reduce depression and improve problem-solving skills among the elderly who had chronic diseases. It could be an optional nursing care for elderly with chronic diseases and depression comorbidity in the community.

Keywords: depression, elderly with chronic diseases, group therapy, mindfulness, problem-solving therapy

Corresponding author: Kesorn Saithanu; e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

ความรู้เดิม : การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห หรือการเจริญสติอย่างเดียวมีประสิทธิภาพต่อการลดภาวะซึมเศร้า

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง อยู่กับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวล นำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : โปรแกรมฯ ดังกล่าว สามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้ และอาจปรับรูปแบบให้เหมาะกับบริบทในกลุ่มเป้าหมายอื่น

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 5.7 ในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี¹ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงหรือพิการ มักมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุขและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป² จากผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33 และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ร้อยละ 6² ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยทางชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ สารเสพติด พยาธิสภาพทางสมอง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย³ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย 5 โรค ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งพบได้ร้อยละ 20 – 25 สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป⁴ เนื่องจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่ำลงและการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลงจากการต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น อาจทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นเวลานานอาจคิดอยากตายหรือวางแผนทำร้ายตัวเอง หรือไม่ยอมกินยาเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเพื่อปล่อยให้อาการทรุดลงจนเสียชีวิต² ส่วนปัจจัย

ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ การเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย สนใจแต่ในด้านที่ไม่ดีหรือด้านลบของสิ่งต่าง ๆ มากกว่าด้านบวก สภาวะอารมณ์ไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงได้ง่าย คิดมาก วิตกกังวลง่าย^{5,6} รูปแบบการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถแยกประเด็นปัญหาออกเป็นส่วน ๆ จึงไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้⁴ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เช่น การอยู่ในสังคมที่แออัดหรือมีความรุนแรง ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน⁵⁻⁷

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายรูปแบบ ทั้งการรักษาทางด้านร่างกาย ได้แก่ การใช้ยารักษาซึมเศร้า หรือการรักษาด้วยไฟฟ้าในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาด้านจิตใจด้วยจิตบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เช่น การให้คำปรึกษา การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์เป็นต้น⁸ ทั้งนี้ การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (problem solving therapy; PST) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่ง ที่เน้นการจัดการและการแก้ไขปัญหที่เฉพาะเจาะจง ผู้บำบัดและผู้ป่วยจะร่วมกันค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วมีการจัดการปัญหาให้ลดลงและปรับปรุงพฤติกรรมการแก้ปัญหให้เหมาะสม⁹ หลักสำคัญคือปรับมุมมองต่อปัญหาในทางลบมาเป็นทางบวก ปรับจากวิธีการแก้ไขปัญหแบบหุนหันพลันแล่นไม่สมเหตุผล ไม่ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงมาเป็นการแก้ไขปัญหแบบใช้เหตุผล มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหมากขึ้นและทำได้จริง ซึ่งส่งผลให้อารมณ์เศร้าลดลง¹⁰ ทักษะการแก้ไขปัญห ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การให้นิยามของปัญหาและทำความเข้าใจกับโครงสร้างของปัญหา การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญห การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญห และการดำเนินการตามทางเลือกและพิสูจน์^{9,11} การทบทวนเอกสารวิจัย พบว่า PST เป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹² และสามารถใช้ได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย¹³ การศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพบประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน^{4,14} ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจัดการอารมณ์และความเศร้าได้ดีขึ้น รวมทั้งจัดการปัญหาและแรงกดดันที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

ส่วนการเจริญสติ (mindfulness) เป็นการฝึกให้อยู่กับปัจจุบันขณะ¹⁶ ทำให้สติเกิดขึ้น ตั้งมั่น และทำให้อย่างขึ้นไปจนเกิดปัญญา สติ คือ ความระลึกได้ ความนึกขึ้นได้ ความไม่เผลอ การคุมจิตไว้กับสิ่งที่กำลังทำอยู่ เป็นอาการที่จิตไม่หลงลืม ระงับยับยั้งใจได้¹⁷ แนวทางการเจริญสติมีหลายรูปแบบแต่มีเป้าหมายเหมือนกัน คือ ดับทุกข์ ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาผลนำหลักการเจริญสติมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่า ช่วยให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลทำให้จิตใจสงบขึ้น¹⁸ หากผู้สูงอายุปฏิบัติเจริญสติปัญญาอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้¹⁹ ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังพบว่าช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้²⁰ นอกจากนี้ การศึกษาการเจริญสติร่วมกับการบำบัดรูปแบบอื่นพบว่า เพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษามากขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม^{21,22} การสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติ²³ เป็นต้น การฝึกทำสมาธิประมาณ 20 นาที มีผลต่อการแก้ไขปัญหาของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการมีสติจะช่วยให้เราสามารถอยู่กับปัจจุบันและรู้จักอารมณ์ของตนเองดีขึ้น จึงส่งผลให้ทักษะการแก้ไขปัญหาดีขึ้น²⁴

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามผสมผสานแนวความคิดการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้ามักมีข้อจำกัด และยังไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห

ผสมผสานแนวความคิดการเจริญสติในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าและระดับทักษะการแก้ไขปัญหา ก่อนและหลังการทดลองและหลังติดตามหนึ่งเดือนในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมบำบัดดังกล่าว และศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคาดว่าจะการศึกษานี้จะได้ทางเลือกการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้ามาร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการจัดการปัญหาของตนเองที่เหมาะสมขึ้น

วิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ อายุ 60 - 79 ปี มีโรคเรื้อรังใด ๆ ใน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ โดยไม่มีอาการทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ากลุ่มหรือเป็นโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (จากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยที่มีคะแนนตั้งแต่ 13 - 24 คะแนน) ไม่มีความจำเสื่อม ไม่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ให้อำนาจทดสอบ 0.80 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.70 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน โดยจัดกลุ่มให้มีขนาดใกล้เคียงกัน (สมาชิกกลุ่มละประมาณ 7 - 10 คน) คละชายหญิงที่มีจำนวนเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด กลุ่มทดลองจะได้รับ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การติดตามอาการตามนัดหมาย การให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับแนวคิดของเนซู และคณะ⁹ ร่วมกับแนวคิดการเจริญสติ ของธวัชชัย ฤกษ์ณะปรณกิจ และคณะ¹⁶ ตามหลักสติปัฏฐาน 4 คือ กาย เวทนา จิต และธรรม ที่มีความสัมพันธ์กัน และแนวปฏิบัติการเจริญสติของพระบวรปริยัติวิธาน¹⁷ ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่าย โปรแกรมกลุ่มบำบัดนี้ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาและกระบวนการจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผู้นำศาสนาในชุมชน 2 ท่านได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติเจริญสติ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมกลุ่มบำบัดประกอบด้วย 7 กิจกรรมโดยดำเนินการในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 - 2 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดังนี้ *สัปดาห์ที่ 1* ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยประเมินความรู้ก่อนและหลังให้ความรู้; *สัปดาห์ที่ 2* ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมฝึกปฏิบัติเจริญสติ โดยพระสงฆ์เป็นผู้นำในการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจการเจริญสติและสามารถฝึกปฏิบัติเจริญสติได้เหมาะสมขึ้น หลังจากนั้นให้ฝึกปฏิบัติเจริญสติที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน ๆ ละประมาณ 30 นาที และให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติเจริญสติก่อนเริ่มกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละครั้ง; *สัปดาห์ที่ 3* ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมค้นหาและปรับมุมมองต่อปัญหา โดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยรวมถึงความคิดเห็นหรือมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้เข้าใจตนเองมากขึ้น กิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมฝึกวิเคราะห์รูปแบบ

การจัดการปัญหา โดยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหามา รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วเรียนรู้รูปแบบการจัดการปัญหาที่เหมาะสมโดยเชื่อมโยงถึงการมีสติ และกิจกรรมที่ 6 เป็นกิจกรรมฝึกตั้งเป้าหมายอย่างมีสติและการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหา; *สัปดาห์ที่ 4* ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 เป็นการประเมินผลลัพธ์การแก้ไขปัญหและการเจริญสติโดยการประเมินภาวะซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญหามา สันทนาเกี่ยวกับกิจกรรมการบำบัดและข้อคิดเห็นอื่น ๆ หลังจากนั้นติดตามผล 1 เดือน ด้วยการสนทนากลุ่มและประเมินภาวะซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญหามาของสมาชิกกลุ่มอีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) *แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง (the mini-mental state examination; MMSE)* ที่พัฒนาขึ้นโดย ฮัลลูลี เติมียประดิษฐ์ และคณะ²⁵ เพื่อคัดกรองภาวะความพิการทางสมอง ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 11 ข้อคำถาม 2) *แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล* แบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย 3) *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai geriatric depression scale; TGDS)* พัฒนาโดย นิพนธ์ พวงกรินทร์²⁶ และกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (0 - 12 คะแนน) มีความเศร้าเล็กน้อย (13 - 18 คะแนน) มีความเศร้าปานกลาง (19 - 24 คะแนน) และมีความเศร้ารุนแรง (25 - 30 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.89 และ 4) *แบบประเมินทักษะการแก้ไขปัญหามา* ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการแก้ไขปัญหามาของเนซู และคณะ¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ปัญหา มุมมองหรือทัศนคติต่อปัญหารูปแบบการแก้ไขปัญหามา การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหามา

และการประเมินผลวิธีแก้ไขปัญห การแปลผลแบ่งตามช่วงคะแนนรวมทักษะการแก้ไขปัญห แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ทักษะการแก้ไขปัญหายอยู่ในระดับต่ำ (20 - 40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41 - 60 คะแนน) ระดับดี (61 - 80 คะแนน) และระดับดีมาก (81 - 100 คะแนน) ตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการทำการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขรับรอง UBU-REC-37/2559 วันที่ 24 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้ทำกลุ่มบำบัดเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์และผ่านการฝึกทักษะการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ไขปัญห ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test และ 3) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญห ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) สถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 600 - 1,500 บาท ต่อเดือน เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.9) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน (ร้อยละ 23.1) ผู้ดูแลหลักกรณีเจ็บป่วยส่วนใหญ่ คือ คู่ครอง แสดงดังตารางที่ 1

ผลคะแนนซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญหของกลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าหลังการทดลองทันที และหลังติดตามผล 1 เดือน ลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{25} = 9.72, p = .005$ และ $t_{25} = 5.14, p = .005$ ตามลำดับ) และความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหหลังการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{25} = - 8.92, p = .005$ และ $t_{25} = - 8.91, p = .005$) แสดงดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าหลังการทดลองลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{25} = 5.14, p = .005$) อย่างไรก็ตาม หลังติดตามผล 1 เดือน แม้ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าจะลดต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหพบว่า ทั้งหลังการทดลองและหลังติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ แสดงดังตารางที่ 2

ผลคะแนนซึมเศร้าและทักษะการแก้ไขปัญหระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองทันทีพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{45} = - 7.02, p = .005$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ไขปัญหสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{42} = - 10.67, p = .005$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนกลุ่มทดลอง (n = 26)		จำนวนกลุ่มควบคุม (n = 26)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	26.9	7	26.9
หญิง	19	73.0	19	73.0
อายุ				
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70.08 $\pm$ 4.61 ปี		69.35 $\pm$ 5.45 ปี	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	60; 76 ปี		60; 78 ปี	
สถานภาพสมรส				
โสด	-	-	1	3.8
คู่	22	84.6	23	88.4
หม้าย	4	15.3	2	7.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	23	88.4	26	100.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	11.5	-	-
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	30.7	2	7.7
เกษตรกร	16	61.5	21	80.7
รับจ้าง	-	-	2	7.7
ค้าขาย	1	3.8	1	3.8
ข้าราชการบำนาญ	1	3.8	-	-
รายได้ต่อเดือน				
600 - 1,500 บาท	24	92.3	24	92.3
1,501 - 3,000 บาท	1	3.8	2	7.7
3,001 - 4,500 บาท	-	-	-	-
4,501 บาท ขึ้นไป	1	3.8	-	-
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและเหลือเก็บ	7	26.9	10	38.4
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	17	65.3	16	61.5
ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืม	2	7.7	-	-
โรคเรื้อรังที่เป็นในปัจจุบัน				
โรคความดันโลหิตสูง	16	61.5	11	42.3
โรคเบาหวาน	3	11.5	2	7.7
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน	3	11.5	9	34.6
โรคระบบทางเดินหายใจ	3	11.5	4	15.3
โรคหัวใจ	1	3.8	-	-
ผู้ดูแลหลักกรณีเจ็บป่วย				
คู่สมรส	17	65.3	23	88.4
บุตรหลาน	9	34.6	3	11.5

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา ก่อนทดลองหลังทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ paired t-test

ตัวแปร	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง					
คะแนนซึมเศร้า					
ก่อนการทดลอง	20.04	1.95			
หลังการทดลอง	15.73	1.95	9.72	25	.005
ติดตามผล 1 เดือน	15.19	2.30	5.14	25	.005
คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา					
ก่อนการทดลอง	78.58	5.10			
หลังการทดลอง	85.38	2.71	- 8.92	25	.005
ติดตามผล 1 เดือน	84.92	3.47	- 8.91	25	.005
กลุ่มควบคุม					
คะแนนซึมเศร้า					
ก่อนการทดลอง	19.85	1.46			
หลังการทดลอง	19.04	1.40	5.14	25	.005
ติดตามผล 1 เดือน	19.46	1.20	- 1.77	25	.005
คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา					
ก่อนการทดลอง	78.35	2.59			
หลังการทดลอง	78.69	1.69	- 1.22	25	.232
ติดตามผล 1 เดือน	78.88	1.82	1.21	25	.239

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าและคะแนนทักษะการแก้ปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
คะแนนซึมเศร้า							
หลังการทดลอง	15.73	1.95	19.04	1.40	- 7.02	45	.005
ติดตามผล 1 เดือน	15.19	2.30			3.04	25	.006
คะแนนทักษะการแก้ไขปัญหา							
หลังการทดลอง	85.38	2.71	78.69	1.69	- 10.67	42	.005
ติดตามผล 1 เดือน	84.92	3.47			1.85	25	.076

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

หลังการทดลองทันทีและหลังติดตามผล 1 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ไขปัญหาลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามผสมผสานแนวคิดการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้พบว่า มีประสิทธิผลในการลดคะแนนซึมเศร้า คล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่ให้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาย่อยๆ อย่างเดียว^{12,14,27} และยังพบว่าทำให้ทักษะการแก้ไขปัญหามีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ภาวะซึมเศร้าและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหรือสิ่งประสบอยู่มากขึ้น และการบำบัดแบบแก้ไขปัญหามีช่วยให้ผู้สูงอายุมีมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้นตามช่วงวัยของตน ข้อจำกัดในชีวิตจากการเจ็บป่วยยอมรับปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ด้วยตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาโดยการรับรู้ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหารู้วิธีการแก้ไขหลากหลายวิธี และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม ซึ่งต้องฝึกทักษะในการปรับเปลี่ยนการมองปัญหาที่เกิดขึ้นในทางบวก (positive problem orientation) ได้แก่ การประเมินว่าปัญหาคือความท้าทายหรือโอกาสที่เป็นประโยชน์ มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ มีความเชื่อว่าตัวเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{11,28} อีกทั้งการเสริมการปฏิบัติเจริญสติซึ่งเป็นการฝึกให้อยู่กับปัจจุบัน ทำให้มีความเข้าใจในความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการฝึกใช้สติกำหนดอริยาบทของตน ให้รู้ตัวที่กำลังทำอะไรอยู่ การใช้สติกำหนดนี้ต้องกำหนดอย่างละเอียด เมื่อได้ฝึกใช้สติกำหนดอริยาบทของตนอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้ ความเคยชินในการใช้สติจะเกิดขึ้น และยังคงใช้ได้ต่อไปแม้จะออกจากกลุ่มปฏิบัติเจริญสติแล้ว บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการตอบโต้กับสถานการณ์ภายในและภายนอกได้ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น

โดยรับรู้ว่ากำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร แต่ไม่สนใจรายละเอียดหรือเนื้อหาความคิด²⁹ เมื่อจิตใจสงบ มีสมาธิ เข้าใจอารมณ์และความคิดของตัวเอง อาการซึมเศร้าก็ลดลง จะเห็นได้ว่าการเจริญสติจึงเป็นผลดีต่อการบำบัดอาการซึมเศร้าและการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญห สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมาธิและสติจะช่วยเพิ่มการรู้ตัว ทำให้รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบ รู้อารมณ์ของตัวเองจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ตามมา ดังนั้นเมื่อมีสติจะทำให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁴ จากการสนทนากลุ่มภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้ให้ความเห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว จิตใจสงบขึ้น และเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าของตนเองมากขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง มีสติในการใช้ชีวิต รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหามากขึ้น ได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของดุขฤ์ จิระกุลวิทย์ และคณะ²² และผลลัพธ์นี้ยังคงอยู่ได้นานหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ แล้วหนึ่งเดือน โดยส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติเจริญสติอย่างต่อเนื่องและมีมุมมองต่อปัญหาและแก้ไขปัญหามีขึ้น สามารถทำได้ในช่วงเช้าตรู่ บางรายปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม บางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติเจริญสติได้ต่อเนื่อง จากภาระต่าง ๆ เช่น ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน ส่งผลให้มีความกังวลในการปฏิบัติ ทำให้ไม่ค่อยมีสมาธิ ในช่วงกลางวันต้องทำงาน ดังนั้น ในการกำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติจึงอาจให้ผู้สูงอายุปรับกิจกรรมในการเจริญสติ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า - ออก การตระหนักรู้ในอริยาบทหลัก เมื่อยืน เดิน นั่ง นอน ให้ตระหนักรู้ว่า ยืน เดิน นั่ง นอน โดยประสานกับลมหายใจไปพร้อมกัน เป็นต้น¹⁶ จึงควรปฏิบัติเจริญสติอย่างต่อเนื่อง และทบทวนการปฏิบัติเพื่อวิเคราะห์ผลการปฏิบัติอยู่เสมอ

นอกจากนี้ กระบวนการบำบัดแบบกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเรื่องราวของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว ได้เห็นว่าสมาชิกคนอื่นมีปัญหเช่นกัน อาจแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกับตนเอง เช่น เปื่อหน่ายการรับประทานยา ไม่มีเงินค่าเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น เมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหามีอาการเศร้าลดลงโดยเฉพาะผู้ที่

ปัญหาเดียวกัน ทำให้ตระหนักได้ว่าตนเองจะสามารถเอาชนะปัญหาได้ ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น³⁰ สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา มีการให้กำลังใจกันและกัน ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยบำบัดของการเข้ากลุ่มบำบัด³¹

อาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมฯ นี้ เป็นการบำบัดที่ทำให้เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา ลดการคิดหมกมุ่น จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา หรือแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น กระบวนการบำบัดทำให้สามารถค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และมีการฝึกการตัดสินใจจัดการปัญหาให้บรรเทาลง ซึ่งเป็นการพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสม อีกทั้งการเจริญสติเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ไม่จำกัดช่วงเวลา และยังสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมีการปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนกิจอยู่เป็นประจำ เช่น ไปวัด ฟังเทศน์ สวดมนต์ เป็นต้น

สรุป

โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเสริมทักษะการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้ ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เกิดความเข้าใจตนเอง พัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหา ปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหามีสติ รวมถึงจัดการความรู้สึกวิตกกังวลและเครียดจากปัญหาสุขภาพกายที่นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ขอกราบขอบพระคุณพระครูอุบลสุวรรณารักษ์ และพระครูสมุห์เฉวียน กตปุญโญ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและชี้แนะแนวทางการฝึกปฏิบัติเจริญสติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2019 Jul 24]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
2. ณหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณินิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นิวัฒน์นันท์, และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สูตรคลายซึมเศร้า [Elderly care guide: depression formula]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559. น. 11-8.
3. วรณา เรื่องประยูร, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัย [Problem-solving therapy for reduce depressive symptoms in older adults: synthesis of research studies]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3);37-48.
4. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) [Guidelines for surveillance of depression at provincial level (2nd revision)]. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต; 2554.
5. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ [Depression: a significant mental health problem of elderly]. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3):24-31.
6. Touhy TA, Jett K. Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging. 5th ed. USA: Elsevier Inc. Printing; 2017.
7. สาวิตรี สิงหาด. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า [Nursing of the elderly with depression]. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2559;18(3):15-24.
8. สมภาพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V [Textbook of psychiatry revised version according to DSM-V]. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2557.

9. Nezu AM, Nezu CM, D’Zurilla T. Problem-solving therapy: a treatment manual. New York: Springer Publishing Company; 2013.
10. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้เข้าอบรมการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการแก้ไขปัญห [A guide for participants to treat depression with problem solving]. อุบลราชธานี: โรงพยาบา; 2559.
11. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกนันทน์, บรรณาธิการ. ตำราโรคซึมเศร้า [Textbook of depressive disorders]. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.
12. ธวัชชัย พลศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [The effect of the problem solving therapy program on depression of patients with major depressive disorder]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):60-74.
13. สุนิสา ศรีโมอ่อน, อติยา พรชัยเกตุ, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ [Problem solving therapy for reducing depressive symptoms in adults: evidence-based nursing]. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(3):107-16.
14. ราตรี ทองยู, วรรณมา คงสุริยนาวิณ, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [Effects of group problem-solving therapy on depressive symptoms in older adult people with type-2 diabetes]. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(3):78-92.
15. Nezu AM, Nezu M, Salber KE. Problem-solving therapy for cancer patients. Psychology. 2013; 10(2-3):217-31. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43445.
16. ธวัชชัย กฤษณะปรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี, ผ่องพรรณ กฤษณะปรกิจ. สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต [Meditation therapy in psychiatry and mental health]. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
17. พระวรปริยัติวิธาน. คู่มือปฏิบัติธรรมเบื้องต้น [Basic Dharma practice manual]. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด; 2554.
18. ยุวดี พนาวรรต, จำลอง ดิษยวณิช. การเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทยด้วยวิปัสสนากรรมฐาน[Enhancement of mental health of Thai elderly by insight meditation]. วารสารสวนปรุง. 2558;31(1):1-12.
19. พระสันต์ทัศน์ สิ้นสมบัติ, พระครูปลัดสุวัฒน พุทธคุณ, ปัญญา นามสง่า, ชัยรัตน์ ทองสุข, ภูเดช สิ้นทับศาล. สติปัฏฐานกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ [Satipattana to protect of depression for the elderly] [รายงานการวิจัย]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พระพุทธชินราช; 2561.
20. สมจิตร เสริมทองทิพย์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, เวทีส ประทุมศรี. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน [The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes]. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(3):66-75.
21. Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(1):109-21. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014.
22. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ญาดา ธงธรรมรัตน์, ปรียา ปราณีตพลกรัง, ปราณีต ชุ่มพุทรา, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล. กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษานำร่อง [The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558;23(3):143-53.
23. กันต์ฤทัย ปานทอง, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า [The effective of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder]. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25(2):105-18.

24. Ren J, Huang Z, Luo J, Wei G, Ying X, Ding Z, et al. Meditation promotes insightful problem-solving by keeping people in a mindful and alert conscious state. *Sci China Life Sci.* 2011;54(10): 961-5 doi:10.1007/s11427-011-4233-3.
25. อัญชลี เตมียประดิษฐ์, วรรณ ตันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์, อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง [The Mini-Mental State Examination: MMSE]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2533;35(4):208-16.
26. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย [Thai geriatric depression scale: TGDS]. *สารศิริราช.* 2537;46(1):1-9.
27. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, et al. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(1):33-41. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.177.
28. Nezu CM, Nezu AM, Colosimo MM. Case formulation and the therapeutic alliance in contemporary problem-solving therapy (PST). *J Clin Psychol.* 2015;71(5):428-38. doi:10.1002/jclp.22179.
29. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สวิตตา ธงยศ, อิงคณา โคตนารา, ขจรศักดิ์ วรรณทอง. ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [Efficacy of Buddhist group therapy on patients with depressive disorder]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2557;59(4):381-93.
30. จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช [Group therapy and psychiatric nurse]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2557;28(1):1-15.
31. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล [Group therapy for nurses]. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2557.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญ risperidone solution กับยาต้นตำรับในการรักษาผู้ป่วย autism spectrum disorder

วันรับ : 30 ธันวาคม 2563
วันแก้ไข : 24 พฤษภาคม 2564
วันตอบรับ : 25 พฤษภาคม 2564

จินตนา ปรัชญาสันติ, ภ.ม., พัฒนพัฒน์ พรรณแผ้ว, ภ.ม.,
ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, พ.บ., อาภาภรณ์ พึ่งยอด, พ.บ.,
ศิริพรรณ แสนลัง, วท.บ., ภาวินี บุญสุวรรณศรีสง, พย.บ.
สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินและเปรียบเทียบประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการใช้ยาสามัญ risperidone solution กับยาต้นตำรับในการรักษาผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม

วิธีการ : เป็นการวิจัยเปิดแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม อายุระหว่าง 3 - 12 ปี ที่ได้รับยา risperidone solution ครั้งแรกจำนวน 60 คน ใช้ตารางเลขสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน โดยกลุ่มทดลองได้รับยาสามัญ risperidone solution และกลุ่มควบคุมได้รับยาต้นตำรับ risperidone solution ประเมินประสิทธิผลของยาด้วย aberrant behavior checklist-community (ABC-C) ก่อนได้รับยา และหลังได้รับยา 4, 8 และ 24 สัปดาห์ และประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หลังได้รับยา 4, 8, และ 24 สัปดาห์

ผล : หลังจากได้รับยา 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด irritability ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองลดลงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14.7 ± 10.7 คะแนน และ 16.5 ± 8.6 คะแนน ตามลำดับ) ขนาดยาเฉลี่ยและอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ปากแห้ง ท้องผูก และน้ำลายไหล ระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ยกเว้นอาการง่วงนอนที่พบในกลุ่มที่ได้รับยาต้นตำรับมากกว่ายาสามัญ

สรุป : ประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์ของยาสามัญ risperidone solution และยาต้นตำรับในการรักษาผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอาการง่วงนอนซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมากกว่า

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ สเปกตรัม ออทิสติก อาการไม่พึงประสงค์ risperidone solution

ติดต่อผู้พิมพ์ : จินตนา ปรัชญาสันติ; e-mail: jintana300@yahoo.com

Original article

Effectiveness and adverse drug reactions between generic and original risperidone solution in patients with autism spectrum disorder

Received : 30 December 2020

Revised : 24 May 2021

Accepted : 25 May 2021

Jintana Prachayasunti, M.Pharm., Phannaphat Phanphaew, M.Pharm.,

Chadapim Phoasavasdi, M.D., Arpaporn Puengyod, M.D.,

Siripran Sanlung, B.Sc., Pawinee Bunsawonsung, B.N.S.

Rajanukul Institute, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To evaluate and compare the effectiveness and adverse drug reactions (ADRs) between generic and original risperidone solution in patients with autism spectrum disorder (ASD).

Methods: This study was an open-label randomized controlled trial. Sixty ASD patients aged 3-12 who first prescribed antipsychotic drug were randomly assigned to generic or original risperidone solution. The effectiveness of treatment were assessed by aberrant behavior checklist- community (ABC-C) at baseline, week 4, week 8, and week 24. The ADRs were measured at week 4, week 8, and week 24.

Results: At week 4, the mean score of the irritability subscale in ABC-C showed a significant decrease for both groups (14.7 ± 10.7 scores for the generic group and 16.5 ± 8.6 scores for the original group). The average doses and frequented ADRs, such as increased appetite, dry mouth, constipation, and drooling, were not statistically different between these two groups. However, the original risperidone solution had a more significant rate of somnolence.

Conclusion: There were no differences in the effectiveness and adverse drug reactions between generic and original risperidone solution in patients with ASD, except for more somnolence from the original one.

Keywords: adverse drug reaction, autism spectrum disorder, effectiveness, risperidone solution

Corresponding author: Jintana Prachayasunti; e-mail: jintana300@yahoo.com

ความรู้เดิม : ยา risperidone ดันตำรับมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม โดยเฉพาะอาการ irritability และอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ เพิ่มความอยากอาหาร อ่อนล้า คัดจมูก ง่วงนอน

ความรู้ใหม่ : ยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone solution มีประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอาการ ง่วงนอน ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมากกว่า

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ในกรณีที่มีเหตุผลความจำเป็น ด้านต้นทุนการรักษา ยาสามัญ risperidone solution เป็นอีกทางเลือกการรักษาเพื่อควบคุมพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม

บทนำ

โรคออทิสติกสเปกตรัม (autism spectrum disorder) เป็นโรคที่มีความบกพร่องของพัฒนาการจากการพัฒนาของสมองที่ผิดปกติ ทำให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ 2 ด้านหลัก คือ ด้านความบกพร่องของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร และด้านความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจ โดยมีความสนใจหรือมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง มีปัญหาการกินและการนอนร่วมด้วย^{1,2}

ยา risperidone เป็นยาที่คณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา³ แนะนำให้ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม โดยเฉพาะอาการหงุดหงิด (irritability) risperidone เป็นยาที่มีประสิทธิผลดีในการรักษาอาการหลักของผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม^{4,5} ได้แก่ อาการก้าวร้าว หงุดหงิด ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง ทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ ขนาดยาที่แนะนำ คือ 0.25 ถึง 3 มิลลิกรัมต่อวัน⁶ และเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย⁷ โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา risperidone ที่พบบ่อย^{5,8,9} ได้แก่ ความอยากอาหารมากขึ้น ง่วงซึม มึนงง คัดจมูก คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เป็นต้น เมื่อการคุ้มครองสิทธิบัตรของยา risperidone หมดลงจึงมีการ

ผลิตยาสามัญขึ้น ปัจจุบันมีนโยบายนำยาสามัญมาใช้ทดแทนในโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งการพิจารณานำยาสามัญเพื่อทดแทนยาต้นตำรับนั้นมักจะต้องผ่านการพิจารณาจากผลการศึกษาคือความเท่าเทียมกันของยา ไม่ว่าจะเป็นความเท่าเทียมกันทางเภสัชกรรม (pharmaceutical equivalence) การมีชีวประสิทธิผลที่เท่ากัน (bioavailability) การมีชีวสมมูล (bioequivalence) ตามที่คณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดไว้¹⁰ ได้แก่ สัดส่วนของปริมาณยาที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด หรือค่า area under the curve (AUC) และความเข้มข้นสูงสุดของยาในกระแสเลือด หรือค่า maximum concentration (Cmax) โดยยอมรับให้มีค่าความแตกต่างได้ไม่เกินร้อยละ 20 หรืออยู่ในช่วงร้อยละ 80 ถึง 120 ตามแนวคิดระดับยาในเลือดที่เวลาต่าง ๆ อยู่ในระดับเดียวกัน ความเข้มข้นของยาที่ตำแหน่งการออกฤทธิ์ควรมีค่าใกล้เคียงกันด้วย อย่างไรก็ตาม มีบางกรณีที่สามารถยกเว้นการศึกษาชีวสมมูลในมนุษย์ได้ (biowaver) โดยพิจารณาจากข้อมูลการจัดประเภทของยาตามระบบการจำแนกประเภทของตัวยาสำคัญตามชีวเภสัชกรรม หรือ biopharmaceutical classification system class (BCS class) การยกเว้นการศึกษาชีวสมมูลในมนุษย์จะพิจารณายกเว้นให้ยาที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 (BCS class 1) โดยเป็นกลุ่มยาที่มีค่าการละลายสูง และสามารถซึมผ่านเซลล์ได้สูง บ่งบอกว่ายาสามารถดูดซึมได้ดีและมีค่าชีวประสิทธิผล (bioavailability) ที่ดีเมื่อให้ด้วยวิธีรับประทาน แม้ว่า risperidone จัดตาม BCS อยู่ในกลุ่มที่ 2 แต่เนื่องจากในรูปแบบยาน้ำรับประทานเป็นสารละลายใส (oral solution) มีความเท่าเทียมทางเภสัชกรรมกับยาต้นตำรับ จึงได้รับยกเว้นไม่ต้องยื่นผลการศึกษชีวสมมูลในมนุษย์⁸

ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสามัญเมื่อเทียบกับยาต้นตำรับ risperidone พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหลัก โดยใช้ risperidone และ sulpiride ยาสามัญทดแทนยาต้นตำรับ¹¹ และเปรียบเทียบประสิทธิผลหลังผู้ป่วยได้รับยา

อย่างน้อย 6 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันในด้านการหยุดใช้ยา แต่พบว่าขนาดยาเฉลี่ยที่ใช้แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยที่ได้รับ ยาสามัญ risperidone มีขนาดยาต่อวันเฉลี่ย 2.61 ± 1.53 มิลลิกรัม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้นตำรับที่มีขนาดยาเฉลี่ย 2.14 ± 1.49 มิลลิกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญ risperidone มีโอกาสที่ต้องเพิ่ม ยากลุ่มอื่น เมื่อรักษาที่ระยะเวลา 6 เดือน ส่วนการเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญและ ยาต้นตำรับ risperidone มีเพียงกรณีศึกษารายงานผู้ป่วย 2 ราย¹² โดยรายแรกเป็นผู้ป่วยชายอายุ 6 ปี ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคออทิสติกสเปกตรัม หลังจากเปลี่ยนยา risperidone จากยาต้นตำรับเป็นยาสามัญ สัปดาห์ที่ 2 ของการใช้ยา มีอาการอยู่ไม่นิ่งและหงุดหงิดมากขึ้น หลังผู้ป่วยเปลี่ยนมา รับประทานยาต้นตำรับ 10 วัน อาการดีขึ้นสู่ภาวะปกติ รายที่สองเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 14 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท หลังจากเปลี่ยน risperidone ต้นตำรับเป็นยาสามัญพบว่า ยังสามารถควบคุมอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้แต่มีอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ อ่อนแรงและง่วงนอน หลังจากเปลี่ยนกลับมารับประทานยาต้นตำรับ 7 วัน อาการ ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวหายไป

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญ และยาต้นตำรับ risperidone solution ทั้งที่เป็นยาที่ใช้หลัก ในการรักษาอาการหงุดหงิด อยู่นิ่งในผู้ป่วยออทิสติก สเปกตรัม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone solution ในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมที่ได้รับ ยาครั้งแรก โดยผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้ คือ ค่าเฉลี่ย aberrant behavior checklist- community (ABC-C) หมวด irritability ที่เปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบก่อนและ หลังการได้รับยา

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเปิดแบบสุ่มและมี กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม

ตามเกณฑ์ ICD-10 อายุระหว่าง 3 - 12 ปี มารับบริการที่ สถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2560 ถึงเดือน มีนาคม 2562 เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งจ่ายยา risperidone solution เป็นครั้งแรก โดยไม่เคยได้รับยารักษา อาการทางจิตเวชมาก่อน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ปกครอง ไม่ให้ยาผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางสมอง (neurological disorders) เช่น โรคลมชัก หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคทางจิตเวชอื่น ๆ

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม n4 studies¹³ โดยสูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ equivalent trial ใช้ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ABC-C ในหมวด irritability จากการศึกษา Shea และคณะ¹⁴ ได้ ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 27 คน และสำรองกลุ่มละ 3 คน กรณีมีผู้ออกจากงานวิจัยระหว่างการศึกษารวมตัวอย่าง ทั้งหมด 60 คน ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ปกครองที่ดูแล กลุ่มตัวอย่าง หากลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม การวิจัย จะได้รับการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำ แบบประเมิน ABC-C ฉบับภาษาไทย¹⁵ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูก สุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับยาสามัญ risperidone solution (rispel®) และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับยาต้นตำรับ risperidone solution (risperdal®)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ขนาดยา risperidone solution 2) แบบประเมิน CGI-S เพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการ ทางคลินิกที่แสดงออกถึงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่ 1 = ปกติ (normally); 2 = ก้ำกึ่ง (borderline); 3 = เล็กน้อย (mildly); 4 = ปานกลาง (moderately); 5 = เด่นชัด (markedly); 6 = รุนแรง (severely); 7 = รุนแรงที่สุด (among the most extremely)¹⁶ 3) แบบประเมิน aberrant behavior checklist-community (ABC-C) ฉบับภาษาไทย¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 58 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่

หมวด irritability, agitation, crying 15 ข้อ; หมวด lethargy, social withdrawal จำนวน 16 ข้อ; หมวด stereotypic behavior จำนวน 7 ข้อ; หมวด hyperactivity, noncompliance จำนวน 16 ข้อ; และหมวด inappropriate speech จำนวน 4 ข้อ มีค่า internal consistency = 0.92 และมี inter-rater และ test-retest reliability จากการหาค่า intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.90 (95% CI = 0.81 - 0.95) และ 0.92 (95% CI = 0.86 - 0.96) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ clinical global impression - severity scale (CGI-S) เพื่อหา concurrent validity พบว่า เครื่องมือทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = .84$; $p < .01$) แบบประเมิน ABC-C ประเมินโดยผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ประเมินทราบว่าผู้ป่วยได้รับยาชนิดใด 4) แบบประเมิน *brief adherence rating scale (BARS)* เป็นแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา¹⁷ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ประเมินปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานต่อวัน ประเมินจำนวนครั้งของการไม่รับประทานยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา และ visual analogue scale (VAS) ประเมินสัดส่วนของขนาดยาที่ผู้ป่วยรับประทานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และ 5) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยใช้แบบตรวจสอบอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งพบบ่งชี้จากการใช้ยา risperidone⁵ ทั้งนี้ การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การประเมิน CGI-S และ ABC-C จะดำเนินการก่อนผู้ป่วยได้รับยา และการประเมิน ABC-C, BARS และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 24 หลังจากได้รับยา

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ABC-C ระหว่างกลุ่มที่ใช้สถิติ repeated measure ANOVA และ independent t-test การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ABC-C ของยาขนานเดียวกันในแต่ละช่วงเวลา ใช้สถิติ pair t-test กรณีที่ค่าเฉลี่ยของคะแนน ABC-C ในหมวดใดมีค่าแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนได้รับยา ใช้สถิติ repeated measure ANCOVA และ ANCOVA การวิเคราะห์

ความแตกต่างของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาใช้สถิติ chi-square test วิเคราะห์ข้อมูลแบบ intention-to-treat โดยกำหนดค่า $p < .05$

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขการรับรองที่ COA NO. 24/2560 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2560

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญและยาต้นตำรับกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลครบถ้วนทุกครั้งในกลุ่มยาสามัญและยาต้นตำรับ 19 คน และ 21 คน ตามลำดับ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ในตามเวลาที่กำหนดจะใช้ข้อมูลค่า ABC-C ในการพบแพทย์ครั้งก่อนในการคำนวณรายละเอียดตามแผนภาพที่ 1

ค่าเฉลี่ย ABC-C รายหมวด ก่อนได้รับยาพบว่า ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด irritability, lethargy, hyperactive และ inappropriate speech ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ในกลุ่มที่ได้รับยาต้นตำรับมีคะแนนหมวด stereotypic behavior สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) ดังแสดงในตารางที่ 1 ขนาดยาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับจำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับยาไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

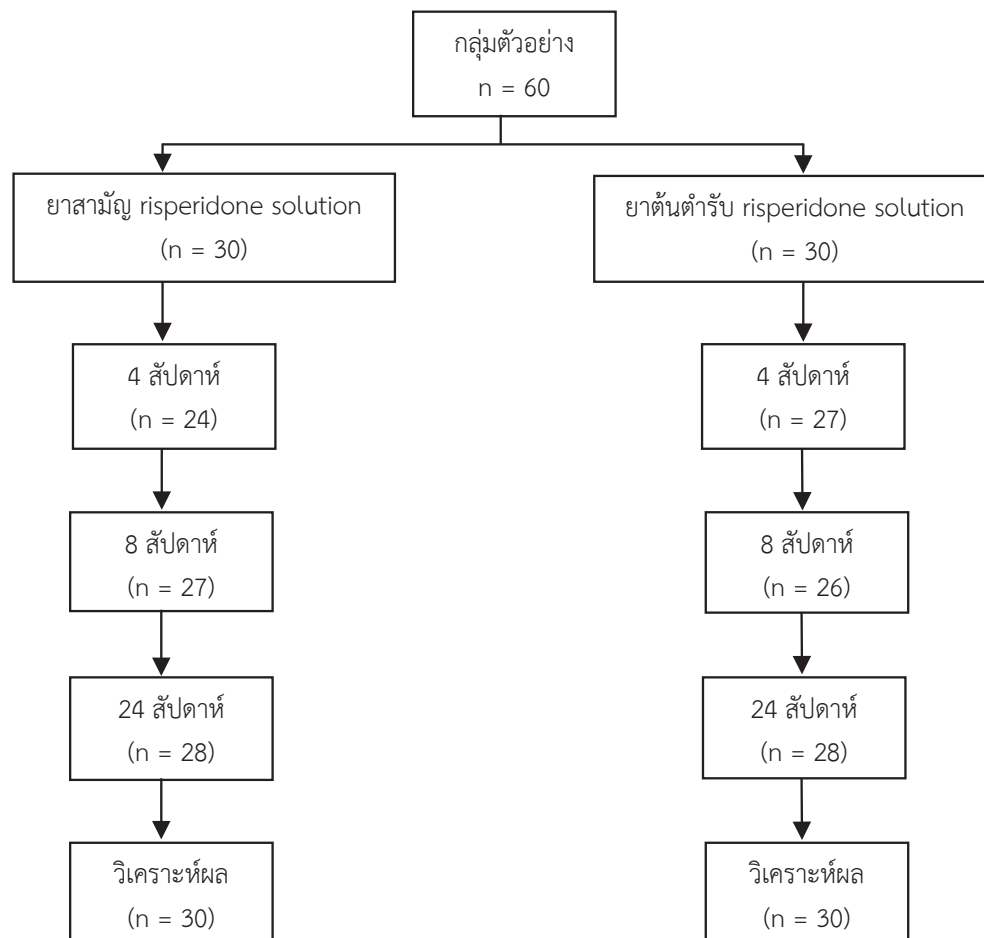
การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ยาสามัญและยาต้นตำรับด้วยสถิติ repeated measures ANOVA พบว่า ยาทั้ง 2 ขนานสามารถลดค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด irritability, lethargy, hyperactivity, inappropriate speech ไม่แตกต่างกันหลังได้รับยาและเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ABC-C ในแต่ละหมวด ในแต่ละช่วงเวลาที่รับการรักษาด้วยยาทั้ง 2 ขนาน ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 สำหรับค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนได้รับยา ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ repeated measure ANCOVA

เนื่องจากค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior อาจมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของ ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ในช่วงเวลาต่อ ๆ ไป ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ก่อนได้รับยาเป็น ปัจจัยร่วม (covariate) โดยยาทั้ง 2 ขนานมีค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ ACOVA ในแต่ละช่วงเวลา พบว่าค่าดังกล่าวในสัปดาห์ที่ 24 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

อัตราการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา risperidone solution ทางคลินิกโดยพิจารณาการลดลงของค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด irritability มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมีอัตราการตอบสนองต่อการ

รักษาด้วยยา ร้อยละ 33.3 (10 คนใน 30 คน) ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญ มีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ร้อยละ 20 (6 คน ใน 30 คน) ซึ่งไม่แตกต่างกัน หลังได้รับยา 24 สัปดาห์ ($p = .24$)

ประสิทธิภาพจากการรักษาด้วยยาสามัญและยาต้นตำรับ ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญมีค่าเฉลี่ย ABC-C ในหมวด irritability, lethargy, hyperactivity ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนได้รับยากับหลังได้รับยา 4 สัปดาห์ ในขณะที่ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด inappropriate speech ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบก่อนได้รับยากับหลังได้รับยา 24 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ไม่สม่ำเสมอ เมื่อเวลาผ่านไป ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับ มี ค่าเฉลี่ย ABC-C ทุกหมวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ



แผนภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปขณะเริ่มต้นรักษาของผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม (n = 60)

	ยาสามัญ	ยาต้นตำรับ	p-value ^a
เพศ (จำนวน (ร้อยละ))			
ชาย	25 (83.3)	25 (83.3)	.64 ^b
หญิง	5 (16.7)	5 (16.7)	
อายุ (ปี)	4.2 ± 2.0	4.0 ± 1.2	.60
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	19.66 ± 11.44	18.61 ± 5.41	.65
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	107.15 ± 11.52	103.84 ± 20.62	.45
ขนาดยาครั้งแรก (มิลลิกรัม)	0.54 ± 0.25	0.6 ± 0.21	.31
ค่า ABC-C รายหมวด (คะแนน)			
หมวด irritability	17.9 ± 9.3	19.6 ± 10.1	.51
หมวด lethargy	17.9 ± 8.0	20.7 ± 8.70	.21
หมวด stereotypic	6.7 ± 4.40	9.4 ± 4.90	.03*
หมวด hyperactivity	30.80 ± 7.80	30.7 ± 9.10	.98
หมวด inappropriate	3.7 ± 3.20	4.0 ± 3.40	.73
ผลรวม ABC-C ทุกด้าน	77.2 ± 24.5	84.5 ± 28.9	.30
ค่า CGI-S (จำนวน (ร้อยละ))			
mildly ill	5 (16.7)	4 (13.3)	.69 ^c
moderately	19 (63.3)	22 (73.3)	
markedly	6 (20.0)	4 (13.3)	

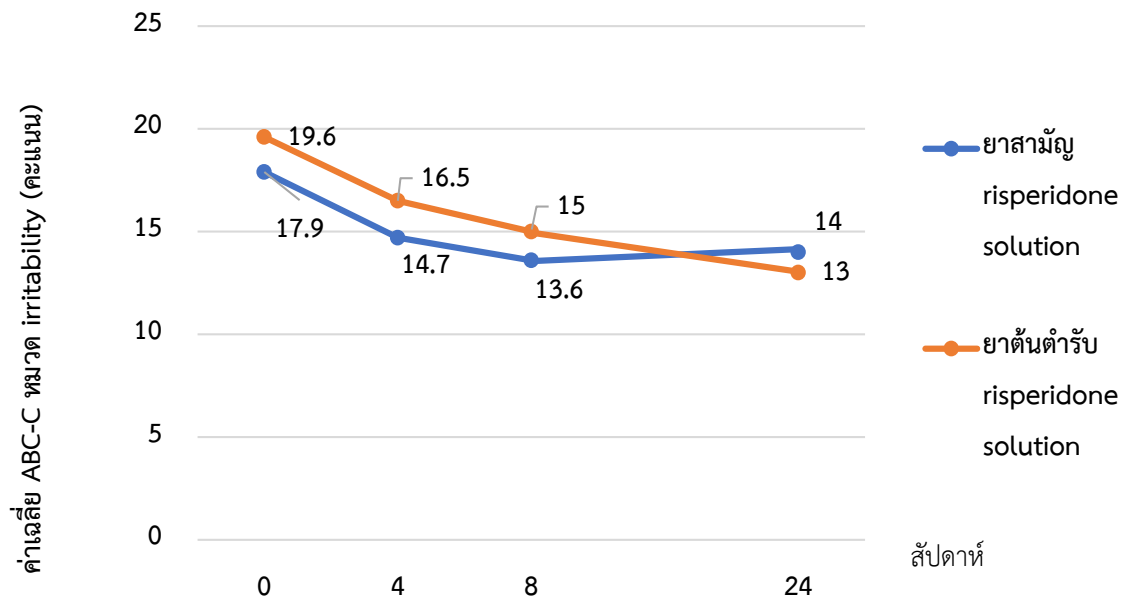
* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

^a independent t-test^b chi-square test^c Fisher exact test

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของขนาดยาสามัญและยาต้นแบบ risperidone solution ที่ผู้ป่วยได้รับ จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับยา

ยา	สัปดาห์ที่			
	0	4	8	24
ขนาดยาสามัญ (มิลลิกรัมต่อวัน)	0.5 ± 0.2	0.5 ± 0.2	0.5 ± 0.3	0.6 ± 0.2
ขนาดยาต้นแบบ (มิลลิกรัมต่อวัน)	0.6 ± 0.2	0.6 ± 0.3	0.6 ± 0.2	0.7 ± 0.3
p-value ^a	.31	.21	.69	.49

^a independent t-test



แผนภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด irritability จำแนกตามระยะเวลาที่ได้รับยาระหว่างยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone solution

เมื่อเปรียบเทียบก่อนได้รับยากับหลังได้รับยา 24 สัปดาห์

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบบ่อย ได้แก่ เพิ่มความอยากอาหาร ปากแห้ง ท้องผูก น้ำลายไหล พบได้ไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญและยาต้นตำรับ ในขณะที่ยาต้นตำรับเกิดอาการง่วงนอนมากกว่ายาสามัญ คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 26.7 ตามลำดับ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

ในการศึกษานี้ ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด irritability ซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับยา 4 สัปดาห์ ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone solution ก่อนได้รับยาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ย ABC-C ในแต่ละหมวดไม่แตกต่างกัน ยกเว้นค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมีค่าคะแนนเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ลดลงเมื่อได้รับยาเวลานานขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญมีค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior เปลี่ยนแปลง

ไม่สม่ำเสมอ เมื่อได้รับยาเวลานานขึ้น แต่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันหลังได้รับยา 24 สัปดาห์ ($p = .01$) การที่ค่าเฉลี่ย ABC-C หมวด stereotypic behavior ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมีค่าลดลงมากกว่ายาสามัญ อาจเนื่องจากขนาดยาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับสูงกว่าขนาดยาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญในทุกช่วงเวลา แม้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขนาดยาเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมีแนวโน้มการตอบสนองต่อยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในอนาคตจึงควรทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อยืนยันผลการรักษาต่อไป

ด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาพบว่า ทั้งสองกลุ่มเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอาการง่วงนอน พบในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมากกว่า อาจเนื่องจากขนาดยาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับสูงกว่าขนาดยาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญ แม้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของอาการไม่พึงประสงค์ 5 อันดับแรก คือ เพิ่มความอยากอาหาร ปาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ABC-C ในผู้ป่วยที่ได้รับยาและยาต้านตัวรับ risperidone solution ก่อนได้รับยา หลังได้รับยา 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์

Parameter	T0	T1	T2	T3	p-value ^a				Significance ^c		
					T0-T1	T0-T2	T0-T3	T1-T2		T1-T3	T2-T3
1. irritability, agitation, crying (คะแนน)											
Risper solution	17.9 ± 9.3	14.7 ± 10.7	13.6 ± 9.5	14.0 ± 10.6	< .01	< .01	< .01	.26	.53	.64	F = 0.19
Risperdal solution	19.6 ± 10.1	16.5 ± 8.6	15.0 ± 8.4	13.0 ± 8.2	.02	< .01	< .01	.07	.01	.17	p = .67
p-value ^b	.51	.48	.55	.69							
2. lethargy, social withdrawal (คะแนน)											
Risper solution	17.9 ± 8.0	14.5 ± 8.7	13.4 ± 7.6	11.1 ± 7.9	.01	< .01	< .01	.23	.01	.03	F = 3.64
Risperdal solution	20.7 ± 8.7	19.2 ± 9.9	17.2 ± 9.7	14.9 ± 8.9	.24	.01	< .01	.07	.01	.19	p = .06
p-value ^b	.21	.06	.09	.08							
3. stereotypic behavior (คะแนน)											
Risper solution	6.7 ± 4.4	5.7 ± 5.1	5.8 ± 4.6	7.3 ± 5.3	.02	.19	.50	.87	.03	.05	F = 3.16 ^d
Risperdal solution	9.4 ± 4.9	7.7 ± 5.1	6.9 ± 5.4	5.7 ± 6.1	.01	.01	< .01	.27	.01	.30	p = .08
p-value ^e	.03*	.66	.59	.01*							
4. hyperactivity, noncompliance (คะแนน)											
Risper solution	30.8 ± 7.8	24.6 ± 10.6	25.1 ± 9.4	23.1 ± 11.7	< .01	< .01	< .01	.68	.41	.24	F = 0.25
Risperdal solution	30.7 ± 9.1	25.8 ± 10.7	22.9 ± 11.3	19.8 ± 11.6	< .01	< .01	< .01	.03	< .01	.20	p = .62
p-value ^b	.98	.68	.41	.28							
5. inappropriate speech (คะแนน)											
Risper solution	3.7 ± 3.2	3.6 ± 3.3	3.3 ± 3.0	3.3 ± 3.2	.84	.45	.58	.55	.65	1.00	F = 0.40
Risperdal solution	4.0 ± 3.4	3.3 ± 2.5	3.0 ± 2.2	3.0 ± 3.3	.05	.03	.03	.25	.41	.94	p = .84
p-value ^b	.73	.73	.70	.73							
6. Total (คะแนน)											
Risper solution	77.2 ± 24.5	63.3 ± 33.1	61.3 ± 27.9	58.8 ± 30.8	< .01	< .01	< .01	.52	.29	.46	F = 0.45
Risperdal solution	84.5 ± 28.9	72.7 ± 29.9	65.2 ± 32.2	56.5 ± 32.1	< .01	< .01	< .01	.03	< .01	.18	p = .50
p-value ^b	.30	.25	.62	.78							

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

^a การวิเคราะห์ภายในกลุ่ม (intra-group analysis) ที่ก่อนได้รับยา (T0), 4 สัปดาห์ (T1), 8 สัปดาห์ (T2), 24 สัปดาห์ (T3), pair t-test^b การวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม (between- group analysis) ที่ก่อนได้รับยา (T0), 4 สัปดาห์ (T1), 8 สัปดาห์ (T2), 24 สัปดาห์ (T3), independent t-test^c repeated measure ANOVA^d repeated measure ANCOVA^e ANCOVA

ตารางที่ 4 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone solution

อาการ	ยาสามัญ risperidone		ยาต้นตำรับ risperidone		p-value ^a
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพิ่มความอยากอาหาร	18	60.0	24	80.0	.1
ปากแห้ง	8	26.7	13	43.3	.2
ง่วงนอน	8	26.7	16	53.3	< .01*
ท้องผูก	3	10.0	4	13.3	.7
น้ำลายไหล	2	6.7	3	10.0	.6
หน้ามืด, เวียนศีรษะ	1	3.3	0	0	.3
คัดจมูก	1	3.3	0	0	.3
สั่น	0	0	3	10.0	.1
ผดลูกผดนั่ง	0	0	2	6.7	.2
ปวดท้อง	0	0	1	3.3	.3

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ^a chi-square test

แห้ง ง่วงนอน ท้องผูก น้ำลายไหล ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมีแนวโน้มการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสามัญ

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ แม้ว่าการศึกษานี้จะมีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มและแพทย์ผู้รักษาไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้รับยาชนิดใด แต่ด้วยข้อจำกัดของบรรจภัณฑ์ที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ปกครองทราบว่าผู้ป่วยได้รับยาชนิดใด แต่ด้วยการประเมินจากข้อมูลที่วัดได้ (objective data) สามารถสอดคล้องต่อการประเมินประสิทธิผลจากการใช้ยาได้ ในการศึกษาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัมที่ได้รับยา risperidone solution ครั้งแรก ผลของการศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับยา risperidone solution เป็นเวลานานหรือมีการใช้ยาทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

สรุป

การรักษาด้วยยาสามัญและยาต้นตำรับ risperidone solution ในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม เป็นครั้งแรกมี

ประสิทธิผลและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอาการง่วงนอนซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้นตำรับมากกว่า และมีแนวโน้มทางคลินิกที่ยาต้นตำรับมีอัตราการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยออทิสติกสเปกตรัม ที่มีภาวะ irritability มากกว่ายาสามัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ภก.ฐิตินันท์ เอื้ออำนวย อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาด้านการคำนวณทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018;392(10146):508-20. doi:10.1016/S0140-6736(18)31129-2.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Virginia: American Psychiatric Association; 2013.
3. Guzman f. Risperidone indications: FDA approved and off label uses. [cited 2020 Feb 17]. Available from: <http://psychopharmacologyinstitute.com/antipsychotics/risperidone/risperidone-indications-fda-approved-and-off-label-uses/>.
4. Benvenuto A, Battan B, Porfirio MC, Curatolo P. Pharmacotherapy of autism spectrum disorders. *Brain Dev*. 2013;35(2):119-27. doi:10.1016/j.braindev.2012.03.015.
5. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*. 2002;347(5):314-21. doi:10.1056/NEJMoa013171.
6. Truven health analytics micromedex solutions. Risperidone [Internet]. Greenwood Village CO: Truven Health Analytics. 2020 [cited 2020 Feb 17]. Available from: <https://www.micromedexsolutions.com/>.
7. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2563 [National list of essential medicines 2020] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ก.พ. 2563]. จาก: <http://ndi.fda.moph.go.th/>.
8. Martin A, Scahill L, Anderson GM, Aman M, Arnold LE, McCracken J, et al. Weight and leptin changes among risperidone-treated youths with autism: 6-month prospective data. *Am J Psychiatry*. 2004;161(6):1125-7. doi:10.1176/appi.ajp.161.6.1125.
9. Chavez B, Chavez-Brown M, Rey JA. Role of risperidone in children with autism spectrum disorder. *Ann Pharmacother*. 2006;40(5):909-16. doi:10.1345/aph.1G389.
10. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการศึกษาชีวประสิทธิผล และชีวสมมูลของผลิตภัณฑ์ยา [ASEAN guidelines for the Conduct of Bioavailability and Bioequivalence studies 2009]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2552.
11. Hsu CW, Lee SY, Wang LJ. Comparison of the effectiveness of brand-name and generic antipsychotic drugs for treating patients with schizophrenia in Taiwan. *Schizophr Res*. 2018;193:107-13. doi:10.1016/j.schres.2017.06.020.
12. Hardan AY, Fung LK, Amin H. Risperidone: switching from brand name to generic. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(5):457-8. doi:10.1089/cap.2010.0013.
13. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Med J*. 2016;68(3):160-7.
14. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, et al. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*. 2004;114(5):e634-41. doi:10.1542/peds.2003-0264-F.
15. อัครวิน นาคพงศ์พันธุ์, ชวนันท์ ชาญศิลป์. การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมิน Aberrant Behavior Checklist-Community (ABC-C) ฉบับภาษาไทย [Cross-Cultural translation and psychometric properties study of aberrant behavior checklist-community, Thai version]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2562;64(2):197-206.

16. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(7):28-37.
17. Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ. The brief adherence rating scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2008;100(1-3):60-9. doi:10.1016/j.schres.2007.12.470.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของดนตรีบำบัดร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันรับ : 7 มกราคม 2564
วันแก้ไข : 22 พฤษภาคม 2564
วันตอบรับ : 25 พฤษภาคม 2564

สายฝน ทศภาทินรัตน์, วท.บ.¹, เรือนทอง อภิวงศ์, วท.บ.¹
พรสุรีย์ คุวิจิตรสุวรรณ, ปร.ด.¹, ฉวีวรรณ แสงสว่าง, พย.ม.¹
นิพนธ์ เชื้อสะอาด, วท.บ.¹, ลักขณา ไทยเครือ, ปร.ด.²
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่¹, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

วิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เป็นกลุ่มทดลอง (50 ราย) และกลุ่มควบคุม (51 ราย) ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาตามโปรแกรมมาตรฐาน 2 สัปดาห์ แต่กลุ่มทดลองได้รับดนตรีบำบัดเพิ่มเติม ประเมินระดับความวิตกกังวลด้วย Zung's self-rating scale และประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (SMNRC functional assessment) ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ผล : กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53) อายุเฉลี่ย 63.4 ปี (SD = 11.4) หลังรับโปรแกรมฟื้นฟูทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงและคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างน้อยหนึ่งระดับมากกว่ากลุ่มควบคุม 1.5 เท่า (95% RR: 1.2 - 1.8) แต่ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความถดถอยแบบโลจิสติกแบบไม่มีเงื่อนไขและ backward selection stepwise ในปัจจัยเพศ อายุ โรคร่วม ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรู้ความเข้าใจ อุปกรณ์ติดตัว และดนตรีบำบัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัดมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างน้อยหนึ่งระดับมากกว่ากลุ่มควบคุม 9.72 เท่า (95% CI adjusted OR: 2.57, 36.70)

สรุป : การใช้ดนตรีกระตุ้นร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูปกติช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันในระยะการฟื้นฟูที่ยาวนานขึ้น

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพ ความวิตกกังวล ดนตรีบำบัด โรคหลอดเลือดสมอง

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ลักขณา ไทยเครือ; e-mail: lakkana.t@cmu.ac.th

Original article

Effectiveness of music therapy conjoined with rehabilitation program in post-stroke patients

Received : 7 January 2021

Revised : 22 May 2021

Accepted : 25 May 2021

Saiphon Tospatinrat, B.Sc.¹, Reanthong Apiwong, B.Sc.¹,Bhornsuree Kuvijitsuwan, Ph.D.¹, Chaweewan Sangsawang, M.N.S.¹,Nipon Chuasa-ard, B.Sc.¹, Lakkana Thaikruea, Ph.D.²Chiang Mai Neurological Hospital¹, Faculty of Medicine, Chiang Mai University²

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of music therapy conjoined with rehabilitation program on anxiety and daily function in post-stroke patients.

Methods: This was a randomized controlled trial of post-stroke patients at Chiang Mai Neurological hospital that stratified randomized participants into experimental (50 cases) and control (51 cases) groups. Both groups received a standard rehabilitation program, but the experimental group also received music therapy as a stimulus plus standard therapy. Anxiety and functional assessments were assessed both pre- and post-therapy using Zung's self-rating scale and Sirindhorn national medical rehabilitation center (SMNRC) functional assessment, consequently.

Results: The participants was female (53%), with a mean age of 63.4 years (SD = 11.4). The level of anxiety and SNMRC for both groups post-therapy decreased, with the experimental group 1.5 times (95% RR: 1.2 - 1.8) more likely to have anxiety decrease at least one level than those of control group. However, the difference in the pre- and post-therapy SNMRC scores between groups was not statically significant. Based on unconditional multiple logistic regression and backward stepwise adjustment only music therapy significantly remained in the model after control for sex, age, underling diseases, types of stroke, cognitive level and medical equipment. The experimental group was 9.72 times (95% CI adjusted OR: 2.57, 36.70) more likely to have anxiety decrease at least one level than those of control group.

Conclusion: Using music as a stimulus during standard rehabilitation program could reduce anxiety in post-stroke patients. The effect of music stimulus on the function should be studied for a longer period of time of rehabilitation.

Keywords: anxiety, music therapy, rehabilitation, stroke

Corresponding author: Lakkana Thaikruea; e-mail: Lakkana.t@cmu.ac.th

ความรู้เดิม : บริการฟื้นฟูแบบมาตรฐานทางกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้ใหม่ : ดนตรีบำบัดร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดความเครียด วิตกกังวลได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ประยุกต์ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูที่มี ดนตรีประกอบการออกแบบโปรแกรมส่วนบุคคล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขในประเทศไทย ตามรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข¹ ในภาพรวมของประเทศ ในปี 2559-2561 พบอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 451.39, 461.46 และ 506.20 ตามลำดับ ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อตักตวงคุณภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในภาวะด้านจิตใจที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Rafsten พบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความวิตกกังวลคือ 29.3% (95% CI 25.1 - 33) ในช่วงปีแรกหลังได้รับการวินิจฉัย ($I^2 = 97\%$, $p < .00001$)² ความวิตกกังวลพบได้ 1 คนใน 4 คนจากวิธีการ rating scale และ 1 ใน 5 คน จากวิธีการสัมภาษณ์³ ความวิตกกังวลเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ การใช้ความรุนแรง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁴ ในการศึกษาทางคลินิกพบว่าการมีภาวะวิตกกังวลร่วมกับโรคอื่น ๆ ทำให้ความก้าวหน้าในการรักษาช้าและเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตาย^{5,6} นอกจากการใช้ยาแล้ว ยังมีแนวทางการลดความวิตกกังวลอีกหลายวิธีในการฟื้นฟู เช่น เทคนิคที่ทำให้การผ่อนคลาย⁷ การบำบัดโดยปรับความคิด (cognitive therapy)⁸ การใช้ศิลปะบำบัด และการนวด⁹

ดนตรีบำบัด (music therapy) เป็นการใช้กิจกรรมดนตรี ไม่ว่าจะเป็นการฟังหรือเล่นเครื่องดนตรี การร้องเพลง แต่งเพลง เพื่อบำบัดความเจ็บป่วย ฟื้นฟูสภาพร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา โดยดนตรีช่วยกระตุ้นสมองเกือบทุกส่วน ทั้งส่วน auditory (การได้ยิน) ส่วน motor cortex (เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของแขน ขา ใบหน้า) หรือส่วน limbic system (อารมณ์ จิตใจ การตระหนักรู้ ความเข้าใจ และความจำ)¹⁰ ในปัจจุบันได้มีหลักฐานทางวิชาการหลายชิ้นสนับสนุนการใช้ดนตรีบำบัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหว โดยดนตรีสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ช่วยจัดการความเครียด ช่วยฟื้นฟูการสื่อสาร เพิ่มความจำ ลดความเจ็บปวด ช่วยเพิ่มความสามารถในการแสดงออกทางความรู้สึก และยังช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของร่างกาย¹¹ จากการศึกษาของ Antić พบว่าการกระตุ้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ฝึกเดินด้วยจังหวะดนตรี (rhythmic auditory stimulation; RAS) เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถเดินและทรงตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการกระตุ้นด้วยจังหวะดนตรี¹² และจังหวะดนตรียังมีผลเชิงบวกกับการพัฒนาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว โดยใช้พฤติกรรมและแรงจูงใจ จากข้อมูลในงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าเวลาของการให้จังหวะดนตรีกับจังหวะการก้าวขาของผู้ป่วยมีความสอดคล้องกันอย่างมาก¹³ นอกจากนี้ การฟื้นตัวของการทำงานของร่างกาย (functional improvement) ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมองนั้นยังมีความเชื่อมโยงกับดนตรี การกระตุ้นด้วยดนตรีทำให้ความเร็ว ความแม่นยำ และความราบรื่นของการเคลื่อนไหวทั้งกล้ามเนื้อมัดเล็กและกล้ามเนื้อมัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น และยังมีผลทางบวกในทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย¹⁴

ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัดและนักจิตวิทยาคลินิก ได้เห็นความสำคัญในการนำเทคนิคดนตรีบำบัดเข้ามาเพิ่มจากโปรแกรมฝึกแบบดั้งเดิมเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะ

ด้านจิตใจและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน เมื่อออกจากโรงพยาบาลและกลับเข้าสู่สังคมดีขึ้นตามไปด้วย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาประสิทธิผลของ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับดนตรีบำบัดในการ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการประกอบ กิจกรรมชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trials) วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ได้ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เลขที่ EC 018-63 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2563 โดยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจ และลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการ วิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา

ขนาดตัวอย่างคำนวณจาก two-sided significance level 95% power 80% ratio of sample size กลุ่มควบคุม/ กลุ่มทดลอง คือ 1 risk ratio 1.4 ได้ 49 รายต่อกลุ่ม รวม 98 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูจาก กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ในช่วง ทำการศึกษาจำนวน 256 ราย คัดเลือกผู้ป่วยโดยมีเกณฑ์ การคัดเข้าดังนี้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน (จากแบบประเมิน การได้ยิน)¹⁵ นิ่งทรงตัวได้อย่างน้อย 5 นาที ไม่มีภาวะ aphasia (จากการประเมินปัญหาทางการพูดและทางภาษา)¹⁶ ไม่มี ความพิการซ้ำซ้อน (ตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมิน ความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555)¹⁵ และทำตามคำสั่งได้มากกว่า 1 - 2 ขั้นตอน โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยมีความตื่นตัวต่ำและ ไม่มีสมาธิจดจ่อต่อการประเมิน จากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 110 ราย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่ง ชั้นภูมิ (stratified randomization) ตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปีหรือมากกว่าเท่ากับ 60 ปี และเพศชายหญิง ใช้ลำดับจาก www.randomizer.com โดยมีเจ้าหน้าที่หนึ่งคนเตรียมซอง ปิดผนึกที่ระบุกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองให้ผู้ป่วยที่มี

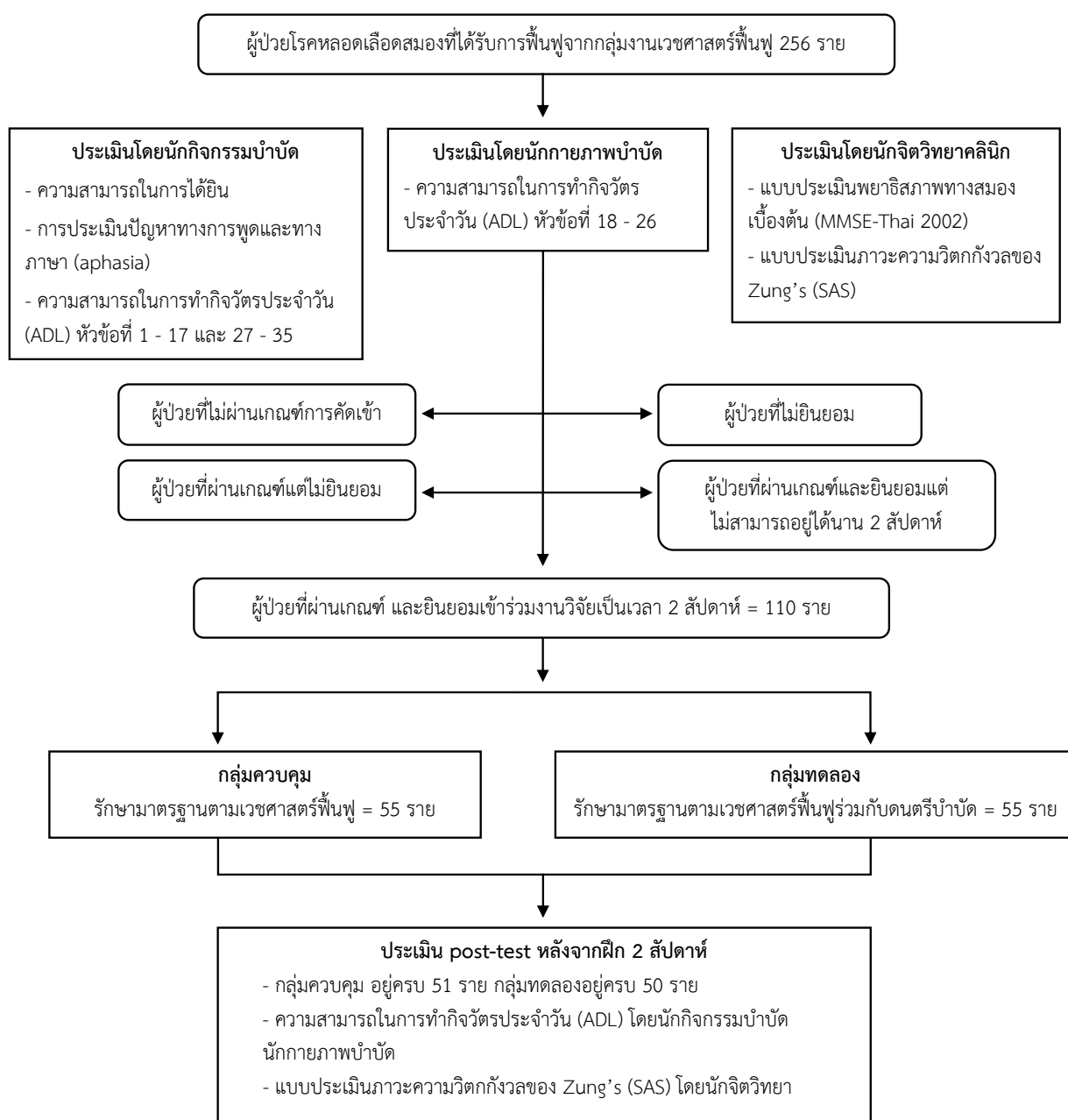
คุณสมบัติตามเกณฑ์สุ่มเลือกและบันทึก โดยเจ้าหน้าที่คนนี้จะ ไม่ร่วมในการประเมินหรือให้บริการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งเป็นหนึ่งใน ขั้นตอนการปกปิด (blinding) อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถ ทำการปกปิดต่อผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการบำบัดได้ กลุ่มที่ได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 55 ราย ผู้ป่วย เข้าร่วมและสามารถอยู่จนครบตามโปรแกรม 51 ราย (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตาม มาตรฐานเวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับการใช้ดนตรีบำบัด 55 ราย ผู้ป่วยเข้าร่วมและสามารถอยู่จนครบตามโปรแกรม 50 ราย (กลุ่มทดลอง) แสดงดังแผนภาพที่ 1

หลังจากลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว มีการบันทึกข้อมูลทั่วไป (เช่น เพศ อายุ สถานสมรส การวินิจฉัยโรค ความพิการ เป็นต้น) ประเมินแรกรับของระดับ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และระดับความ วิตกกังวล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟู มาตรฐานของกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 60 นาที 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบไปด้วยกายภาพบำบัด ผักอกกำลังกาย ผักนั่ง ผักเดินรวมเป็นเวลา 60 นาที และ กิจกรรมบำบัดฝึกการทำกิจกรรมประจำวัน ฝึกการใช้กล้ามเนื้อ แขนและมือเป็นเวลา 60 นาที รวมเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ 120 นาที เข้ารับโปรแกรมในช่วงเวลา 10.00 - 12.00 น. ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดร่วมด้วยหลังจาก ทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดรวมเป็นเวลา 120 นาที จะเข้ารับโปรแกรมดนตรีบำบัดในช่วงบ่าย (13.00 - 15.00 น.) โดยมีนักกิจกรรมบำบัดและนักกายภาพบำบัด เป็นผู้นำกิจกรรมดนตรีบำบัด โดยใช้เพลงจำนวน 8 เพลง มีการแบ่งเพลงตามจังหวะการออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหว ร่างกาย เป็น 3 ช่วงคือ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย โดยโปรแกรมนี้มีจุดประสงค์ให้ช่วยบำบัด ด้านจิตใจลดความตึงเครียด เป็นการเคลื่อนไหวประกอบดนตรี ซึ่งเป็นดนตรีที่ผ่านแบบประเมินคุณลักษณะของดนตรีที่สร้าง แรงกระตุ้นในระหว่างออกกำลังกายสำหรับคนไทย (Thai music rating inventory: TMRI)¹⁷ ที่มีผลต่อความสามารถใน การออกกำลังกาย (ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ความรู้สึก

ขณะการออกกำลังกาย และการรับรู้ระดับของความเหนื่อยล้า จากนั้นนำข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน แสดงดังแผนภาพที่ 1

การประเมินก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการฟื้นฟู ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันใช้ Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre (SMNRC)

functional assessment¹⁸ โดยมีคะแนนเต็ม 175 คะแนน จากการประเมิน 10 หมวด แบ่งเป็น 6 ระดับ (complete independence, independence with supervision, independence with minimal assistance, independence with moderate assistance, independence with maximal assistance, และ dependence) และประเมิน



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ความวิตกกังวลใช้ Zung's anxiety test หรือ Self-rating anxiety scale: SAS¹⁹ ประกอบด้วยข้อความแสดงถึงความรู้สึกวิตกกังวลและพฤติกรรมที่แสดงออก 20 ข้อคำถาม คำถามด้านลบ 5 ข้อ และด้านบวก 15 ข้อ คำตอบเป็นค่าประมาณค่า (rating scale) คะแนนเต็ม 80 แบ่งเป็น 4 ระดับ (ปกติ วิตกกังวลน้อย-ปานกลาง วิตกกังวลเด่นชัด-รุนแรง วิตกกังวลสูงมากที่สุด) ระดับการรับรู้ความเข้าใจใช้ mini-mental state examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002)²⁰ นอกจากนี้เครื่องมือนี้ยังเป็นมาตรฐานการให้บริการภายในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ด้วย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยทดสอบความแตกต่างของระดับและคะแนนความวิตกกังวล กับคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (SNMRC score) ในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการทดลอง ใช้ Chi-square test, Fisher's exact test, relative risk (95% confidence interval) และ unconditional multivariate logistic regression analysis ได้ adjusted odds ratio (95% confidence interval) และ backward selection stepwise (significance level for removal 0.20) ในการหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์การฟื้นฟู alpha level 0.05 ในการวิจัยนี้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้าร่วมและสามารถอยู่จนครบตามโปรแกรม จึงมีข้อมูลที่ครบถ้วน

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 101 ราย อายุเฉลี่ย 63.4 ปี (SD 11.4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ischemic stroke มากกว่าร้อยละ 75 โรคประจำตัวที่พบบ่อยสามอันดับแรกในกลุ่มควบคุมคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69) เบาหวาน (ร้อยละ 24) และไขมันสูง (ร้อยละ 14) เช่นเดียวกับในกลุ่มทดลองคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60) เบาหวาน (ร้อยละ 22) ไขมันสูง (ร้อยละ 8) อุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม คือ NG tube (ร้อยละ 8) และ tracheostomy tube (ร้อยละ 2) ส่วนในกลุ่มทดลองคือ NG tube (ร้อยละ 6) และ foley catheter (ร้อยละ 1) และจำนวนผู้ที่มีความผิดปกติด้านความรู้ความเข้าใจในทั้งสองกลุ่มนั้นมีความ

ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 6 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 8 ในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้จำนวนของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส เพศ ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะการเป็น อุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วย ผู้ที่มีโรคประจำตัว ร่างกายซีกที่อ่อนแรง และระดับความรู้ความเข้าใจ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 1

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ คะแนน

ความวิตกกังวลและความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหลังภายในกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 2

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

ดนตรีบำบัด พบว่าร้อยละ 94 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65.7 ของกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลลดลง ส่วนความสามารถในชีวิตประจำวันทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ความวิตกกังวลหลังเข้ารับโปรแกรมในกลุ่มทดลองลดลงอย่างน้อยหนึ่งระดับ 1.45 เท่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.17, 1.80) ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันหลังการเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความวิตกกังวลอย่างน้อยหนึ่งระดับ (ลดลงหรือเพิ่มขึ้น) นั้นส่งผลต่อการวางแผนการให้บริการโดยนักจิตวิทยาและการฟื้นฟู กล่าวคือ หากคะแนนความวิตกกังวลเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือแย่ลง จึงปรับแผนการให้บริการให้เหมาะสม แต่การเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่อยู่ในระดับเดิม ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการให้บริการ

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูด้วย unconditional multiple logistic regression และ backward selection stepwise โดยมีปัจจัย เพศ (ชาย/หญิง) อายุ (ต่ำกว่า 60 ปี/ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) โรคร่วม (มี/ไม่มี) โรคที่เป็น (ischemic/hemorrhage) ระดับความรู้ความเข้าใจ (normal/impaired) อุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วย (มี/ไม่มี) และ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			p-value*
	กลุ่มควบคุม (n1 = 51)	กลุ่มทดลอง (n2 = 50)	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N = 101)	
เพศ				.271
ชาย	24 (47)	29 (58)	53 (52)	
หญิง	27 (53)	21 (42)	48 (48)	
อายุ (ปี)				.187
น้อยกว่า 60 ปี	15 (29)	21 (42)	36 (36)	
60 ปี ขึ้นไป	36 (71)	29 (58)	65 (64)	
สถานภาพ				.668
สมรส	36 (71)	36 (72)	72 (71)	
โสด	3 (6)	2 (4)	5 (5)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3 (6)	6 (12)	9 (9)	
หม้าย	9 (18)	6 (12)	15 (15)	
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด				.239
ปริญญาตรีและสูงกว่า	7 (14)	7 (14)	14 (14)	
มัธยมศึกษา	2 (4)	8 (16)	10 (10)	
ประถมศึกษา	37 (73)	31 (62)	68 (67)	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5 (10)	4 (8)	9 (9)	
การวินิจฉัยหลัก				.511
infarction	38 (75)	40 (80)	78 (77)	
hemorrhage	13 (25)	10 (20)	23 (23)	
ระยะ				.118
sub-acute	45 (88)	49 (98)	94 (93)	
chronic	6 (12)	1 (2)	7 (7)	
โรคประจำตัว				.365
ไม่มี	35 (69)	30 (60)	65 (65)	
มี	16 (31)	20 (40)	36 (36)	
อุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วย				> .999
ไม่มี	46 (90)	47 (94)	93 (92)	
มี	5 (10)	4 (8)	9 (9)	
ร่างกายซีกที่อ่อนแรง				.575
ขวา	25 (49)	21 (42)	46 (46)	
ซ้าย	23 (45)	25 (50)	47 (47)	
ทั้ง 2 ข้าง	1 (2)	0	1 (1)	
ไม่อ่อนแรง	2 (4)	4 (8)	6 (6)	
ระดับการรับรู้ความเข้าใจ				.715
normal	48 (94)	46 (92)	94 (93)	
impair	3 (6)	4 (8)	7 (7)	

ตารางที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลและความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ความวิตกกังวล				
คะแนน : ค่าเฉลี่ย (มัธยฐาน; พิสัย)	45 (23; 58)	34 (20; 55)	47 (25; 62)	34 (21; 47)
ความต่างคะแนน ก่อน – หลัง : ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	- 10.53 ± 7.41*		- 12.48 ± 5.83*	
ความต่างระหว่างกลุ่ม : ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	- 0.84 ± 0.73, - 1.16 ± 0.51**			
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
คะแนน : ค่าเฉลี่ย (มัธยฐาน; พิสัย)	108 (36; 169)	122 (62; 174)	119 (60; 175)	137 (60; 175)
ความต่างคะแนน ก่อน – หลัง : ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.35 ± 16.31*		12.26 ± 13.64*	
ความต่างระหว่างกลุ่ม : ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.49 ± 0.64, 0.48 ± 0.61**			

* pair-t test p-value < .001 เปรียบเทียบก่อนหลังภายในกลุ่ม

** ANOVA p-value = .013 ระหว่างกลุ่มในด้านความวิตกกังวล

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

กลุ่ม	จำนวน (ร้อยละ)		risk ratio (95% CI)
	เปลี่ยนระดับ	คงระดับเดิม	
ระดับความวิตกกังวล			
กลุ่มทดลอง (n = 50)	47 (94.0)	3 (6.0)	1.45 (1.17, 1.80)*
กลุ่มควบคุม (n = 51)	33 (64.7)	18 (35.2)	
รวม	80 (79.2)	21 (20.7)	
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			
กลุ่มทดลอง (n = 50)	21 (42.0)	29 (58.0)	0.97 (0.62, 1.53)
กลุ่มควบคุม (n = 51)	22 (43.1)	29 (56.8)	
รวม	43 (42.5)	58 (57.4)	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .001

ดนตรีบำบัด (ได้/ไม่ได้) โดยใช้ significance level for removal 0.20 พบว่ามีเพียงการได้รับดนตรีบำบัดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .001) คือ กลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัดทำให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างน้อยหนึ่งระดับ 9.72 เท่า (95% CI adjusted Odds Ratio: 2.57, 36.70) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการประเมินดนตรีบำบัดโดยใช้การฟังดนตรีเพื่อกระตุ้นระหว่างทำกายภาพบำบัดแบบมาตรฐาน ผลการศึกษานี้สนับสนุนการฟังดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลง จากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในช่วงน้อยปานกลางถึงเด่นชัดรุนแรง โดยมีแนวโน้มจำนวนใกล้เคียงกัน หลังการทดลองพบว่า มีระดับความวิตกกังวลปกติทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกในการวางแผนการฟื้นฟู

ผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวล

ผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Le Danseur²¹ ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 44 คน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม : ฟังดนตรีและไม่ได้ฟังดนตรี และวัดความวิตกกังวลหลังจากฟังดนตรี 1 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีที่ตนเองพึงพอใจมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อีกกลุ่มไม่เปลี่ยนแปลง โดยที่ไม่มีผลกระทบจากปัจจัยด้านเพศ อายุ หรือชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ผลจากการวิจัยของ Forsblom และคณะ²² ยังแสดงให้เห็นว่าดนตรีมีความสัมพันธ์โดยตรงในการทำให้อารมณ์ดีขึ้นและเพิ่มความผ่อนคลาย นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Kim และคณะ²³ แสดงการลดลงของภาวะวิตกกังวลหลังทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก (onset น้อยกว่า 6 เดือน) จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา การฟังดนตรีที่พึงพอใจ กระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจ ผ่านทาง mesolimbic pathway ทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายจิตใจ มีความสุขเพลิดเพลิน

ลิ้มความทุกข์และความเจ็บปวดชั่วขณะ^{24,25} เพิ่มแรงจูงใจทำให้อายากเคลื่อนไหว²⁶ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยพบว่า การฟังดนตรีมีผลทำให้มีการไหลเวียนเลือดในสมองเร็วขึ้น²⁷ ซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษาฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอื่น เช่น อายุ เพศ และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีผลต่อการผลการฟื้นฟู เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Le Danseur²¹ ที่ต้องการควบคุมปัจจัยที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้ และเป็น confounding factors โดยการทำ stratified randomization ผลการวิเคราะห์ unconditional multiple logistic regression และ backward selection stepwise พบว่า มีเพียงการได้รับดนตรีบำบัดที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัดทำให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างน้อยหนึ่งระดับสูงถึงสิบเท่าของกลุ่มควบคุม

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Grau-Sanzhez²⁸ ซึ่งไม่พบความแตกต่างของอารมณ์ (mood) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังมากกว่าในกลุ่มทดลองที่ใช้ดนตรีบำบัด เทียบกับกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการเลือกใช้เครื่องมือวัดในการศึกษาของ Grau-Sanzhez และคณะนั้น เลือกใช้ การประเมิน profile of mood states, beck depression inventory scale, positive and negative affect scale, และ apathy evaluation scale ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ซึ่งวัดระดับความวิตกกังวลโดยตรง

ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

จากการใช้โปรแกรมตามทีระบุในการศึกษานี้ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันในผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาโดย Grau-Sanzhez²⁸ ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต (quality of life) ซึ่งมีการประเมินกิจกรรมกลายอย่างคล้าย SNMRC assessment score ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะ sub-acute โดยใช้เวลายาวนานน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ บวกเวลา 30 นาทีต่อวัน ที่มีดนตรีบำบัด เป็นเวลารวม 4 สัปดาห์ ในขณะที่ Schneider และคณะ²⁹ พบว่าความสามารถ motor skill ในกลุ่มทดลองดีกว่า กลุ่มควบคุม โดยโปรแกรมใช้เวลาประมาณ 13.5 ชั่วโมงใน 3 สัปดาห์ ในการให้โปรแกรมมาตรฐาน โดยกลุ่มทดลองได้รับ 30 นาที เพิ่มต่อวันในการทำดนตรีบำบัด ในการศึกษาของ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ใช้เวลายาวนานน้อย 6 ชั่วโมงต่อ สัปดาห์เท่ากัน ซึ่งนานกว่าโปรโตคอลของ Schneider ซึ่งใช้ เวลาเฉลี่ย 4.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่สั้นกว่าโปรแกรมของ Grau-Sanchez อาจเป็นไปได้ว่าเวลาในการรับบริการที่ ต่างกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำให้เกิดผลต่าง ระหว่างกลุ่ม นอกจากนี้โปรแกรมของ Schneider และคณะ ยังมีการใช้เครื่องดนตรีประกอบ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เพลิดเพลินและมีส่วนร่วมมากขึ้น

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ เป็นการทดลอง randomized controlled trials โดยมีการออกแบบ โปรแกรมการใช้ดนตรีบำบัดให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ซึ่งโปรแกรมการให้บริการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ กับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดที่เป็นการให้ ดนตรีบำบัดระยะสั้น การใช้คะแนนความสามารถในการ ประกอบกิจกรรมประจำวัน อาจไม่สามารถระบุความแตกต่าง ได้ ดังนั้นอาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว ซึ่งพบว่าการใช้ ดนตรีบำบัดในการฟื้นฟูผู้พิการได้ผลทั้งด้านจิตใจและร่างกาย โดยใช้ระยะเวลานานกว่าการศึกษาครั้งนี้³⁰

การศึกษานี้สนับสนุนการฟังดนตรีประกอบโปรแกรม การบำบัดแบบมาตรฐานเพื่อลดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ใน ช่วงน้อยปานกลางถึงเด่นชัดรุนแรงจำนวนใกล้เคียงกัน เพลงที่ใช้ในดนตรีบำบัดเป็นเพลงที่ได้รับการประเมินแล้วว่า ตรงตามคุณลักษณะของดนตรีที่สร้างแรงกระตุ้น ในระหว่าง ออกกำลังกายสำหรับคนไทย (Thai music rating inventory; TMRI) และมีการศึกษาว่าสามารถช่วยเพิ่มระยะเวลาในการ

ออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายใน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นผู้สูงอายุ เพลงที่ใช้ใน ดนตรีบำบัดอาจเปลี่ยนแปลงให้มีความตรงตามความชอบของ กลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการได้รับประโยชน์ สูงสุดจากดนตรีบำบัด ควรมีการนำดนตรีบำบัดไปประยุกต์ใช้ อย่างต่อเนื่องถึงแม้กลุ่มเป้าหมายจะกลับไปอยู่ที่บ้าน แล้วก็ตาม และอาจมีการจัดทำคู่มือดนตรีบำบัดทั้งในรูปแบบ สื่อที่เป็นภาพ สื่อที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงดนตรี ประกอบเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองโดย ใช้ดนตรีบำบัดในระยะยาวด้วย ทั้งนี้การเคลื่อนไหวร่างกาย อย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักการยังเป็นการลดความเสี่ยง ของกลุ่มเป้าหมายที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อไหล่ เคลื่อนหลุด มือบวม เจ็บไหล่ การหกล้ม เป็นต้น การศึกษา ต่อไปควรหาการทำกิจกรรมประกอบเครื่องดนตรี, ระยะเวลา ในการทำกิจกรรม intensity และความถี่ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งอาจเพิ่มเวลาการศึกษาให้นานกว่า 2 สัปดาห์ด้วย

สรุป

จากการทดลองในโรงพยาบาล พบว่าการนำเพลงมา ประกอบการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดซึ่งเป็น รูปแบบหนึ่งของดนตรีบำบัดนั้นช่วยลดความวิตกกังวลอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลต่อคะแนนความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันยังไม่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาต่อไป อาจพิจารณาออกแบบกิจกรรมพร้อมดนตรีบำบัดที่มีความ เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยอาจเก็บข้อมูลในระยะยาว ซึ่งความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็น เป้าหมายหลักของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในการทำให้ผู้ป่วยสามารถ ดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระได้และมีความวิตกกังวลในระดับปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่สนับสนุน ในการทำการศึกษา และนางสาวกัทธราภรณ์ ธรรมป็อก ในด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์ วันอัมพาตโลก ปี 2560 [World paralysis day campaign messages in 2017]. นนทบุรี: สำนัก; 2560.
2. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2018;50(9):769-78. doi:10.2340/16501977-2384.
3. Knapp P, Dunn-Roberts A, Sahib N, Cook L, Astin F, Kontou E, et al. Frequency of anxiety after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 2020;15(3):244-55. doi:10.1177/1747493019896958.
4. Jeong S, Kim MT. Effects of a theory-driven music and movement program for stroke survivors in a community setting. *Appl Nurs Res*. 2007;20(3):125-31. doi:10.1016/j.apnr.2007.04.005.
5. Nutt DJ, Ballenger JC. Anxiety Disorders [Internet]. Massachusetts: Blackwell Science; 2003 [cited 2020 May 15] Available from: <https://books.google.co.th/books?id=swAE2bRjV8UC>
6. Simpson HB, Neria Y, Lewis-Fernández R, Schneier F, editors. Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [cited 2020 Jan 11]. Available from: https://books.google.co.th/books?id=s_z03KmH8QoC
7. Kneebone I, Walker-Samuel N, Swanston J, Otto E. Relaxation training after stroke: potential to reduce anxiety. *Disabil Rehabil*. 2014;36(9):771-4. doi:10.3109/09638288.2013.808275.
8. Bowen A, Hazelton C, Pollock A, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;7:CD003586. doi:10.1002/14651858.CD003586.pub3.
9. Reid JM, Dai D, Delmonte S, Counsell C, Phillips SJ, MacLeod MJ. Simple prediction scores predict good and devastating outcomes after stroke more accurately than physicians. *Age Ageing*. 2017;46(3):421-6. doi:10.1093/ageing/afw197.
10. จิรภรณ์ อังวิยาธร. ดนตรีบำบัด [Internet]. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มี.ค. 2563]. จาก: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/395/>.
11. Duerksen, George L. Music therapy. *Grove Music Online*. January 2014 [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://doi.org/10.1093/gmo/9781561592630.article.A2242442>
12. Antić S, Morović S, Kes VB, Zavoreo I, Jurašić MJ, Demarin V. Enhancement of stroke recovery by music. *Period Biol*. 2012;114(3):397-401.
13. Thaut MH, McIntosh GC. Neurologic Music Therapy in Stroke Rehabilitation. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2014;2:106-13. doi:10.1007/s40141-014-0049-y.
14. Strzemecka J. Music therapy in stroke rehabilitation. *J Pre Clin Clin Res*. 2013;7(1):23-6. doi:10.26444/jpccr/71429.
15. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์, กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 [Disability diagnosis and assessment manual according to the announcement of the ministry of social development and human security regarding: the criteria and types of disabilities (No.2), 2012]. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; 2555.
16. Dardarananda R, Potisuk S, Gandour J, Holasuit S. Thai Adaptation of the Western Aphasia Battery (WAB). *Chiang Mai Med J*. 1995;34(3):157-9.

17. เอกรัตน์ อ่อนน้อม, ชัญญาญจน์ แสงประสาน, นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร. การพัฒนาแบบประเมินคุณลักษณะของคนตรีที่ใช้สร้างแรงกระตุ้นในระหว่างการออกกำลังกายสำหรับคนไทย [Development of an instrument to assess the motivational qualities of music in exercise: Thai music rating inventory]. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา. 2558;15(2):405-17.
18. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation]. นนทบุรี: สถาบัน; 2550.
19. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-9. doi:10.1016/S0033-3182(71)71479-0.
20. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจีทูลด จำกัด; 2551.
21. Le Danseur M, Crow AD, Stutzman SE, Villarreal MD, Olson DM. Music as a therapy to alleviate anxiety during inpatient rehabilitation for stroke. *Rehabil Nurs*. 2019;44(1):29-34. doi:10.1097/rnj.000000000000102.
22. Forsblom A, Särkämö T, Laitinen S, Tervaniemi M. The effect of music and audiobook listening on people recovering from stroke: the patient's point of view. *Music Med*. 2010;2(4):229-34. doi:10.1177/1943862110378110.
23. Kim DS, Park YG, Choi JH, Im SH, Jung KJ, Cha YA, et al. Effects of music therapy on mood in stroke patients. *Yonsei Med J*. 2011;52(6):977-81. doi:10.3349/ymj.2011.52.6.977.
24. Grewe O, Nagel F, Kopiez R, Altenmüller E. Listening to music as a re-creative process: Physiological, psychological, and psychoacoustical correlates of chills and strong emotions. *Music Percept*. 2007;24(3):297-314. doi:10.1525/mp.2007.24.3.297.
25. Menon V, Levitin DJ. The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *Neuroimage*. 2005;28(1):175-84. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.05.053.
26. อัญชลี ชุ่มบัวทอง, จันทนา ยิ้มน้อย, ชซาพิมพ์ สัมมา. ดนตรีบำบัด [Music therapy]. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2017;3(2):77-87.
27. Matteis M, Silvestrini M, Troisi E, Cupini LM, Caltagirone C. Transcranial doppler assessment of cerebral flow velocity during perception and recognition of melodies. *J Neurol Sci*. 1997;149(1):57-61. doi:10.1016/s0022-510x(97)05375-6.
28. Grau-Sánchez J, Duarte E, Ramos-Escobar N, Sierpowska J, Rueda N, Redón S, et al. Music-supported therapy in the rehabilitation of subacute stroke patients: a randomized controlled trial. *Ann N Y Acad Sci*. 2018. doi:10.1111/nyas.13590.
29. Schneider S, Schonle PW, Altenmüller E, Munte TF. Using musical instruments to improve motor skill recovery following a stroke. *J Neurol*. 2007;254(10):1339-46. doi:10.1007/s00415-006-0523-2.
30. Klaphajone J, Thaikruea L, Boontrakulpoontawee M, Vivatwongwana P, Kanongnuch S, Tantong A. Assessment of music therapy for rehabilitation among physically disabled people in Chiang Mai province: a pilot study. *Music Med*. 2013;5(1):23-30 doi:10.1177/1943862112470462.

บทความปริทัศน์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 11 มิถุนายน 2563
วันแก้ไข : 15 พฤษภาคม 2564
วันตอบรับ : 17 พฤษภาคม 2564

วีรนนท์ แยมรัตน์กุล, ปร.ด.¹, เอมอร จิระพันธุ์, พ.บ.²,
สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹
สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินคุณภาพ ขอบเขต และความสอดคล้องของคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการ : สืบค้นและคัดเลือกแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัย 2 คน ทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE-II อย่างเป็นอิสระต่อกัน และนำแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงมาทำการสังเคราะห์

ผล : จากแนวปฏิบัติ 330 ฉบับ ผ่านเกณฑ์ 18 ฉบับ เมื่อประเมินด้วย AGREE-II พบแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง จำนวน 13 ฉบับ (คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 75) นำมาสังเคราะห์คำแนะนำพบว่า การจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวปฏิบัติสอดคล้องกัน 4 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และการให้ความรู้ สำหรับการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวปฏิบัติสอดคล้องกัน 7 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การป้องกัน การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด การรักษาร่วมกันระหว่างการให้ยาและการทำจิตบำบัด การออกกำลังกาย และการให้ความรู้

สรุป : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลควรได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ หรือพิจารณาใช้ยารักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด การออกกำลังกาย และควรให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำและการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยทั้งที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งญาติและผู้ดูแล

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางคลินิก ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล โรคหลอดเลือดสมอง

ติดต่อผู้พิมพ์ : วีรนนท์ แยมรัตน์กุล; e-mail: yweerana@medicine.psu.ac.th

Review article

Clinical practice guidelines for the management of anxiety and depression in patients with stroke: a systematic review

Received : 11 June 2020

Revised : 15 May 2021

Accepted : 17 May 2021

Weeranan Yaemrattanakul, Ph.D.¹, Aimorn Jiraphan, M.D.²

Department of Physical Therapy, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University¹

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University²

Abstract

Objective: This is a systematic review of clinical practice guidelines investigating the quality, scope and consistency of guideline recommendations for the management of anxiety and depression in patients with stroke.

Methods: The guidelines were searched and selected following the criteria. Two researchers independently appraised the guidelines according to the AGREE-II tool. High-quality guidelines were synthesized.

Results: Of 330 guidelines identified and screened, 18 met the inclusion criteria. According to the AGREE-II, thirteen high-quality guidelines (mean domain scores $\geq 75\%$) were synthesized. It was found that the management of anxiety in patients with stroke guidelines consistently focused on four aspects: screening, pharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation. For the management of depression in the stroke patients guidelines consistently focused on seven aspects: screening, prevention, pharmacotherapy, psychotherapy, combined pharmacotherapy with psychotherapy, exercise, and psychoeducation.

Conclusion: All patients with stroke should be screened for anxiety and depression. For the treatment of patients with post-stroke anxiety, pharmacotherapy and problem-solving therapy should be considered. For the treatment of those patient with depression, selective serotonin reuptake inhibitors as well as motivational interviewing, combined antidepressants with psychotherapy and exercise should be considered. Educating, advising and supporting should be provided to both groups of patients, as well as their families and caregivers.

Keywords: anxiety, clinical practice guideline, depression, stroke

Corresponding author: Weeranan Yaemrattanakul; e-mail: yweerana@medicine.psu.ac.th

ความรู้เดิม : การจัดการภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นบทบาทของจิตแพทย์ซึ่งอาจทำให้ล่าช้าไปเนื่องจากได้รับการปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติการจัดการภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางการดูแลรักษามาตรฐาน เน้นตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่รวดเร็วตั้งแต่ระยะต้น บำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา และแนะนำให้ยารักษาซึมเศร้ากลุ่ม SSRI การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจและออกกำลังกายด้วยความเข้มสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ทีมผู้ให้การรักษหรือทีมสหวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติ นี้ไปใช้ ถือเป็นการประกันคุณภาพขั้นต้นสำหรับการดูแลรักษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาตรฐานสากล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อยทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย^{1,2} ในแต่ละปีมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 16 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.2 ล้านคน³⁻⁷ ในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 62 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 77 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573⁸ โดยอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณ 800,000 คนต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา⁹⁻¹¹ และมากกว่า 100,000 คนต่อปีในประเทศอังกฤษ^{5,12} สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 300,000 คน ในแต่ละปี¹³

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{9,14,15} โดยพบภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณร้อยละ 20 ถึง 25^{14,16-18} และมีอาการต่อเนื่องไปอีกหลายปี¹⁷ สำหรับภาวะซึมเศร้าพบประมาณร้อยละ 30^{6,9,19,20} หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและจะมีอาการต่อเนื่องไปอีกหลายปีเช่นกัน^{5,16,21} ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย

จากอาการอ่อนแรงครึ่งซีกร่วมกับความบกพร่องของความสามารถทางสมอง (cognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ รายได้ลดลง ทำให้การยอมรับตนเองลดลง ส่งผลต่อสภาพจิตใจและเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลตามมา^{17,22} นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติของการใช้ภาษา (aphasia) จะมีภาวะวิตกกังวลในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 44⁵ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลมักพบภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย⁹ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง^{6,9,21,23} ความบกพร่องหรือภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง ความบกพร่องของความสามารถทางสมอง^{6,9,21} ความบกพร่องของการใช้ภาษา การพึ่งพาผู้อื่น การอาศัยตามลำพัง การแยกตัวออกจากสังคม⁶ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน⁹ หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น⁶ และเพศหญิงมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย^{6,9}

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่สบายใจ เกิดความกังวลและความกลัว^{1,9} เป็นอุปสรรคในการเข้ารับโปรแกรมการฟื้นฟู ทำให้ปริมาณและคุณภาพของการรักษาลดลง ส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ทำได้ด้วยความยากลำบาก^{6,9,16, 20,21,23} คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง^{14,19,23,24} ส่งผลต่อการเข้าสังคม⁹ และทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด^{20,23} เกิดความคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย^{19,20} และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น^{6,9,16,19,20,23} แต่ทว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักไม่ค่อยได้รับความสนใจจากทีมผู้ให้การรักษและไม่ได้รับการวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยแทบจะไม่ได้รับการจัดการเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติและการจัดการของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลง²⁵ ดังนั้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines; CPGs) สามารถ

ช่วยบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น²⁶ ดังนั้นการเผยแพร่และกระตุ้นทีมสหสาขาวิชาชีพให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก จะสามารถเพิ่มองค์ความรู้ในการปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดความแตกต่างของการปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาและท้ายที่สุดทำให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดียิ่งขึ้น²⁷

หลายประเทศมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศ ทีมพัฒนา ขอบเขตของหัวข้อ รายละเอียดของเนื้อหา และระยะเวลาที่มีการจัดทำแนวปฏิบัติ ดังนั้นในแต่ละแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงมีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (level of evidence; LOE) ระดับของคำแนะนำ (level of recommendation) และรายละเอียดของคำแนะนำในแต่ละหัวข้อ²⁸ การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพขอบเขตและความสอดคล้องของคำแนะนำจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การระบุและการคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งดัดแปลงจากเกณฑ์ของ physiotherapy evidence database (PEDro)²⁸ ดังนี้คือ 1) จัดทำขึ้นภายใต้การสนับสนุนของสมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกจะต้องประกอบด้วยข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ได้แก่ คำแนะนำ วิธีการ หรือข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกจัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีโดยไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 4) มีคำแนะนำอย่างน้อยหนึ่งข้อเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ตีพิมพ์หรือเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป

การสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Medline, Cochrane Library, PEDro, American Physical Therapy Association (APTA), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Guidelines International Network และ Google Scholar นอกจากนี้มีการตรวจสอบเอกสารอ้างอิงของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านเกณฑ์ร่วมด้วย คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (“stroke” หรือ “post-stroke” หรือ “cerebrovascular disease” หรือ “CVA”) ร่วมกับภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า (“anxiety” หรือ “depression”) และแนวปฏิบัติ (“guidelines”) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สืบค้นได้จะเก็บรวบรวมด้วยโปรแกรม EndNote X7 และคัดกรองแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ซ้ำกันออก หลังจากนั้นจึงทำการคัดกรองแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความเป็นไปได้บ่งชี้จะถูกพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ว่าเป็นอิสระต่อกันโดยผู้วิจัยสองคน หากความคิดเห็นไม่ตรงกันจะมีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน

การประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก ด้วยแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II)²⁹ เพื่อประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย 6 หมวด 23 หัวข้อ ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์; หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย; หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ; หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ; หมวดที่ 5 การนำไปใช้; และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ โดยแบบประเมินทั้ง 23 หัวข้อ ใช้ระบบการให้คะแนน 7 ระดับ จาก 1 คือ ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก ถึง 7 คือ เห็นด้วยเป็นอย่างมาก คะแนนที่ได้จากการประเมินมากขึ้นบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพสูงขึ้น โดยกำหนดให้แนวปฏิบัติที่ได้คะแนนรวมเฉลี่ย

ทุกหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงและนำไปใช้สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลต่อการประเมินกระทำโดยผู้วิจัย 2 คน อย่างเป็นอิสระต่อกัน ในแต่ละแนวปฏิบัติทางคลินิกและรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย

การสังเคราะห์คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ด้วยระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและระดับของคำแนะนำในแต่ละแนวปฏิบัติทางคลินิกจะถูกนำมาแปลงให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ตามเกณฑ์ของ National Health and Medical Research Council (NHMRC)³⁰ เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบ โดยระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 คือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม; ระดับ 2 คือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม; ระดับ 3 - 1 คือการทดลองแบบสุ่มหลอกและมีกลุ่มควบคุม; ระดับ 3 - 2 คือการทดลองที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมไปพร้อมกัน เช่น การทดลองที่ไม่มีการสุ่ม การศึกษาจากเหตุไปหาผลหรือการศึกษาจากผลมาหาเหตุ; ระดับ 3 - 3 คือการทดลองที่มีการเปรียบเทียบโดยกลุ่มควบคุมไม่ได้ทำพร้อมกัน เช่น การวิจัยเชิงทดลองที่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในอดีต; และระดับ 4 คือกรณีศึกษา ระดับของคำแนะนำมีทั้งหมด 4 เกรด ดังนี้ เกรด A หมายถึงหลักฐานสามารถเชื่อถือได้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ; เกรด B หมายถึงหลักฐานสามารถเชื่อถือได้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในสถานการณ์ส่วนใหญ่; เกรด C หมายถึงหลักฐานให้การสนับสนุนคำแนะนำ แต่ควรใช้ความระมัดระวังในการนำไปใช้; และเกรด D หมายถึงหลักฐานอ่อนและต้องใช้คำแนะนำด้วยความระมัดระวัง

ผล

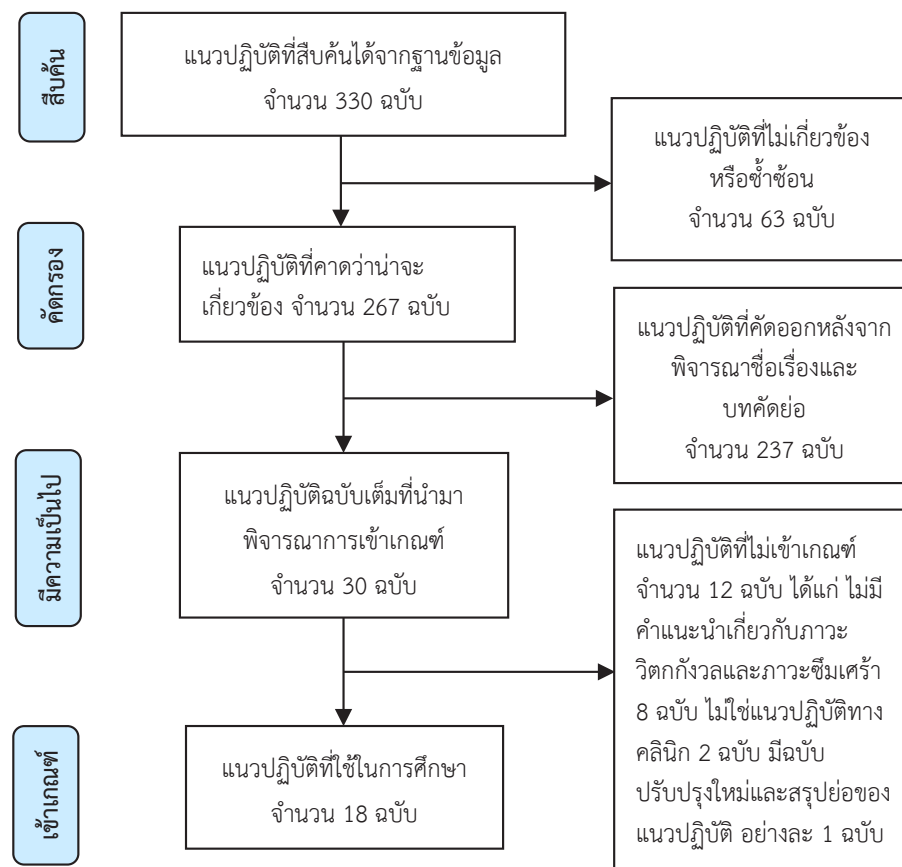
การสืบค้นและลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลของการสืบค้นจากฐานข้อมูลทั้งหมดพบแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 330 ฉบับ หลังคัดแนวปฏิบัติที่ไม่เกี่ยวข้องหรือซ้ำซ้อนออก มีแนวปฏิบัติที่น่าจะเกี่ยวข้องจำนวน 267 ฉบับ หลังจากพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ มีแนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้จำนวน 30 ฉบับ และทำการ

พิจารณาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านเข้าเกณฑ์ จำนวน 18 ฉบับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 18 ฉบับตีพิมพ์หรือเผยแพร่ ในปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกประเภท จำนวน 15 ฉบับ จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 2 ฉบับ และจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 1 ฉบับ โดยทั้ง 18 ฉบับมาจากกลุ่มพัฒนาของประเทศสหรัฐอเมริกา 3 ฉบับ^{9,31,32} (2 หน่วยงาน) ประเทศแคนาดา 9 ฉบับ^{6,7,27,33-38} (2 หน่วยงาน) ประเทศไทย 2 ฉบับ^{1,39} (1 หน่วยงาน) ประเทศอังกฤษ¹⁶ ประเทศออสเตรเลีย⁴⁰ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁴¹ และประเทศสาธารณรัฐเกาหลี⁴² ประเทศละ 1 ฉบับ ดังแสดงในตารางที่ 1

คุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

คะแนนการประเมินของแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วย AGREE-II ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยคะแนน AGREE-II ของแต่ละหมวด มีค่าเฉลี่ยดังนี้ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 71 (ร้อยละ 29 - 100) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 65.6 (ร้อยละ 29 - 100) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำร้อยละ 59.8 (ร้อยละ 18 - 91) ความชัดเจนในการนำเสนอร้อยละ 93 (ร้อยละ 86 - 100) การนำไปใช้ร้อยละ 32.6 (ร้อยละ 14 - 83) และความเป็นอิสระของบรรณาธิการร้อยละ 55.7 (ร้อยละ 14 - 100) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีค่าเฉลี่ยของทุกหมวดรวมกันมากกว่าร้อยละ 75 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพสูงมีจำนวน 13 ฉบับ ซึ่งจะนำไปใช้สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลโดยมาจากสมาคมโรคหัวใจ/สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา 2 ฉบับ^{9,31} กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวงกลาโหม ประเทศสหรัฐอเมริกา 1 ฉบับ³² มูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา 8 ฉบับ^{6,7,27,33-35,37,38} คณะทำงานโรคหลอดเลือดสมองระหว่างวิทยาลัย ประเทศอังกฤษ 1 ฉบับ¹⁶ และมูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศออสเตรเลีย 1 ฉบับ⁴⁰ และแนวปฏิบัติทางคลินิก



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

ที่เหลืออีก 5 ฉบับ มีคะแนนเฉลี่ยของทุกหมวดรวมกัน ไม่ถึงร้อยละ 50 ซึ่งมาจากประเทศแคนาดา³⁶ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁴¹ ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี⁴² ประเทศละ 1 ฉบับ และประเทศไทย 2 ฉบับ^{1,39}

การสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิก

การสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำเฉพาะแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพสูง จำนวน 13 ฉบับ มาทำการสังเคราะห์และเปรียบเทียบเท่านั้น การจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคำแนะนำสอดคล้องกันเพียงแค่ 5 ฉบับเท่านั้น โดยแบ่งคำแนะนำออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด และการให้ความรู้ โดยสรุปมีการแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง^{6,40} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลควรพิจารณาการรักษาด้วยยา การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (problem-solving therapy; PST)^{6,16} และควรได้รับความรู้ข้อมูลการสนับสนุนและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล^{16,34,38} ดังแสดงในตารางที่ 3

การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคำแนะนำสอดคล้องกันทุกฉบับ โดยแบ่งคำแนะนำออกเป็น 7 หมวด ได้แก่ การคัดกรอง การป้องกัน การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัด การรักษาร่วมกันระหว่างการใช้ยาและการทำจิตบำบัด การออกกำลังกายและการให้ความรู้ โดยสรุปมีการแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^{33,37} และตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า^{6,31,34,35} โดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้

มาตรฐานและมีความเที่ยง^{6,40} และควรตรวจคัดกรองในสองสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{7,27} การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา^{6,40} ส่วนการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคำแนะนำที่สอดคล้องกันหลายวิธีโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าในกรณีที่ไม่มีความ^{6,9,31,40} มีการแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)^{6,9,32,40} และหากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาด้วยยาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา^{6,16} การบำบัดด้วยวิธีการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ควรได้รับการพิจารณาสำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,16} และพบว่าการใช้ยารักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัดทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น^{6,9} และควรพิจารณาการออกกำลังกายเป็นการรักษาเสริมสำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{9,32} อีกทั้งผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำและโอกาสในการพูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย^{9,16,27,38} ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 18 ฉบับ มีคำแนะนำที่สอดคล้องกัน 17 คำแนะนำ ดังนั้นคำแนะนำที่สังเคราะห์ขึ้นนี้แก่ทีมผู้ให้การรักษาหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ถือเป็นประกันคุณภาพขั้นต้นสำหรับการดูแลรักษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาตรฐานสากล จากการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วย AGREE-II มีเพียงแนวปฏิบัติเดียวจากมูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศออสเตรเลีย⁴⁰ ที่มีคะแนนทุกหมวดสูงกว่าร้อยละ 75 โดยมีคะแนนรวมทุกหมวดเฉลี่ยสูงสุด คือร้อยละ 96 และจากแนวปฏิบัติทางคลินิก

ทั้งหมด หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือความชัดเจนในการนำเสนอ คิดเป็นร้อยละ 93 และหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 33 ส่วนหมวดอื่น ๆ ได้คะแนนเฉลี่ยไม่ถึงร้อยละ 75 ดังนั้นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในอนาคตควรพิจารณาให้ครอบคลุมทุกหมวดเพื่อทำให้นวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณภาพดีขึ้น

การจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง^{6,40} และตรวจประเมินโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือมาแล้ว⁴⁰ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความบกพร่องของความสามารถทางสมอง ควรเลือกใช้แบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น แบบประเมินที่อาศัยการสังเกต (observational tool) เป็นต้น⁶ อย่างไรก็ตาม ไม่พบคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือเป็นโอกาสที่จะได้พัฒนางานวิจัยและแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไปในอนาคต

ในด้านการรักษา การรักษาด้วยยานำว่าผู้ป่วยควรได้รับยารักษาซึมเศร้าอย่างน้อย 4 เดือนและควรตรวจสอบผลข้างเคียงของยา หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา¹⁶ การทำจิตบำบัดควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา^{6,16} และอาจพิจารณาใช้การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นก่อนพิจารณาการใช้ยารักษาซึมเศร้า และควรปรับรูปแบบการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความบกพร่องของความสามารถทางสมอง¹⁶ นอกจากนี้ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล ควรได้รับข้อมูล การสนับสนุน และคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจประเมินและการจัดการภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย^{1,16,34,38} วิธีการรักษาอื่น ๆ ที่มีการรายงานในแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายใจ (mind-body exercise) เช่น ไทชิ โยคะ และซิงกิ้ง^{11,32} นอกจากนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทั้ง 18 ฉบับ

ฉบับที่	ผู้เขียน/องค์กร/สังคม ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	ชื่อแนวปฏิบัติทางคลินิก	ปีที่ตีพิมพ์	ชนิดของ โรคหลอดเลือด สมอง	ระดับของ หลักฐาน	ระดับของ คำแนะนำ
ประเทศสหรัฐอเมริกา						
1.	Powers WJ และคณะ ³¹ สมาคมโรคหัวใจ/ สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สหรัฐอเมริกา	แนวทางการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประเภทย่อยเริ่มต้น : ปรับปรุง ปี พ.ศ. 2562 แนวทางสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจากสมาคม โรคหัวใจ/สมาคมโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา	2562	ตีบ	ระดับ 1 - 4#	A - C+
2.	กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวง กลาโหม สหรัฐอเมริกา ³²	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองของ กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวงกลาโหม	2562	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 3.2#	E+
3.	Winstein CJ และคณะ ⁹ สมาคมโรคหัวใจ/ สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สหรัฐอเมริกา	แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูของโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ใหญ่ : แนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จากสมาคมโรคหัวใจ/สมาคม โรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกา	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
ประเทศแคนาดา						
4.	Tease R และคณะ ³³ มูลนิธิโรคหัวใจและโรค หลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศแคนาดา : การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสภาพและการเข้าร่วมในชุมชนในการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่หนึ่ง : การฟื้นฟูสมรรถภาพและการฟื้นฟูสภาพ ปรับปรุงปี พ.ศ. 2562	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
5.	Mountain A และคณะ ³³ มูลนิธิโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสภาพและการเข้าร่วมในชุมชน ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่สอง : การเปลี่ยนสถานที่และการ มีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
6.	Lancôt KL และคณะ ⁶ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : อารมณ์ ความรู้ความเข้าใจและความเหนื่อยล้า ภายหลังการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2562	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
7.	Boulanger JM และคณะ ³⁴ มูลนิธิโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศแคนาดา สำหรับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองระยะเริ่มต้น : ก่อนเข้าโรงพยาบาล แผนฉุกเฉิน และการดูแลผู้ป่วยในของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2561	2561	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
8.	Wein T และคณะ ³⁵ มูลนิธิโรคหัวใจและโรค หลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : การป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติ ปรับปรุง ปี พ.ศ. 2560	2561	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C+
9.	Saikaley M และคณะ ³⁶ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ความร่วมมือของประเทศ แคนาดาเพื่อการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง	การทบทวนโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ โรคหลอดเลือดสมอง	2561	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	E+

ฉบับที่	ผู้เขียน/องค์กร/สังคม ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	ชื่อแนวปฏิบัติทางคลินิก	ปีที่พิมพ์	ชนิดของ โรคหลอดเลือด สมอง	ระดับของ หลักฐาน	ระดับของ คำแนะนำ
ประเทศแคนาดา (ต่อ)						
10.	Cameron JJ และคณะ ³⁷ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : การจัดการการเปลี่ยนสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2559	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
11.	Casabon LK และคณะ ³⁸ มูลนิธิโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : แนวทางการดูแลผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ เฉียบพลัน ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2558	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
12.	Hebert D และคณะ ³⁷ มูลนิธิโรคหัวใจและ โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศแคนาดา	คำแนะนำของแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองของประเทศ แคนาดา : แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2558	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
ประเทศอังกฤษ						
13.	Rudd AG และคณะ ¹⁶ คณะทำงาน โรคหลอดเลือดสมองระหว่างวิทยาลัย	แนวปฏิบัติทางคลินิกแห่งชาติสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง	2560	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 3#	E#
ประเทศออสเตรเลีย						
14.	มูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ⁴⁰	แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง	2560	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4	A - D
ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน						
15.	Lou M และคณะ ⁴¹ สมาคมโรคหลอดเลือด สมอง สาธารณรัฐประชาชนจีน	แนวทางของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองของสาธารณรัฐประชาชนจีนสำหรับ การจัดการทางคลินิกของโรคหลอดเลือดสมอง : บทสรุปเกี่ยวกับการบริหาร และการปรับปรุง ปี พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองใน องค์กร	2563	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - C#
ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี						
16.	Cho WS และคณะ ⁴² สมาคมศัลยแพทย์ หลอดเลือดสมอง สาธารณรัฐเกาหลี	แนวปฏิบัติทางคลินิกของสาธารณสุขเกาหลีสำหรับภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้ม สมองจากเส้นเลือดโป่งพอง	2561	แตก	ระดับ 1 - 4#	A - C#
ประเทศไทย						
17.	แพทย์หญิงทัศนีย์ ต้นติฤทธิ์ศักดิ์ และคณะ ³⁹ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์	2562	ตีบ	ระดับ 1 - 4#	A - D#
18.	แพทย์หญิงพรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ ¹ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2559	ทุกชนิด	ระดับ 1 - 4#	A - D#

หมายเหตุ : # หมายถึง ระดับของหลักฐานและ/หรือระบบการให้คะแนน แปลงเป็นการจำแนกประเภทของหลักฐานตามระบบของ NHMRC

E หมายถึง ไม่ระบบการให้เกรด จึงเปลี่ยนมาใช้ตามความหนักของหลักฐานและมติของกลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ตารางที่ 2 การประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกตามเครื่องมือ AGREE-II

ลำดับ	ผู้เขียน/องค์กร/สังคม ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก	คะแนนของแต่ละหมวด (ร้อยละ)				การนำไปใช้	ความเป็นอิสระ ของบรรณาธิการ	ค่าเฉลี่ยของ แต่ละหมวด (ร้อยละ)
		ขอบเขตและ วัตถุประสงค์	การมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความเข้มแข็งของ ขั้นตอนการจัดทำ	ความชัดเจน ในการนำเสนอ			
ประเทศสหรัฐอเมริกา								
1.	สมาคมโรคหัวใจ/สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สหรัฐอเมริกา ^{9,31}	100	52.4	82.1	100	28.6	85.7	75
2.	กรมกิจการทหารผ่านศึกและกระทรวงกลาโหม สหรัฐอเมริกา ³²	95.2	90.5	78.6	95.2	21.4	78.6	77
ประเทศแคนาดา								
3.	มูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง แคนาดา ^{6,7,27,33-35,37,38}	100	91.7	87.5	94.4	66.7	100	90
4.	มูลนิธิโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ความร่วมมือของ ประเทศแคนาดาเพื่อการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง ³⁶	52.4	28.6	55.4	90.5	14.3	14.3	43
ประเทศอังกฤษ								
5.	คณะทำงานโรคหลอดเลือดสมองระหว่างวิทยาลัย ¹⁶	100	97	91	97	54	100	90
ประเทศออสเตรเลีย								
6.	มูลนิธิโรคหลอดเลือดสมอง ⁴⁰	100	100	90.6	100	83.3	100	96
ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน								
7.	สมาคมโรคหลอดเลือดสมอง สาธารณรัฐประชาชนจีน ⁴¹	52.4	28.6	30.4	90.5	14.3	21.4	40
ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี								
8.	สมาคมศิษย์แพทย์หลอดเลือดสมอง สาธารณรัฐเกาหลี ⁴²	28.6	52.4	39.3	85.7	14.3	28.6	42
ประเทศไทย								
9.	แพทย์หญิงทัศนีย์ ตันติพิทักษ์ และคณะ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ³⁹	38.1	52.4	17.9	90.5	14.3	14.3	38
10.	แพทย์หญิงพรพิมล มาศสกุลพรหม และคณะ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ¹	42.9	61.9	25	85.7	14.3	14.3	41

ตารางที่ 3 การสังเคราะห์คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อและคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	17	18
1. การคัดกรอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง						●							●		
2. การรักษา															
2.1 การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิตกกังวลควรได้รับการรักษาด้วยยา						●					●				
2.2 การทำจิตบำบัด ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาเพื่อรักษาภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						●					●				
3. การให้ความรู้ ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลควรได้รับข้อมูล การสนับสนุน และคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจประเมินและการจัดการภาวะวิตกกังวล							●			●		●			●

ตารางที่ 4 การสังเคราะห์คำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อและคำแนะนำของแนวปฏิบัติทางคลินิก	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	17	18
1. การคัดกรอง															
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า					●				●						
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากมีความเหมาะสมทางการแพทย์	●					●		●							
- ควรตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยง						●							●		
- การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรพิจารณาตรวจภายในสองสัปดาห์หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				●						●					
2. การป้องกัน ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						●									
3. การรักษา															
3.1 การรักษาด้วยยา															
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้าในกรณีที่ไม่ดีขึ้น	●		●			●							●	●	●
- ควรพิจารณาใช้ยากลุ่ม SSRI เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		●				●							●		
- หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาด้วยยาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา						●					●				
3.2 การทำจิตบำบัด ควรพิจารณาใช้การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						●						●			
3.3 การรักษาร่วมกันระหว่างการบำบัดและการทำจิตบำบัด ควรพิจารณาใช้การรักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัดเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			●			●									●
3.4 การออกกำลังกาย ควรพิจารณาการออกกำลังกายเป็นการรักษาเสริมสำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		●												●	
3.5 การให้ความรู้ ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูล คำแนะนำและโอกาสในการพูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิต			●							●				●	●

ได้แนะนำให้มีการออกกำลังกายในน้ำ (aquatic therapy) การฝังเข็ม (acupuncture) หรือการทำสมาธิของวัดป่า (forest meditation) อาจทำให้ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น³⁶ แต่สำหรับการบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (mindfulness-based interventions) ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม⁴⁰

การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^{6,33,37} และตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากมีความเหมาะสมทางการแพทย์^{6,34,35} โดยต้องตรวจโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยงมาก่อน^{6,40} แนะนำให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถามก่อน (2Q)^{1,9,31,39} แต่เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความไว (0.79) และความจำเพาะ (0.76) ต่ำ⁴³ ดังนั้นหากพบผลบวก จำเป็นต้องตรวจประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁴⁴ ปัจจุบันจึงมีการใช้แบบประเมินอื่นมากขึ้น ได้แก่ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), และ Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)²⁰ ถึงแม้ว่า CES-D และ HDRS จะมีความไวสูง แต่พบว่าไม่เหมาะกับการนำมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ส่วน HADS พบว่ามีความจำเพาะสูงที่สุด⁴³ นอกจากนี้ มีการแนะนำให้ตรวจคัดกรองภายในสองสัปดาห์แรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{7,27} และควรระบุประวัติอดีตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย^{34,38} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผลการตรวจคัดกรองบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีความเที่ยงมาแล้ว⁶ ร่วมกับการสัมภาษณ์ทางคลินิกแบบมีโครงสร้างตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติ

ทางจิต^{6,40} (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5) ซึ่งเป็นระบบการวินิจฉัยตามสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)⁴⁴ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับการตรวจประเมินภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย¹⁶ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารหรือความบกพร่องของความสามารถทางสมอง ควรเลือกใช้กลยุทธ์ที่มีความเหมาะสม เช่น เครื่องมือที่อาศัยการสังเกตเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสม^{6,40}

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,40} ส่วนการใช้ยารักษาซึมเศร้า เช่น ยากลุ่ม SSRI หรือ serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะหาข้อสรุปเพื่อใช้ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{6,9,40} เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหัก¹¹

การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย^{1,9,42} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อยอาจได้รับการดูแลเริ่มต้นด้วยการเฝ้าดูเหตุการณ์ (watchful waiting) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คอยติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยในช่วง 2 ถึง 4 สัปดาห์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยร่วมด้วย⁶ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับยารักษาซึมเศร้าในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม^{1,6,9,31,39,40} โดยแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม SSRI^{6,9,32,40} และหากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นภายหลังการใช้ยาไปแล้ว 2 ถึง 4 สัปดาห์ ควรตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก่อนพิจารณาเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา^{6,16} นอกจากนี้อาจพิจารณาใช้ยากลุ่ม SNRI หรือ nortriptyline, citalopram, mianserin และ reboxetine

ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้^{11,32} และหากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาซึมเศร้าได้ดี ควรให้การรักษาท่อเนื่องไปอีก อย่างน้อย 6 ถึง 12 เดือน และหากพิจารณาที่จะหยุดการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า ควรใช้เวลาในการปรับลดขนาดของยาประมาณ 1 ถึง 2 เดือน⁶ สำหรับวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา มีการแนะนำให้พิจารณาใช้การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ^{6,16} การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)³² การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห (PST)¹⁶ การออกกำลังกายด้วยความเข้มสูง (high intensity)^{9,32} ซึ่งควรมีระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด⁹ เช่น สามครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้คงสภาพการออกกำลังกายเอาไว้เพื่อให้ได้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง⁴⁰ และมีการแนะนำการออกกำลังกายแบบผสมผสานภายในใจ เช่น โยคะและซิงเกิ้ล^{11,32} อีกทั้งควรให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา (counseling) แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับการกำเริบของภาวะซึมเศร้า การสังเกตอาการสัญญาณเตือนของการเกิดซ้ำและอารมณ์ของผู้ป่วย ในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิต^{1,6,9,16,39} นอกจากนี้ยังมีการแนะนำการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ดนตรีบำบัดหรือการฝึกสติเป็นรายบุคคล⁶ และการฝังเข็ม⁴⁰ แต่ไม่แนะนำให้ใช้การกระตุ้นสมองแบบไม่รุกราน (non-invasive) สำหรับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ากระแสตรงผ่านกะโหลกศีรษะ (transcranial direct current stimulation) และการกระตุ้นซ้ำด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านกะโหลกศีรษะ (repetitive transcranial magnetic stimulation) เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลเนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยและผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกไม่สุขสบายเป็นเพียงการแนะนำให้ใช้สำหรับการวิจัยเท่านั้น⁴⁰

สรุป

แนวทางสำหรับการจัดการภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวล

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลควรพิจารณาให้การรักษาด้วยยา การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห และควรให้ข้อมูล คำแนะนำ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล สำหรับแนวทางการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการประเมินตรวจคัดกรองความเสี่ยงและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากพบความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างทันท่วงที ควรพิจารณาใช้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรได้รับยา กลุ่ม SSRI ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ หรือพิจารณาใช้ยารักษาซึมเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด การออกกำลังกาย และควรให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนา รุ่งทอง, พรทิพย์พา ธิมายอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล, บรรณาธิการ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation]. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2559.
2. Whitehead S, Baalbergen E. Post-stroke rehabilitation. S Afr Med J. 2019;109(2):81-3. doi:10.7196/SAMJ.2019.v109i2.00011.
3. Erafeij J, Clark W, France B, Desando S, Moore D. Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2017;6(1):40. doi:10.1186/s13643-017-0435-5.
4. World Health Organization. Global health observatory (GHO) data; top 10 causes of death [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2020 [cited 2020 Dec 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

5. Stroke Association. State of the nation stroke statistics. London: Stroke Association House; 2018.
6. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(6):668-88. doi:10.1177/1747493019847334.
7. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong Ad, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; 6th Update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(7):763-88. doi:10.1177/1747493019897843.
8. Lawrence M, Booth J, Mercer S, Crawford E. A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int J Stroke*. 2013;8(6):465-74. doi:10.1111/ijis.12135.
9. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098.
10. Jasne AS, Sucharew H, Alwell K, Moomaw CJ, Flaherty ML, Adeoye O, et al. Stroke center certification is associated with improved guideline concordance. *Am J Med Qual*. 2019;34(6):585-9. doi:10.1177/1062860619835317.
11. Sall J, Eapen BC, Tran JE, Bowles AO, Bursaw A, Rodgers ME. The management of stroke rehabilitation: a synopsis of the 2019 U.S. department of veterans affairs and U.S. department of defense clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2019;171(12):916-24. doi:10.7326/M19-1695.
12. National Guideline Centre (UK). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019.
13. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2559 ถึง ปี พ.ศ. 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [Number and rate of patients in 2016 - 2018 (High blood pressure, diabetes, coronary artery, cerebrovascular disease, COPD)]. นนทบุรี: สำนัก; 2561.
14. Wright F, Wu S, Chun HY, Mead G. Factors associated with poststroke anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Stroke Res Treat*. 2017;2017:2124743. doi:10.1155/2017/2124743.
15. Taylor-Rowan M, Momoh O, Ayerbe L, Evans JJ, Stott DJ, Quinn TJ. Prevalence of pre-stroke depression and its association with post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(4):685-96. doi:10.1017/S0033291718002003.
16. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 5th ed. London: Royal College of Physicians; 2016.
17. Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, et al. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD008860. doi:10.1002/14651858.CD008860.pub3.
18. Chun HY, Newman R, Whiteley WN, Dennis M, Mead GE, Carson AJ. A systematic review of anxiety interventions in stroke and acquired brain injury: efficacy and trial design. *J Psychosom Res*. 2018;104:65-75. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.11.010.
19. Shen X, Liu M, Cheng Y, Jia C, Pan X, Gou Q, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Affect Disord*. 2017;211:65-74. doi:10.1016/j.jad.2016.12.058.

20. Cai W, Mueller C, Li YJ, Shen WD, Stewart R. Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2019;50:102-9. doi:10.1016/j.arr.2019.01.013.
21. Teasell R, Cotoi A, Chow J, Wiener J, Iliescu A. Evidence-based review of stroke rehabilitation: executive summary. 18th ed. Canada: Canadian partnership for stroke recovery; 2016.
22. Sianturi R, Anna Keliat B, Yulia Wardani I. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enferm Clin.* 2018;28 Suppl 1:94-7. doi:10.1016/S1130-8621(18)30045-7.
23. Bucur M, Papagno C. A systematic review of noninvasive brain stimulation for post-stroke depression. *J Affect Disord.* 2018;238:69-78. doi:10.1016/j.jad.2018.05.026.
24. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med.* 2018;50(9):769-78. doi:10.2340/16501977-2384.
25. Menlove L, Crayton E, Kneebone I, Allen-Crooks R, Otto E, Harder H. Predictors of anxiety after stroke: a systematic review of observational studies. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(6):1107-17. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.12.036.
26. O'Sullivan SB. National physical therapy examination review and study guide. Illinois: International Educational Resources; 2019.
27. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke.* 2016;11(4):459-84. doi:10.1177/1747493016643553.
28. Jolliffe L, Lannin NA, Cadilhac DA, Hoffmann T. Systematic review of clinical practice guidelines to identify recommendations for rehabilitation after stroke and other acquired brain injuries. *BMJ Open.* 2018;8(2):e018791. doi:10.1136/bmjopen-2017-018791.
29. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล [Appraisal of guideline for research & evaluation II; agree II] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบัน; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ส.ค. 2563]. จาก: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>
30. National Health and Medical Research Council. NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines [Internet]. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2009 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://www.mja.com.au/sites/default/files/NHMRC.levels.of.evidence.2008-09.pdf>
31. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke.* 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211.
32. The management of stroke rehabilitation work group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Washington DC. Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2019.
33. Mountain A, Lindsay MP, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following stroke part two: transitions and community participation following stroke. *Int J Stroke.* 2020;15(7):789-806. doi:10.1177/1747493019897847.
34. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, et al. Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th ed. *Int J Stroke.* 2018;13(9):949-84. doi:10.1177/1747493018786616.

35. Wein T, Lindsay MP, Côté R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke, 6th edition. *Int J Stroke*. 2018;13(4):420-43. doi:10.1177/1747493017743062.
36. Saikaley M, Iruthayarajah J, Harnett A, Salter K, Foley N. Evidence-based review of stroke rehabilitation. Canada: Canadian Partnership for Stroke Recovery; 2018.
37. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following stroke, guidelines update 2016. *Int J Stroke*. 2016;11(7):807-22. doi:10.1177/1747493016660102.
38. Casaubon LK, Boulanger JM, Glasser E, Blacquiére D, Boucher S, Brown K, et al. Canadian stroke best practice recommendations: acute inpatient stroke care guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2016;11(2):239-52. doi:10.1177/1747493015622461.
39. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ชน ชีระวงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ [Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke]. กรุงเทพฯ. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์; 2562.
40. Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management [Internet]. Melbourne: Stroke Foundation; 2017 [cited 2020 08 27]. Available from: <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>
41. Lou M, Ding J, Hu B, Zhang Y, Li H, Tan Z, et al. Chinese stroke association stroke council guideline writing committee, Chinese stroke association guidelines for clinical management of cerebrovascular disorders: executive summary and 2019 update on organizational stroke management. *Stroke Vasc Neurol*. 2020;5(3):260-9. doi:10.1136/svn-2020-000355.
42. Cho WS, Kim JE, Park SQ, Ko JK, Kim DW, Park JC, et al. Korean clinical practice guidelines for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Korean Neurosurg Soc*. 2018;61(2):127-66. doi:10.3340/jkns.2017.0404.005.
43. Towfighi A, Ovbiagele B, El Hussein N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2017;48(2):e30-43. doi:10.1161/STR.0000000000000113.
44. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: screening and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2018;98(8):508-15.

บทความปริทัศน์

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันรับ : 5 พฤศจิกายน 2563

วันแก้ไข : 18 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับ : 19 พฤษภาคม 2564

อนุสรฯ เครือนวน, ภ.บ.¹, ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, ว.ภ.²,

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, พ.บ.¹, สุทธา สุปัญญา, พ.บ.¹,

พรทิพย์ อีร์รัตน์ไชยเลิศ, ภ.ม.¹, พินทุสร กลับคุณ, นศภ.²

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการ : สร้างเกณฑ์คัดเลือกการศึกษาตามหลัก PICO ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย สืบค้นผ่านฐานข้อมูล PubMed, EMBASE และ Cochrane Library แล้วนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแนวทางของ The Cochrane Collaboration's tool สำหรับการศึกษาประเภท RCT และ Newcastle Ottawa Scales สำหรับการศึกษาประเภท cross-sectional studies โดยผู้วิจัย 2 คน ประเมินแบบเป็นอิสระต่อกัน หากมีความเห็นขัดแย้งกันจะให้ผู้พิจารณาคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสิน และรายงานข้อมูลตาม PRISMA guideline

ผล : มีการศึกษาที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 7 การศึกษา (N = 2,224) เป็นการศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมจำนวน 6 การศึกษา (N = 1,240) และการศึกษาแบบภาคตัดขวางจำนวน 1 การศึกษา (N = 984) พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่ใช้ risperidone (N = 596), quetiapine (N = 21), perphenazine (N = 257) และ clozapine (N = 984) ไม่พบความแตกต่างทั้งด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้แบบวันละครั้งและวันละสองครั้ง ในขณะที่การศึกษาของ olanzapine พบว่า การให้ยารวันละครั้งเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่น้อยกว่าการให้วันละสองครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการให้ asenapine แบบวันละครั้งพบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่าและยังมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้วันละสองครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : การให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยไม่แตกต่างหรืออาจสูงกว่าการให้ยารวันละหลายครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการค่อนข้างรุนแรงยังควรได้รับการบริหารยาตามคำแนะนำที่กำหนดของยาแต่ละชนิด

คำสำคัญ : การให้ยารวันละครั้ง การให้ยารวันละหลายครั้ง ยารักษาโรคจิต โรคจิตเภท

ติดต่อผู้พิมพ์ : ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์; e-mail: thanompong.sat@gmail.com

Original article

Comparison of efficacy and safety between once-daily dosing and divided dosing of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia: a systematic review

Received : 5 November 2020

Revised : 18 May 2021

Accepted : 19 May 2021

Anusara Kraunual, Pharm.D.¹, Thanompong Sathienluckana, BCP.²,

Pholphat Losatiankij, M.D.¹, Suttha Supanya, M.D.¹,

Pornpip Theraratchailert, M.Pharm.¹, Pintusorn Klabkhun, Student Pharm.²

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry¹

Faculty of Pharmacy, Siam University²

Abstract

Objective: To perform systematic review on the efficacy and safety of once-daily dosing in comparison with divided dosing of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia.

Methods: PubMed, EMBASE and Cochrane Library databases were searched for relevant studies using PICO framework, the quality of evidences were assessed by two authors independently using the Cochrane Collaboration's tool for RCT studies and Newcastle Ottawa Scales for cross-sectional studies, any discordances were resolved by a consensus with the third author. The result of study was presented in compliance with PRISMA guideline.

Results: Seven studies (N = 2,224), including six randomized controlled trials (N = 1,240) and a cross-sectional study (N = 984) met the inclusion criteria. Most of the studies that evaluated the effect of risperidone (N = 596), quetiapine (N = 21), perphenazine (N = 257) and clozapine (N = 984) found no difference on the efficacy and safety between once-daily and divided-dosing of antipsychotic. However, in the study using olanzapine, less adverse effects were reported with once-daily dosing, similar to a study of asenapine that reported better outcome and less adverse effects with once-daily dosing.

Conclusion: This systematic review found no inferiority in the efficacy and safety of once-daily doing compared with divided dosing of antipsychotics in patients with schizophrenia. However, a patient with acute or severe psychosis should follow the specific drugs recommendation for doses administration.

Keywords: antipsychotic, divided dosing, once daily dosing, schizophrenia

Corresponding author: Thanompong Sathienluckana; e-mail: thanompong.sat@gmail.com

ความรู้เดิม : ความถี่ของการบริหารยารักษาโรคจิต ถูกกำหนดโดยค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือด ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นแนะนำให้บริหารยาวันละหลายครั้ง ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวแนะนำให้บริหารยาวันละครั้ง

ความรู้ใหม่ : การใช้ยารักษาโรคจิตแบบวันละครั้งกับวันละหลายครั้งไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : สามารถนำการบริหารยาแบบวันละครั้งไปปรับใช้กับผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่หรือผู้ป่วยที่ต้องการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติของการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยมีความชุกชั่วชีวิต (life-time prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1 ของประชากรทั่วไป¹ มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมักจะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคให้ปกติ ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้² หัวใจสำคัญของการรักษาโรคจิตเภทคือ การรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา³ อาจส่งผลให้การรักษาล้มเหลว อาการของโรคกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการใช้ชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีการใช้บริการห้องฉุกเฉินทางจิตเวชสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁴ ผลการทบทวนพบว่า ในประเทศไทยผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองภายในเวลา 5 ปี เท่ากับร้อยละ 81.9 และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สามเท่ากับร้อยละ 78⁵ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศที่ติดตามผู้ป่วยจิตเภทนาน 18 เดือนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหยุดรับประทานยาเองถึงร้อยละ 74⁶ เช่นเดียวกับอีกการศึกษาหนึ่งที่พบว่าเมื่อรับประทานยาไปเป็นระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 ไม่ร่วมมือในการรักษา

ด้วยยา และเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 75 เมื่อผ่านไปเป็นระยะเวลา 2 ปี⁷ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายสาเหตุ เช่น ปฏิเสธความเจ็บป่วย ติดสารเสพติด ไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา ได้รับยาหลายขนาน รับประทานยาวันละหลายครั้งทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม^{4,8,9} จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบริหารยารักษาโรคจิตแบบวันละครั้งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.89, 95% CI: 1.71 - 2.09)¹⁰ การลดความถี่ในการบริหารยารักษาโรคจิต จากการบริหารยาวันละหลายครั้งเหลือเพียงวันละหนึ่งครั้ง สามารถเพิ่มความร่วมมือในการบริหารยาโดยวัดจากอัตราการครอบครองยา (medication possession ratio, MPR) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

หลักการทั่วไปของการบริหารยารักษาโรคจิต แนะนำให้กำหนดความถี่ของการบริหารยาต่อวันจากคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ คือ ค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือด หากเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตในกระแสเลือดยาวจะแนะนำให้บริหารยาวันละครั้ง ส่วนยาที่มีค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือดสั้นจะแนะนำให้บริหารยาวันละหลายครั้ง นอกจากนี้ค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือดแล้ว ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอีกหนึ่งเหตุผลในการกำหนดความถี่ของการบริหารยา ในทางปฏิบัติพบว่าการบริหารยาแบบวันละครั้งโดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา แม้ว่ายาดังกล่าวจะมีคำแนะนำให้บริหารวันละหลายครั้งก็ตาม เช่น clozapine เป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตในกระแสเลือดค่อนข้างสั้น (12 - 16 ชั่วโมง) ในทางทฤษฎีแนะนำให้แบ่งการบริหารยาออกเป็น 2 - 4 ครั้ง/วัน¹² แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าการส่งจ่ายยาแบบวันละครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมาก ตัวอย่างจากรายงานของ the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) ในประเทศแคนาดาจำนวน 676 คน และจาก The Zucker Hillside Hospital (ZHH) ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 308 คน พบว่าประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยได้รับยา clozapine โดยการบริหารยาแบบวันละครั้ง¹²

ปัจจุบันมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบริหารยารักษาโรคจิตด้วยความถี่ที่แตกต่างกันเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดหรือเป็นการศึกษาขนาดเล็ก ทำให้ยังไม่มีข้อสรุปความถี่ในการบริหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยทางคลินิกเพื่อตอบคำถามวิจัยที่ว่า การให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสิทธิผลและความปลอดภัยแตกต่างกันหรือไม่ โดยสืบค้นผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้มาตรฐานและมีความน่าเชื่อถือ จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย PubMed, EMBASE และ Cochrane Library และสืบค้นเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิง หลังจากนั้นคัดเลือกรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อเพื่อสืบค้นงานวิจัยต้นฉบับต่อไป พิจารณาคัดเลือกรายงานวิจัยโดยผู้วิจัย 3 คน คัดเลือกแบบเป็นอิสระต่อกัน หากมีความเห็นขัดแย้งกันจะใช้การตัดสินใจจากความคิดเห็นที่ตรงกันสองในสามหรือความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และรายงานข้อมูลตาม PRISMA guideline¹³

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดเลือกการศึกษาตามระบบ PICO ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้ ประชากรที่ศึกษา (P; patient/population) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) กิจกรรมที่ได้รับ (I; intervention) คือ การใช้ยารักษาโรคจิตวันละครั้ง กลุ่มเปรียบเทียบ (C; comparator) คือ การใช้ยารักษาโรคจิตวันละหลายครั้ง (divided dose) และ ผลลัพธ์การศึกษา (O; outcome) คือ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ค่าที่นำมาใช้ในการสืบค้น ได้แก่ antipsychotic, neuroleptic, psychotic, schizophrenia, once daily, twice daily และ divided dose โดยใช้ AND/OR เป็นคำเชื่อมในการค้นหา

เกณฑ์การคัดเลือกเข้างานวิจัย ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) เป็นงานวิจัยที่ศึกษา

เปรียบเทียบผลของการใช้ยารักษาโรคจิตแบบวันละครั้งและวันละหลายครั้ง 3) เป็นงานวิจัยที่มีการรายงานผลลัพธ์ในด้านของประสิทธิภาพและความปลอดภัย และเกณฑ์การคัดออกงานวิจัย ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษายารักษาโรคจิตที่มีรูปแบบการปลดปล่อยยาที่แตกต่างกัน เช่น immediate release และ controlled release 2) เป็นงานวิจัยที่มีการใช้ยารักษาโรคในแบบยาฉีดออกฤทธิ์นาน (long acting injectable antipsychotic)

ผลลัพธ์ของการศึกษาด้านประสิทธิภาพ ประเมินด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ดังนี้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Clinical Global Impression - Change Scores (CGI-C), Clinical Global Impression - Severity Scores (CGI-S), Drug Attitude Inventory (DAI-10), Global Assessment of function (GAF), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) และ The Quality of Life Scale (QLS) และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ประเมินด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ดังนี้ Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), Barnes Akathisia Scale (BARS), Dosage Record Treatment Emergent (DOTES), Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS), Simpson Angus Neurological Rating Scale (SAS) และ อาการทางคลินิกต่าง ๆ เช่น อาการง่วงนอน

การประเมินคุณภาพงานวิจัย สำหรับงานวิจัยประเภทการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial; RCT) ผู้วิจัยได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยตามแนวทางของ The Cochrane Collaboration's Risk of Bias tool¹⁴ มีการประเมิน 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ การสร้างลำดับของการเข้าร่วมงานวิจัย (sequence generation) การปกปิดกระบวนการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัย (allocation concealment) การปกปิดผู้เข้าร่วมงานวิจัย ผู้ดำเนินการวิจัย และผู้ประเมินผล (blinding of participants, personnel and outcome assessors) จำนวนข้อมูลของผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน (incomplete outcome data) และการเลือก

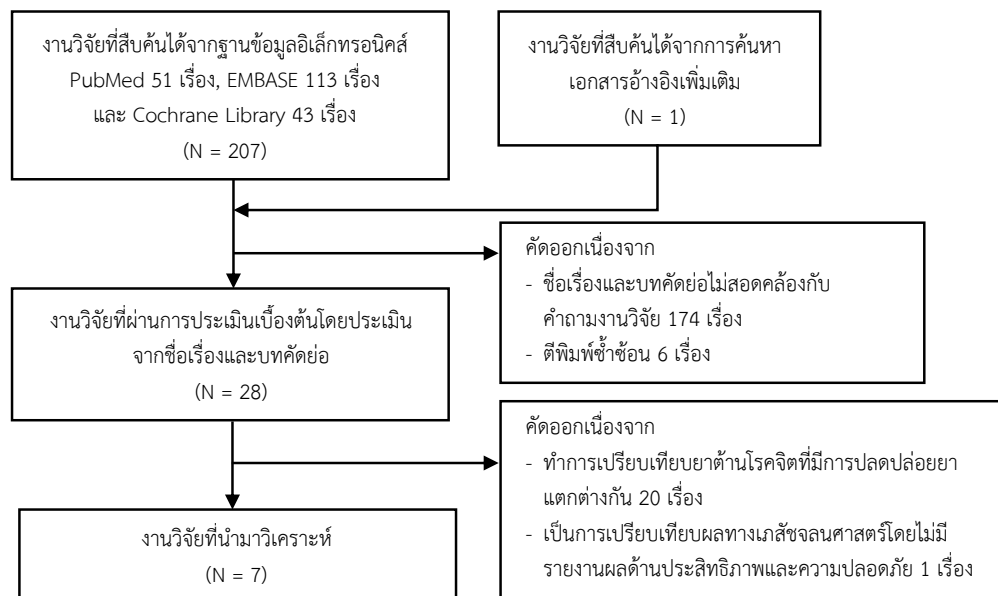
รายงานผลลัพธ์ (selective reporting) ส่วนงานวิจัยประเภทภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผู้วิจัยได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยตามแนวทางของ Newcastle Ottawa Scales for Cross-sectional studies¹⁵ มีการประเมิน 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ การคัดเลือก (selection) การเปรียบเทียบ (comparability) และการวัดผลลัพธ์ (outcome) การประเมินงานวิจัย 1 การศึกษา ใช้ผู้วิจัย 2 คน ประเมินแบบเป็นอิสระต่อกัน หากมีความเห็นขัดแย้งกันจะให้ผู้พิจารณาคนที่ 3 เป็นผู้ตัดสิน

ผล

ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยคำสืบค้นที่กำหนด พบว่ามีงานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 207 การศึกษา จำแนกตามฐานข้อมูลที่สืบค้นคือ PubMed จำนวน 51 การศึกษา EMBASE จำนวน 113 การศึกษา และ Cochrane Library จำนวน 43 การศึกษา และจากการค้นหาเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมจำนวน 1 การศึกษา รวมเป็นงานวิจัยทั้งสิ้น 208 การศึกษา ถูกคัดออกเนื่องจาก

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อไม่สอดคล้องกับคำถามงานวิจัย 174 การศึกษา ตีพิมพ์ซ้ำซ้อน 6 การศึกษา ทำการเปรียบเทียบยารักษาโรคจิตที่มีการปลดปล่อยยาในรูปแบบที่แตกต่างกัน 20 การศึกษา และเป็นการเปรียบเทียบผลทางเภสัชจลนศาสตร์โดยไม่มีรายงานผลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย 1 การศึกษา ดังนั้นจึงเหลืองานวิจัยที่ถูกคัดเข้าวิเคราะห์จำนวน 7 การศึกษา แสดงดังแผนภาพที่ 1

งานวิจัยที่ถูกคัดเข้าจำนวน 7 การศึกษา มีขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมกันทั้งสิ้นจำนวน 2,224 คน แบ่งเป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวางจำนวน 1 การศึกษา เป็นงานวิจัยที่ศึกษา clozapine มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 984 คน และงานวิจัยแบบ RCT จำนวน 6 การศึกษา โดยมีหนึ่งการศึกษาที่ทำการศึกษายารักษาโรคจิต 2 ชนิด แบ่งเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษา risperidone จำนวน 3 การศึกษา (N = 596)¹⁶⁻¹⁸ และ quetiapine (N = 21)¹⁹, perphenazine (N = 257)²⁰, olanzapine (N = 336)¹⁸ และ asenapine (N = 30)²¹ อย่างละ 1 การศึกษา มีระยะเวลาการติดตามผลการรักษาอยู่ระหว่าง 14 วัน ถึง 18 เดือน

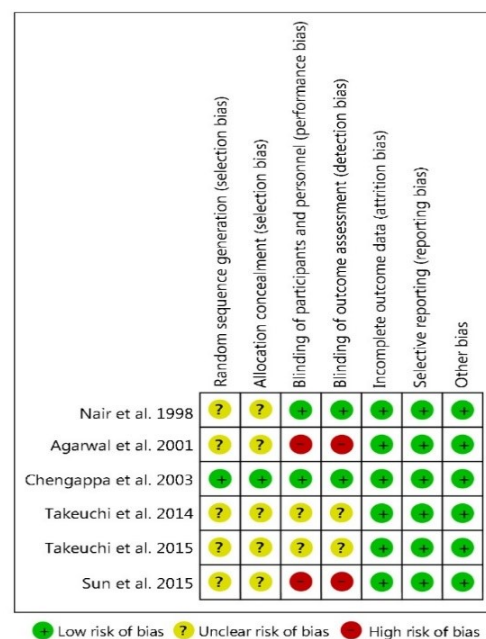


แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

การประเมินอคติงานวิจัย งานวิจัยของการศึกษาประเภท RCT จำนวน 6 การศึกษา พบว่ามี 2 การศึกษาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอคติจากการเลือกปฏิบัติที่ต่างกัน (performance bias) และอคติที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการประเมินผล (detection bias) เนื่องจากทั้ง 2 การศึกษาไม่มีการปกปิดวิธีการดูแลรักษา ได้แก่ การศึกษาเปรียบเทียบ asenapine²¹ ซึ่งมีรูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบเปิด (open-label trial) และการศึกษาเปรียบเทียบ risperidone¹⁷ ที่มีรูปแบบของการให้สิ่งทดลองแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม คือให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองรับประทานยาวันละครั้งหลังอาหารเช้า ในขณะที่กลุ่มควบคุมรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็นส่งผลให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยผู้ดำเนินการวิจัย และผู้ประเมินผลทราบว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยถูกสุ่มให้ได้รับยาในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ส่วนอีก 2 การศึกษา^{18,20} เป็นการศึกษาที่เป็นการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) จากการศึกษาอื่นเข้ามาทำการศึกษา จึงไม่มีการอธิบายรูปแบบของการให้สิ่งทดลอง ระบุเพียงแค่ว่าเป็นการศึกษาแบบปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (double blind) ผู้วิจัยจึงประเมินเป็นระดับ unclear risk of bias มีเพียง 2 การศึกษา^{16,19} เท่านั้นที่มีการอธิบายชัดเจนว่าเป็นการศึกษาแบบปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (double blind) โดยใช้วิธี dummy method คือในกลุ่มที่ได้รับยาวันละครั้ง จะได้รับยาจริง 1 มื้อ ส่วนอีกมื้อจะได้รับเป็นยาหลอก (placebo) นอกจากนี้ยังพบว่ามี 5 การศึกษา^{16,18-21} ที่ไม่ได้อธิบายเกี่ยวกับวิธีการสร้างลำดับของผู้เข้าร่วมการศึกษา (random sequence generation) และการปกปิดวิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (allocation concealment) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมได้ (selection bias) ผู้วิจัยจึงประเมินเป็นระดับ unclear risk of bias แสดงดังแผนภาพที่ 2 และจากการประเมินอคติงานวิจัยของการศึกษาประเภทภาคตัดขวางจำนวน 1 การศึกษา¹² พบว่า ในหัวข้อการคัดเลือก (selection) การศึกษานี้ได้ 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างแท้จริงและ

มีโอกาสถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน หัวข้อการเปรียบเทียบ (comparability) ได้ 0 คะแนนจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน เนื่องจากพบว่าลักษณะ baseline characteristic ระหว่าง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลาย หัวข้อร่วมกับไม่ได้มีการอธิบายเกี่ยวกับการควบคุมตัวแปรกวน และหัวข้อการวัดผลลัพธ์ (outcome) ได้ 1 คะแนนจากคะแนนเต็ม 3 คะแนน เนื่องจากไม่มีคำอธิบายว่าการประเมินผลลัพธ์นั้นเป็นการประเมินแบบเป็นอิสระต่อกัน เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล หรือเป็นการรายงานด้วยตนเอง แสดงดังตารางที่ 1

ด้านประสิทธิภาพ พบว่าการรับประทาน risperidone, quetiapine, perphenazine และ clozapine แบบวันละครั้งเปรียบเทียบกับวันละสองครั้งไม่มีความแตกต่างกันของผลลัพธ์ทางด้านประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่างจากการศึกษาของ asenapine ที่พบว่าการรับประทานยาวันละครั้งมีประสิทธิภาพในการลดระดับคะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีอัตราการใช้ยาที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้ง



แผนภาพที่ 2 อคติที่พบในการศึกษาประเภท RCT

ตารางที่ 1 อคติที่พบในการศึกษาประเภท cross-sectional study

ประเด็นการประเมินคุณภาพ	Takeuchi H, et al. ¹²
selection (maximum****)	
1. representativeness of the sample (*)	*
2. justified sample size (*)	*
3. non-respondents (*)	*
4. ascertainment of the exposure (risk factor) (**)	**
comparability (maximum**)	
1. the subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. confounding factors are controlled. (**)	-
outcome (maximum***)	
1. assessment of the outcome (**)	-
2. statistical test (*)	*

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ olanzapine พบว่าการรับประทานยาวันละครั้งมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกำเริบของโรคจิตเภทจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .016$) แสดงดังตารางที่ 2

ด้านความปลอดภัย พบว่าการรับประทาน asenapine, olanzapine และ risperidone วันละครั้ง เกิดอาการไม่พึงประสงค์บางชนิดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับยา asenapine วันละครั้งมีอาการง่วงนอนตอนกลางวันต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{mean} \pm \text{SD} = 1.1 \pm 0.1$ vs 1.3 ± 0.2 , $p < .05$) นอกจากนั้นยังพบว่าอาการง่วงนอนตอนกลางวันในกลุ่มที่ได้รับยา asenapine วันละสองครั้ง รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันจนไม่สามารถทนอาการข้างเคียงดังกล่าวได้ และถอนตัวจากการศึกษาเป็นจำนวน 3 ราย ในขณะที่ quetiapine, perphenazine และ clozapine รับประทานแบบวันละครั้งเทียบกับวันละสองครั้งไม่มีความแตกต่างกันของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน olanzapine พบว่าการให้ยาวันละครั้งมีอาการไม่พึงประสงค์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายด้าน ได้แก่ อาการง่วงนอน

(36.1% vs 47.9%, $p = .036$) อาการหน้ามืดจากภาวะความดันต่ำ (16.0% vs 26.3%, $p = .023$) และคะแนน Barnes Akathisia Rating Scale (BARS) ซึ่งใช้ในการประเมินอาการกระวนกระวาย ไม่หยุดนิ่ง (akathisia) ($p = .015$) และ 1 การศึกษาจาก 3 การศึกษาที่ได้รับ risperidone วันละครั้ง ส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .015$)

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบฉบับแรกที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยระหว่างการให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งและวันละหลายครั้งในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการศึกษาจำนวน 5 จาก 7 การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้ยารักษาโรคจิตแบบวันละครั้งกับวันละหลายครั้งไม่มีความแตกต่างกันในด้านประสิทธิภาพ และ 4 จาก 7 การศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันด้านความปลอดภัย ส่วนการศึกษาที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยารักษาโรคจิตแบบวันละครั้งกับวันละหลายครั้ง คือการศึกษาของ asenapine ที่พบว่า การใช้ยาวันละครั้งมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่ดีกว่าการใช้ยาวันละสองครั้ง อาจเนื่องมาจาก asenapine

ตารางที่ 2 ลักษณะของงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก^{11,15-20}

การศึกษา, ปี	รูปแบบงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	N	การให้ทดลอง		การวัดผลลัพธ์	ผลการศึกษา
				กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
Nair NP, et al., 1998 ¹⁵	RCT	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังหรือกึ่งเรื้อรังตามเกณฑ์ของ DSM-III ซึ่งมาด้วยอาการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (PANSS > 80) อายุระหว่าง 18 - 65 ปี	211	Risperidone 8 mg once daily (8 mg/day)	Risperidone 4 mg twice daily (8 mg/day)	PANSS, BPRS, CGI-S, CGI-C, อาการไม่พึงประสงค์ เช่น ERS	ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า total PANSS (p = .42), BPRS (p = .70), CGI-S (p > .05), CGI-C (p > .05), ERS cluster (p > .05) และการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ยกเว้น anxiety โดยพบว่าในกลุ่ม once daily เกิดอาการ anxiety น้อยกว่ากลุ่ม twice daily อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .015)
Agarwal V, et al., 2001 ¹⁶	RCT	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท	44	Risperidone 4 - 8 mg/day once daily	Risperidone 4 - 8 mg/day twice daily	PANSS, CGI, อาการไม่พึงประสงค์ เช่น DOTES	ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า PANSS, CGI และอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ
Chengap-pan KN, et al., 2003 ¹⁸	RCT	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทหรือ โรคจิตอารมณ์ ตามเกณฑ์ของ DSM-IV อายุระหว่าง 18 - 65 ปี	21	Quetiapine 400 - 600 mg/day once daily	Quetiapine 400 - 600 mg/day twice daily	PANSS, CGI, HDRS, GAF, อาการไม่พึงประสงค์ เช่น AIMS, BARS, SAS	ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า PANSS, CGI, HDRS, GAF และอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ
Takeuchi H, et al., 2014 ¹⁹	RCT	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-IV อายุระหว่าง 18 - 65 ปี	257	Perphenazine 8 - 32 mg/day once daily	Perphenazine 8 - 32 mg/day twice daily	discontinuation rate, time to discontinuation, PANSS, CGI-S, CDSS, DAI-10, อาการไม่พึงประสงค์ เช่น AIMS, BARS, SAS	ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า discontinuation rates, time to discontinuation, PANSS (p = .34), CGI-S (p = 0.92), CDSS (p = .42), DAI-10 (p = .34) และ อาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ
Takeuchi H, et al., 2016 ¹¹	cross sectional	ผู้ป่วยในและนอกที่รักษาที่ CAMH และ ใ้ยา clozapine ในเดือนตุลาคม 2558	676	Clozapine once daily	Clozapine twice daily	prescribed pattern	prescribed once daily 75.1%
		ผู้ป่วยนอกที่รักษาที่ ZHH และได้ยา clozapine ในเดือนกันยายน 2558	308			prescribed pattern, BPRS	prescribed once daily 74.4%, ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า BPRS positive symptom remission (p = 1.00)

การศึกษา, ปี	รูปแบบงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	N	การให้ทดลอง		การวัดผลลัพธ์	ผลการศึกษา
				กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
Takeuchi H, et al., 2015 ¹⁷	RCT	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-IV อายุระหว่าง 18 - 65 ปี	341	Risperidone 1.5 - 6.0 mg/day once daily	Risperidone 1.5 - 6.0 mg/day twice daily	discontinuation rate, time to discontinuation, PANSS, CGI-S, CDSS, DAI-10, QLS, อาการไม่พึงประสงค์ เช่น AMS, BARS, SAS	ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า discontinuation rate, time to discontinuation, PANSS (p = .377), CGI-S (p = .912), CDSS (p = .337), DAI-10 (p = .273), QLS (p = .328), AIMS (p = .617), BARS (p = .425), SAS (p = .896) และอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ
		ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-IV อายุระหว่าง 18 - 65 ปี	336	Olanzapine 7.5 - 30 mg/day once daily	Olanzapine 7.5 - 30 mg/day twice daily		ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่า discontinuation rate, time to discontinuation, PANSS (p = .947), CGI-S (p = .913), CDSS (p = .297), DAI-10 (p = .767), QLS (p = .954), AIMS (p = .384) และ SAS (p = .780) ยกเว้น อาการไม่พึงประสงค์บางอย่างที่พบในกลุ่ม once-daily ต่ำกว่า ได้แก่ sleepiness (p = .036), orthostatic faintness (p = .023), BARS (p = .015) และ rate of hospitalization for exacerbation of schizophrenia (p = .016)
Sun X, et al., 2015 ²⁰	RCT	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทหรือ โรคจิตอารมณ์ ซึ่งมาด้วยการกำเริบของโรคเฉียบพลัน อายุระหว่าง 20 - 61 ปี	30	Asenapine 10 mg once daily (10 mg/day)	Asenapine 5 mg twice daily (10 mg/day)	overall acceptance by Likert scale, BPRS, อาการไม่พึงประสงค์	overall acceptance ในกลุ่มที่ได้รับยาวันละครั้งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้ง (p < .05), BPRS ในกลุ่มที่ได้รับยาวันละครั้งลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาวันละสองครั้ง (p < .05) และอาการไม่พึงประสงค์ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น daytime sleepiness ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบ once-daily เกิดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

AIMS = Abnormal Involuntary Movement Scale, BARS = Barnes Akathisia Scale, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale, CDSS = Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CGI-S = Clinical Global Impression - Change Scores, CGI-S = Clinical Global Impression - Severity Scores, DOTES = Dosage Record Treatment Emergent Symptom Scale, DAI-10 = Drug Attitude Inventory, DSM = The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ESRS = Extrapyramidal Symptom Rating Scale, GAF = Global Assessment of function, HDRS = Hamilton Depression Rating Scale, PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale, RCT = randomized controlled trial, SAS = Simpson Angus Neurological Rating Scale, QLS = The Quality of Life Scale

มีค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือดที่ค่อนข้างนาน (24 ชั่วโมง)²¹ จึงสามารถให้ยาวันละครั้งได้และทำให้ผู้ป่วยยอมรับการให้ยาที่ดีกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ เป็นการศึกษาขนาดเล็ก (n = 30) เป็นการศึกษาแบบเปิด (open-label trial) และมีระยะเวลาการศึกษาเพียง 2 สัปดาห์ ในขณะที่การศึกษาของ olanzapine พบว่า การให้ยาวันละครั้งและวันละสองครั้งมีอัตราการหยุดยาจากทุกสาเหตุไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ได้รับ olanzapine วันละสองครั้งเกิดอาการไม่พึงประสงค์และมีอัตราการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากอาการกำเริบมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับยาวันละครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับคำแนะนำตามเอกสารกำกับยาที่ระบุให้ใช้ olanzapine วันละครั้งเนื่องจากมีค่าครึ่งชีวิตในกระแสเลือดที่นาน²² ในขณะที่ยารักษาโรคจิตชนิดอื่น ๆ ในการศึกษาที่ถึงแม้ว่าจะมีค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือดสั้นและมีคำแนะนำในทางทฤษฎีให้ใช้ยาแบบวันละหลายครั้ง กลับพบว่าการให้ยาวันละครั้งเทียบกับการให้ยาวันละสองครั้งมีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากทฤษฎีที่พบว่า ค่าครึ่งชีวิตของยาในสมอง (brain half-life) และฤทธิ์ในการยับยั้งตัวรับโดปามีน (D2 receptor) ในสมองอาจมีค่ายาวนานกว่าค่าครึ่งชีวิตของยาในกระแสเลือด ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Takano และคณะ²³ ซึ่งพบว่าในการให้ risperidone 4 mg เมื่อเวลาผ่านไป 40 ชั่วโมง ระดับ risperidone และ active metabolite (9-hydroxy risperidone) มีระดับยาในกระแสเลือดที่ต่ำมาก ในขณะที่ฤทธิ์ในการจับกับตัวรับโดปามีนซึ่งเป็นเป้าหมายในการออกฤทธิ์ยังอยู่ในระดับที่ให้ผลการรักษา ดังนั้น ในการกำหนดความถี่ในการบริหารยา อาจพิจารณาจากคุณสมบัติของยาทั้งค่าครึ่งชีวิตในกระแสเลือดและระยะเวลาที่ยังสามารถจับกับตัวรับโดปามีนในระดับที่ให้ผลการรักษา (time-course D2 occupancy)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการค่อนข้างคงที่^{12,17-20} ดังนั้น หากจะนำการบริหารยาแบบวันละครั้งไปปรับใช้ทางคลินิก ควรเลือกใช้

เฉพาะในผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่แล้ว หรือนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยนอกที่ขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเนื่องจากการรับประทานยาวันละหลายครั้ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเพิ่มความสะดวกและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แต่หากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกำเริบเฉียบพลันหรือเป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรบริหารยาตามคำแนะนำตามเอกสารกำกับยาของยาแต่ละชนิด เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มากเพียงพอ

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่ ระเบียบวิธีวิจัยและผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษาที่คัดเข้าค่อนข้างแตกต่างกันจึงไม่สามารถนำมาผลลัพธ์ดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ได้ ส่งผลให้การนำมาประยุกต์ใช้ค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ บางการศึกษาที่คัดเลือกเข้ามายังมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ค่อนข้างน้อย หรือเป็นการศึกษาที่เป็นการศึกษาวิเคราะห์กลุ่มย่อย จึงอาจทำให้มีอำนาจทางสถิติ (statistical power) ไม่เพียงพอ และเนื่องจากงานวิจัยในหัวข้อดังกล่าวมีจำนวนค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงนำการศึกษาเรื่องดังกล่าวมาทั้งหมดโดยไม่กำหนดระยะเวลาตีพิมพ์ในเกณฑ์การคัดเข้า ส่งผลให้บางการศึกษาที่ถูกคัดเข้าค่อนข้างเก่า ข้อเสนอแนะ คือควรมีการศึกษาวินิจฉัยเพิ่มเติมในประเด็นนี้โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ มีระเบียบวิธีวิจัยที่มีมาตรฐาน เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอในการทบทวนวรรณกรรมในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการค่อนข้างคงที่ การให้ยารักษาโรคจิตวันละครั้งมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่ไม่แตกต่างหรืออาจสูงกว่าการให้ยาวันละหลายครั้ง จึงอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จากความไม่สะดวกที่ต้องรับประทานยาวันละหลายครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกำเริบเฉียบพลัน หรือมีอาการค่อนข้างรุนแรงยังคงควรได้รับการบริหารยาตามคำแนะนำที่กำหนดของยาแต่ละชนิด

เอกสารอ้างอิง

1. มันทนา กิตติพิรัช, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิสัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) [Handbook of care for people with schizophrenia for hospitals in health districts (doctor's version)]. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-a review of the past decade. *Eur Psychiatry*. 2012 Jan;27(1):9-18. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.005.
3. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(2): 211-9. doi:10.1177/0091217416636601.
5. ปธานนท์ ขวัญสนิท, มานิต ศรีสุรภานนท์. ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย [The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2561;26(1):50-62.
6. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353(12):1209-23. doi:10.1056/NEJMoa051688.
7. Keith SJ, Kane JM. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(11):1308-15. doi:10.4088/jcp.v64n1105.
8. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;3(4):200-18. doi:10.1177/2045125312474019.
9. Sooksompong S, Udomittipong D, Losatiankij P. Factors associated with relapse in first episode psychosis. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2016;61(4): 331-40.
10. Medic G, Higashi K, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Kahn RS. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9: 119-31. doi:10.2147/NDT.S39303.
11. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Valenstein M. Dosing frequency and adherence to antipsychotic medications. *Psychiatr Serv*. 2008;59(10):1207-10. doi:10.1176/ps.2008.59.10.1207.
12. Takeuchi H, Powell V, Geisler S, DeSanti M, Fervaha G, Agid O, et al. Clozapine administration in clinical practice: once-daily versus divided dosing. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(3):234-40. doi:10.1111/acps.12593.
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
14. Higgins JP, Altman DG, Sterne JA. Assessing risk of bias in included studies. In *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.2.0* [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2017. pp. 8.1-8.73. [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://training.cochrane.org/sites/training.cochrane.org/files/public/uploads/resources/Handbook5_1/Chapter_8_Handbook_5_2_8.pdf
15. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. Newcastle-Ottawa quality assessment scale (adapted for cross sectional studies) [Internet]. Ottawa Hospital Research Institute. 2000. [cited 2020 Sep 1]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?type=supplementary&id=info:doi/10.1371/journal.pone.0147601.s001>

16. Nair NP. Therapeutic equivalence of risperidone given once daily and twice daily in patients with schizophrenia. The Risperidone Study Group. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18(2):103-10. doi:10.1097/00004714-199804000-00002.
17. Agarwal V, Chadda RK. Once daily risperidone in treatment of schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 2001;43(1):32-5. PMID:21407835.
18. Takeuchi H, Fervaha G, Lee J, Agid O, Remington G. Effectiveness of different dosing regimens of risperidone and olanzapine in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(3):295-302.
19. Chengappa KN, Parepally H, Brar JS, Mullen J, Shilling A, Goldstein JM. A random-assignment, double-blind, clinical trial of once- vs twice-daily administration of quetiapine fumarate in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *Can J Psychiatry*. 2003;48(3):187-94. doi:10.1177/070674370304800307.
20. Takeuchi H, Fervaha G, Uchida H, Suzuki T, Bies RR, Grönte D, et al. Impact of once- versus twice-daily perphenazine dosing on clinical outcomes: an analysis of the CATIE data. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(5):506-11. doi:10.4088/JCP.13m08695.
21. Sun X, Hamer R, McEvoy J. Asenapine once daily versus twice daily: impact on patient acceptance in a randomized, open-label, 14-day clinical trial. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(7):992-3. doi:10.4088/JCP.14l09206.
22. Zyprexa (Olanzapine) Label [Internet]. Indianapolis (USA): Eli Lilly and Company; 2009. [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/020592s062021086s040021253s048lbl.pdf
23. Takano A, Suhara T, Ikoma Y, Yasuno F, Maeda J, Ichimiya T, et al. Estimation of the time-course of dopamine D2 receptor occupancy in living human brain from plasma pharmacokinetics of antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2004;7(1):19-26. doi:10.1017/S1461145703003912.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้นิพนธ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์อย่างเคร่งครัด** ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์จะได้รับการตรวจหาต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้นิพนธ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ : ชื่อเรื่อง (title) บทคัดย่อ (abstract) และคำสำคัญ (key words) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) และเอกสารอ้างอิง (references)

3. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : systematic review) เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีองค์ประกอบดังนี้ : บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

5. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข

การเตรียมต้นฉบับ

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht>

โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ด้วยวุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้นิพนธ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้นิพนธ์ที่

ทั้งนี้การพิจารณาล้นกรองบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะทบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด **ยกเว้นชื่อเฉพาะ** ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p < .01$, $p = .10$

3. บทคัดย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทคัดย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจัย สรุป **ไม่เกิน 300 คำ** ใช้ภาษารัดกุม ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3 - 5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK

หรือ Angsana UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่ต้องจัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ** (ไม่รวมใบนำส่ง) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) **บทนำ** คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) **วิธีการ** คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระเบียบการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) **สรุป** ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) 7) **การตอบคำถามสั้น ๆ** 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพ 3 - 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX¹ การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX^{1,2} การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX⁵⁻⁷ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น

และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า (สำหรับวารสารที่จัดพิมพ์โดยมีเลขหน้าต่อเนื่องกันตลอด Volume ไม่ต้องใส่เดือนและฉบับที่พิมพ์)

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)

Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. Curr Opin Psychiatry. 2017;30:247-52.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยมต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang cave rescue]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26:152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษเช่นเดียวกันกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. Siriraj Med J. 2015;67:8-13.

1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;292:828-36.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl 1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996;347:1770.

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma Treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76:482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol. 1990;15: 437-58. Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ [Motivational counseling]. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2555.

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

World Health Organization, Regional Office for South- East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 153-65.

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of female adolescent as mothers]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรพรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998.

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระการผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. หรือ [อินเทอร์เน็ต]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. หรือ [สืบค้นเมื่อ วัน เดือน(ย่อ) ปี พ.ศ.]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาภาษาอังกฤษใช้คำว่า Available from: ภาษาไทยให้ใช้คำว่า จาก: ใส่ URL หลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย . ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย /

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplusdictionary.html>

4.2 โชมเพจ/เว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\ [อินเทอร์เน็ต].\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์\ปีพิมพ์\ [สืบค้นเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ)\ปี].\จาก:\URL

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เตรียมตัวรับมือ Cyberbullying [Prepare for Cyberbullying] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2564]. จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/53960-เตรียมตัวรับมือ%20Cyberbullying.html>

World Health Organization. Depression: Let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

วฤตดา หาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. แก้ไขและเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2543. Cystitis; น. 89.

รายละเอียดการเขียนอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ ดูได้จาก:

https://drive.google.com/open?id=1ZsuBJ70USzjvR5mkamXCWOKYn-D_5cl

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้



การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (Register) สร้าง Username/Password และสร้าง Profile
2. การส่งบทความ (Submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract,

Keyword, References

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (Revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/information/authors>

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 66 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2564

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษาความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนแบบทดสอบ Number Sets Test ฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยเด็กโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่านสะกดคำ ที่มีและไม่มีภาวะบกพร่อง ด้านการคำนวณร่วม ชรรชด สัชนบดี, มนต์ สูงประสิทธิ์	3
ค่าดัชนีความสามารถด้านการตั้งใจการมีสมาธิของแบบทดสอบเชาว์ปัญญา WISC-III ในเด็กสมาธิสั้น หัฐสุกร สำเร็จดี, ชณติพร ชลไพร, รสมา สมไชย, จินตนา สิงขรอาจ, กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม	15
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในครูโรงเรียนเอกชน ประจำหญิงล้วนแห่งหนึ่ง กชวรรณ พลอยทับทิม, ณภัทรวรรณ บัวทอง, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ปรีชวัน จันทศิริ	25
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงานของพนักงานสอบสวน ในสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล ณิชาภัทร อัมพรณี	39
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร นิธินี รุจิรังสีเจริญ, นิดา ลิ้มสุวรรณ, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, บุญญิณี ยงย่วน	53
ผลของการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มที่มีต่อระดับความเครียดและการดูแลและ การทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเชาว์ปัญญาบกพร่อง ปรารภนา รัตนถิรวรรณ, พลิศรา ธรรมโชติ, สุวรรณี พุทธิศรี	69
ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ ในนักศึกษาแพทย์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โสธิดา บุญธรรม, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, วรณา กลกิจไกวินท์	81
รายงานผู้ป่วย	
Dissociative amnesia และการรักษาในวัยรุ่น: รายงานผู้ป่วย 1 ราย กษมา เทพรักษ์	97
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)	
สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย	

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



- 1 คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- 2 Template รูปแบบการเขียนบทความ
- 3 หนังสือรับรองการส่งบทความ/ผลการวิจัย (ใบนำส่ง)
- 4 ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์

อ่านบทความและส่งบทความได้ทาง:
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht