



นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานคร

สาวตรี แสงสว่าง*, ประเทือง สะออสวรรณ*,
อัญชลี ศรีสุพรรณ*, กาญจนา สุกใจ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานคร

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2557 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุม 29 คน และกลุ่มทดลอง 27 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ และคณะ ตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus and Dreyfus 2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช และ 4) แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงอนุมาน Unpaired t-test

ผล : ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการอยู่บ้านเท่ากับ 126.41 วัน และกลุ่มทดลองเท่ากับ 233.78 วัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถอยู่บ้านได้นานกว่ากลุ่มควบคุม 107.37 วัน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบร้อยละ 74.07 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.93$) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกละเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 46.28$, $SD = 16.12$)

สรุป : โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในกรุงเทพมหานคร เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้โดยไม่รู้สึกละเป็นภาระมากเกินไป

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยจิตเภท, ระยะเวลาการอยู่บ้าน



THE EFFECTIVENESS OF HOME HEALTH CARE PROGRAM ON LENGTH OF HOME STAY IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN BANGKOK

Sawitree saengsawang, Prathaung Laorsuwan*,
Ancharee Srisuphan*, Kanchana Sutchai**

Abstract

Objective : To study the effectiveness of home health care program on length of home stay in schizophrenia patients in Bangkok.

Material and method : This was quasi-experimental study on two group with pre and post-test design. The subjects which selected by purposive sampling and then divided into control and experimental group were 56 schizophrenic patients who readmitted within 28 days at somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during October 2013 - September 2014, and they live in Bangkok. The control group received treatment as usual. The experimental group received Home Health Care program. The instruments were the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Quality of life measurement of psychiatric patients, the burden of care questionnaire, and length of home stay. The data were analyzed using descriptive statistics for mean, percentage and comparative data on length of home stay of control and experimental group using inferential statistics for unpaired t-test.

Results : After home health care program, The mean score of length of home stay among control group was 126.41 days while the experimental group was 233.78 days. It revealed that length of home stay among experimental group was significantly longer than those of control group 107.37 days ($p = 0.005$). The patients who received program had decrease psychotic symptoms (74.07%) and high quality of life level ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.93$). Their care givers had moderate burden of care ($\bar{x} = 46.28$, $SD = 16.12$).

Conclusion : Findings suggested that this Home Health Care program in Bangkok should be recommended to train family and patients for schizophrenic patients caring skill development including community and health center participation. This could help schizophrenia patients and caregivers ability increasing both sustainable living and good quality of life without burden feeling.

Keywords : home health care, length of home stay, schizophrenia patient

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีอาการกำเริบได้บ่อย¹ จากการสำรวจปัญหาทางสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคจิตเวชพบได้ร้อยละ 14.3 โดยมีความชุกของโรคจิตร้อยละ 0.5² และการศึกษาภาระโรค (DALY) ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคอันดับที่ 18 ในเพศชาย และ 19 ในเพศหญิงที่ทำให้เกิดทุพพลภาพมากที่สุด³ อีกทั้งประชากรในชุมชนมีความรู้สึกลในด้านลบต่อโรคจิตเภทและกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติดมากที่สุด⁴ เพราะรู้สึกว่าบุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้และเป็นอันตรายต่อชุมชน ผลจากอคตินี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรังเกียจและไม่มารักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีอาการกำเริบและส่งผลกระทบต่อชีวิตของครอบครัวและชุมชนมากขึ้น^{4,5} ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล การเฝ้าระวัง และการควบคุมอาการอย่างสม่ำเสมอ¹ ฉะนั้นสิ่งที่สำคัญคือการสร้างระบบชุมชนที่สามารถช่วยผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้นานที่สุด การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน⁶

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัวได้⁷ ซึ่งหน่วยบริการ

ปฐมภูมิมีจุดเน้นสำคัญในบริการครอบครัวและชุมชน⁸ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นวิธีการบำบัดทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างหนึ่งที่ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน⁹ โดยมีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข โดยมีพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงานในชุมชน เป็นการดูแลและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งนำปัญหามาวางแผนแก้ไขร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น¹⁰

กรุงเทพมหานคร เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ มีความหลากหลายและแตกต่างกันของประชากร สมาชิกในชุมชนต้องอยู่ภายใต้ภาวะกดดัน และส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัย ทำให้มีความผูกพันกันน้อย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบได้ง่าย¹¹ ด้านสาธารณสุขนั้นเป็นหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข ลำานกอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นพี่เลี้ยงในการทำงาน เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครอย่างครบวงจร แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และระบบการดูแลเดิมเป็นแบบตั้งรับอยู่ภายในสถาบันเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในบ่อยจนเกิดความแออัดสถาบันฯ จึงได้พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขสุขอย่างเป็นรูปแบบตั้งแต่ปี 2552 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินประสิทธิผลของระบบนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นการประเมินและนำไปพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกรุงเทพมหานครให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และอาศัยอยู่ใน

กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วันในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2557 ทุกคน ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร่วมกับการพบแพทย์ตามนัด และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยการพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยรายบุคคลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการอยู่บ้านก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยระยะเวลาการอยู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมนับจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนจนถึงวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ และระยะเวลาการอยู่บ้านหลังเข้าโปรแกรมนับจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้จนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลในครั้งถัดไปหรือจนครบ 1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹² ซึ่งได้พัฒนาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ¹³ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus and Dreyfus¹⁴ ประกอบด้วยกิจกรรม

6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 เป็นการแนะนำและตกลงบริการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากสถาบันฯ และครั้งที่ 3 - 6 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี โดยการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหาและการช่วยเหลือ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาและอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิต ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต จากทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และพยาบาลจิตเวชจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแล้ว

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham¹⁵ และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติรัตน์ไพบุลย์¹⁶ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้

คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมมากที่สุด มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 1 - 4 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีเลยถึงตลอดเวลา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีการแปลผลเป็นการหาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.28 - 4.00 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 2.52 - 3.27 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.51 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ซึ่งมีสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 มีการแปลผลเป็นการหาร้อยละคะแนนความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ร้อยละ 81 - 100 หมายถึงความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมากที่สุด

ร้อยละ 61 - 80 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 41 - 60 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 21 - 40 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 0 - 20 หมายถึง
ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Unpaired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผล

ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เข้าภายใน 28 วัน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 - กันยายน 2557 มีทั้งหมด 56 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน โดยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 40.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 85.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 77.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40.7) สำหรับกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยพบว่า

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.9) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 41.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 86.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 79.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายเท่าๆ กัน (ร้อยละ 34.5) ดังตารางที่ 1

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อยร้อยละ 74.07 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.93$) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 46.28$, $SD = 16.12$) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของกลุ่มทดลองนานกว่ากลุ่มควบคุม 107.37 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาดังตารางที่ 3

อภิปราย

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ได้รับการพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะการจัดการกับภาวะโรค การดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาภายใน 28 วัน (n = 56)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 29)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	66.7	20	68.9
หญิง	9	33.3	9	31.1
อายุ				
17 - 29 ปี	7	25.9	6	20.7
30 - 39 ปี	11	40.7	12	41.4
40 - 49 ปี	6	22.3	8	27.5
50 - 59 ปี	3	11.1	3	10.4
สถานภาพสมรส				
โสด	23	85.2	25	86.2
สมรส	3	11.1	2	6.8
หม้าย/หย่า/แยก	1	3.7	2	6.8
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	6	22.3	6	20.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	77.7	23	79.3
การศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	22.3	10	34.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	40.7	10	34.5
อุดมศึกษา	9	33.3	6	20.7
ไม่ระบุ	1	3.7	3	10.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินอาการทางจิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การประเมิน	จำนวน (n = 27)	ร้อยละ
อาการทางจิตสงบ (BPRS < 36)	20	74.07
	ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\bar{x}$)	SD
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	2.87	0.93
ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย	46.28	16.12

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท

	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่บ้าน (วัน)		95% CI	p-value
	กลุ่มทดลอง (SD)	กลุ่มควบคุม (SD)		
ก่อนการทดลอง	14.30 (9.35)	13.97 (8.15)	-4.36, 5.02	0.888
หลังการทดลอง	233.78 (147.33)	126.41 (126.34)	33.98, 180.74	0.005*

* p -value < 0.05

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับโปรแกรม จึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ อีกทั้ง ในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินปัญหา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิต ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือจากทีมเยี่ยมบ้านจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย และทีมเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและอยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วย เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมธา พันธุ์รัมย์¹⁹ และ David²⁰ ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลและชุมชนสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลในชุมชน และแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สามารถสร้างความร่วมมือในการ

รักษาของผู้ป่วยได้

โปรแกรมการดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับนั้นเป็นโปรแกรมระยะยาว มีการติดตามไปเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ควบคุมอาการทางจิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในชุมชนและอยู่บ้านได้นานขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของอมราศิริกุล²¹ ที่พบว่าการใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และครอบครัวมีความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่มีอาการกำเริบ และการศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชในประเทศบราซิลสามารถลดจำนวนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลงได้²²

สรุป

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในกรุงเทพมหานคร เป็นการพัฒนาทักษะการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยให้ญาติดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และตัวผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถอยู่ในสังคมได้นานขึ้น

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนแบบย้อนหลังซึ่งอาจทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทในจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิ ย์อนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2547.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วชิระ เฟื่องจันทร์, วรวรรณ จูหา. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556; 21(1): 14-23.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; 2555.
4. Crisp AH, Gelder MG. Stigmatization of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000; 177: 4-7.
5. Bhugra D. Attitudes towards mental illness; a review of the literature. Acta Psychiatr Scand 1989; 80: 1-12.
6. อรุณี โสถถิวนิชย์วงศ์, นิตยา สุริยะพันธ์. ผลการใช้โปรแกรม PDSO ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2554; 12(2): 22-7.
7. ณัฐธิญา โสพิศพรมงคล, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2558; 29(1): 139-50.
8. ปราณี ประไพวัชรพันธ์. คู่มือการดูแลครอบครัวสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นครราชสีมา: มปท.; 2554
9. สุวนีย์ เกียรติแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2545.
10. ประภาส อนันดา, จริญญา ทองเอนก. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 20(1): 1-8.
11. สิ้นเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. ความสุขของโรคจิตเวชในสังคมเมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสวนปรุง 2559; 32(1): 32-46.
12. กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. คู่มือปฏิบัติการรายกรณี สำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2551.
13. กัทรากรณ์ หุ่นปั้นคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, เชียงใหม่; 2548.
14. Tungpunkom P. Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving. [Ph.D. thesis]. San Francisco: University of California; 2000.

15. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
16. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
17. กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555; 26(3): 28-40.
18. นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
19. เมธา พันธุ์รัมย์. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาดเดียว อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. [online]. Available from: <http://203.157.162.13/~nonghong/modules.php?name=News&file=article&thold=-1&mode=flat&order=0&sid=9> [2015 Nov 26].
20. David MC, Wendy E. Thinking outside the pillbox - medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med* 2010; 362: 1553-55.
21. อมรา ศรีกุล. การใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิดหวาดระแวง. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร* 2556; 28(1): 81-92.
22. Hassain HAA, Tarada M, Redha M, Sequeira RP. Evaluation of community psychiatric-home visit treatment versus outpatient treatment of chronic schizophrenia patients in Bahrain. *The Arab Journal of Psychiatry* 2009; 20(1): 34-41.



นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์รูปแบบการใช้ยาในผู้ป่วยที่เกิด กลุ่มอาการนิโรเล็ปติกโดยใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์

ชมภูษ สุนทรวารี*, ชนัญธิดา เมืองคำ*, พลภัทร์ โฉ่เสถียรกิจ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความสัมพันธ์รูปแบบการใช้ยาร่วมกันในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาโดยใช้การทำเหมืองข้อมูลแบบเทคนิคการใช้กฎความสัมพันธ์ในการหารูปแบบการใช้ยาร่วมกัน

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลังจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนของผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติก ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2556 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 91 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกตามการบันทึกรหัสวินิจฉัยโรค (ICD10: G21.0) ใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์ด้วย apriori algorithm ของโปรแกรมเวก้ามาใช้ในการศึกษารูปแบบการใช้ยา ซึ่งโปรแกรมเวก้าเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ algorithm ที่กำหนดไว้ไปใช้ในการทำเหมืองข้อมูลในรูปแบบต่างๆ

ผล : ผู้ป่วยในที่เป็นเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกจำนวน 41 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 17 คน ร้อยละ 41.46 และเพศชายจำนวน 24 คน ร้อยละ 58.54 จากการศึกษาารูปแบบการใช้ยา พบรูปแบบการใช้ยาร่วมกัน 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) Perphenazine ตามด้วย Trihexyphenidyl 2) Diazepam ตามด้วย Trihexyphenidyl 3) Perphenazine ร่วมกับ Chlorpromazine ตามด้วย Trihexyphenidyl 4) Perphenazine ร่วมกับ Diazepam ตามด้วย Trihexyphenidyl และ 5) Chlorpromazine ตามด้วย Trihexyphenidyl ซึ่งรูปแบบการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดคือ Perphenazine ตามด้วย Trihexyphenidyl ร้อยละ 60.98

สรุป : พบผู้ป่วยนิโรเล็ปติกในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา มีจำนวน 41 คน จากผู้ป่วยในทั้งหมด 29,792 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 และในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกพบว่ารูปแบบการใช้ยาร่วมกันที่พบบ่อยคือ การใช้ยา Perphenazine ตามด้วย Trihexyphenidyl ร่วมกัน และพบว่ามีรูปแบบที่มียา 2 รายการที่เป็นยากลุ่มต้านโรคจิตคือยา Perphenazine, ยา Chlorpromazine ตามด้วย Trihexyphenidyl ร่วมกัน ซึ่งรูปแบบนี้เป็นการใช้ยากลุ่ม typical antipsychotics ร่วมกัน ดังนั้นควรมีการเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกในผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่มดังกล่าวร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้รูปแบบดังกล่าวร่วมกัน

คำสำคัญ : กลุ่มอาการนิโรเล็ปติก, เทคนิคกฎความสัมพันธ์, รูปแบบการใช้ยา

*เภสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



ANALYSIS OF MEDICATION USED PATTERNS IN PATIENTS WITH NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME BY ASSOCIATION RULES TECHNIQUE

Chumpoonuch Sukontavaree, Chanatthida Muangkum*,
Pholphat Losatiankij***

Abstract

Objective : The purpose of this study was to find out the relationship of the pattern of medication use in schizophrenic patients with Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) by using data mining tasks in term of association rules technique.

Material and Method : This was a retrospective study from data base and inpatients medical records of 91 patients who was diagnosed as Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) according to ICD 10: G21.0 at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry from 1st August 2005 to 31st December 2013. This association rules by Weka program which is a collection of machine learning algorithms for data mining tasks was used to analyse.

Results : 41 schizophrenic patients diagnosed as NMS were identified and most of them were males (58.54%). 5 pattern of frequency used medication pattern were found which were perphenazine and trihexyphenidyl, diazepam and trihexyphenidyl, chlorpromazine and trihexyphenidyl, perphenazine + diazepam and trihexyphenidyl, chlorpromazine and trihexyphenidyl. The most frequency used of medication pattern was perphenazine and trihexyphenidyl (60.9%).

Conclusion : NMS in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry had found 41 patients from 29,792 inpatients (0.14%). In addition, perphenazine and trihexyphenidyl was the most frequency used medication pattern with NMS. However, two items of typical antipsychotic drug group (using this drug group is risk for NMS occurrence) which were perphenazine or chlorpromazine and trihexyphenidyl were used together. Therefore, clinician should be concerned about NMS occurrence, especially using this patterns together.

Keywords : association rule, medication used patterns, neuroleptic malignant syndrome

*Pharmacist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

กลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS) เป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีผลต่อระดับโดปามีนในประสาทส่วนกลาง (central dopaminergic system) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกร้อยละ 0.5 ถึง 1¹ อัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 10 ถึง 20² และอาจมีโอกาที่จะเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 55³ จึงเป็นภาวะอาการที่พบได้น้อยแต่อาการรุนแรงมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย พยาธิกำเนิดของ NMS เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของสารโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีนของ nigrostriatal pathway และ hypothalamic pituitary pathway ถูกขัดขวางก็จะเกิดอาการของกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก⁴

เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก⁵ โดยการวินิจฉัยจะต้องมี 4 major criteria หรือ 3 major + 3 minor criteria ร่วมกับ essential criteria NMS ซึ่งอาการ major criteria มี 5 ข้อ คือ การมีไข้สูง (อุณหภูมิในร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส), ความไม่มั่นคงทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic instability), การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิต (alteration of mental status), การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ และการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ (increase creatine phosphokinase level) ส่วนอาการ minor criteria ประกอบด้วย อาการ extrapyramidal syndrome อื่นๆ และการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ, การผิดปกติของระบบการหายใจ โดยอาการนี้ส่วน

ใหญ่จะเกิดในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังจากได้รับยา dopamine antagonist หรือหยุด dopamine agonist ซึ่งทั้งสองสาเหตุเป็นการที่ทำให้ระดับ dopamine ในสมองลดลงนอกจากนี้อาจเกิดจาก leukocytosis ($WBC > 12,000/mm^3$) ได้อีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกเป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง จึงมีการศึกษาย้อนหลัง 5 ปีเพื่อศึกษาอุบัติการณ์เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในช่วง พ.ศ.2537-2541 พบว่าอุบัติการณ์เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกคิดเป็นร้อยละ 0.04 ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดยผู้ป่วยทุกรายมีไข้ เหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็ง เม็ดเลือดขาวสูง และเอนไซม์ครีเอทีนฟอสโฟไคนีสในเลือดสูง ปัจจัยชักนำให้เกิด NMS คือ อาการกระวนกระวาย ภาวะขาดน้ำ การหมดแรง การฉีดยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน และการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อบ่อย โดยอัตราการตายพบร้อยละ 16.67⁶ จากนั้นมีการศึกษาย้อนหลัง 5 ปีในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 พบว่ากลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกเกิดในสัปดาห์แรกหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในรวม 7 วัน เท่ากับ ร้อยละ 81 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิด NMS คือ รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้น้อย อาการไข้สูง ภาวะสับสน ภาวะร่างกายขาดน้ำ และกล้ามเนื้อตึงตัวผิดปกติ⁷ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกมีหลายปัจจัยได้แก่^{3,7,8-12} เพศ และอายุ ไม่ได้

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะช่วยในการทำนายการเกิด NMS แต่พบว่า ผู้ป่วยเพศชายวัยกลางคน มีโอกาสในการเกิด NMS มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดได้มากกว่าเพศหญิงสองเท่า สถานที่ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของแผนกจิตเวชอาจเป็นสถานที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ NMS อาการทางจิตที่แสดงออกก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดกลุ่มอาการ NMS โดยผู้ป่วยจะมีอาการรบกวนกว่าธรรมดาจะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดมากกว่าภาวะทางกายของผู้ป่วยเช่น การมีภาวะร่างกายขาดน้ำ การรับประทานได้น้อย หรืออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น เป็นต้น และเกิดจากการการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตชนิด high-potency หรือใช้ยารักษาโรคจิตขนาดสูงและเพิ่มขนาดยาเร็ว เป็นต้น

จากปัจจัยที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกมาก่อนจะพบว่ายาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดงานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการศึกษารูปแบบการใช้ยาร่วมกันของผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกด้วยการใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์ ซึ่งเทคนิคกฎความสัมพันธ์¹³ เป็นเทคนิคการหาความสัมพันธ์ของการเกิดเหตุการณ์แรกเกิดขึ้นแล้วมีโอกาสเกิดอีกเหตุการณ์ตามมาโดยมีความสัมพันธ์ที่จะเกิดว่ามีโอกาสเกิดมากหรือน้อย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจหรือวางแผนเรื่องที่สนใจโดยสิ่งที่นำมาค้นหาจะต้องเป็นข้อมูลที่แบ่งออกมาเป็น 2 อย่าง (binary) สามารถนำมาเขียนเป็นรูปแบบได้ว่าถ้าเกิดเหตุการณ์แรกต่อจากนั้นเกิดเหตุการณ์ต่อมา มีโอกาสการ

เกิดเท่าไร โดยสามารถดูความสัมพันธ์ได้จากค่า 2 ค่าคือค่าสนับสนุน (support) และค่าความเชื่อมั่น (confidence) ในการศึกษาผู้วิจัยสามารถกำหนดค่าสนับสนุนและค่าความเชื่อมั่นเพื่อให้เลือกดูเฉพาะข้อมูลที่สนใจได้ตามความเหมาะสมกับงานแต่ละงานแต่โดยมาตรฐานจะกำหนดค่าสนับสนุน 20% และค่าความเชื่อมั่น 80% ซึ่งมีสูตรคำนวณค่าสนับสนุนและค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ค่าสนับสนุน = $P(A \cap B)$ = จำนวนรายการที่มีทั้งเหตุการณ์ A และ B / จำนวนรายการทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่น = $P(B|A)$ = จำนวนรายการที่มีทั้งเหตุการณ์ A และ B / จำนวนรายการ A

โดยที่ กฎความสัมพันธ์ $A \rightarrow B$ และ A เป็นเหตุการณ์ที่ 1 และ B เป็นเหตุการณ์ที่ 2 จากที่มีการให้เลือกค่าสนับสนุน และค่าความเชื่อมั่นทำให้ผู้วิเคราะห์สามารถเลือกดูกฎความสัมพันธ์ได้หลายแบบ โดยมีการเลือกแบบกฎความสัมพันธ์แบบเข้ม (strong rules) คือกฎที่มีค่าสนับสนุน และค่าความเชื่อมั่นที่ต่ำที่สุดก็ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กฎความสัมพันธ์แบบอพริโอริอัลกอริทึม (apriori algorithm) ในการศึกษารูปแบบการใช้ยาร่วมกัน ซึ่งอพริโอริอัลกอริทึมเป็นการหาความสัมพันธ์วิธีการหนึ่งในประเภทการเรียนรู้แบบไม่มีผู้สอนพัฒนาโดย Agrawal and Srikant ในปี ค.ศ. 1994 และมีการพัฒนาจากผู้อื่นมาอย่างต่อเนื่องโดยข้อดีของอัลกอริทึม คือช่วยลดพื้นที่ในการค้นหาด้วยการกล่าวว่าถ้ากลุ่มรายการหรือข้อมูล A ไม่ได้เกิดบ่อย เมื่อเพิ่มรายการหรือ

ข้อมูล Z เข้าไปในกลุ่ม A การเกิด A ร่วมกับ Z ก็จะไม่เกิดบ่อยเป็นข้อมูลที่สมารถตัดทิ้งได้

ปัจจุบันมีการศึกษาที่มีการใช้เทคนิค กฎความสัมพันธ์ศึกษาทางคลินิกในทางจิตเวช เองยังมีการศึกษาผลทางคลินิกโดยเทคนิคกฎ ความสัมพันธ์ ได้แก่ การใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการ ถ่ายภาพพื้นที่ในสมองกับโรคสมองเสื่อม (alzheimer's disease, AD) ซึ่งจากการทดลองมีความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมถึง 94.87%¹⁴ การใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์เพื่อหารูปแบบการเกิดอาการข้างเคียงในการใช้ ยาต้านซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่เกิดร่วมกันของการเกิดอาการข้างเคียง จำนวน 8 รูปแบบของการใช้ยาซีตาโลแพรม (citalopram) กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้เด็ก ทารกคลอดก่อนกำหนด¹⁵ การศึกษาวิจัยโดยใช้ เทคนิคกฎความสัมพันธ์เพื่อหาโรคที่ปรากฏ ร่วมกับโรคสมาธิสั้นที่เป็นการวินิจฉัยหลัก และเป็นโรคร่วมที่มีความรุนแรงของโรคมก พพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงชีวิตสูงมากขึ้น พบว่ามี 6 รูปแบบการเกิดโรคร่วมกับโรค สมาธิสั้นที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต¹⁶ จากงานวิจัย ข้างต้นทำให้ทราบถึงการนำเทคนิคกฎความสัมพันธ์ ไปใช้ในการศึกษาข้อมูลทางด้าน คลินิกต่างๆ

จากข้อความข้างต้นทำให้เห็นว่าการ เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกเป็นอาการที่เกิดได้ น้อย แต่รุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยโดย ปัจจัยที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกส่วน ใหญ่มาจากการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีการศึกษาและวิเคราะห์

รูปแบบการใช้จ่ายยาในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการ นิวโรเล็ปติก หลังจากทราบรูปแบบการใช้จ่าย แล้วสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังดูแล ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ นิวโรเล็ปติก อย่างใกล้ชิดเป็นผลทำให้อาจจะ ป้องกันการเสียชีวิตจากกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ได้ ซึ่งการหารายการยาที่ใช้ยาร่วมกันหรือหา รูปแบบการใช้จ่ายในการนี้จึงเลือกการทำเหมือง ข้อมูลเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีรายการยาที่ใช้ จำนวนมาก ถ้าทำทางสถิติจะทำหลายขั้นตอน และใช้เวลานาน งานวิจัยนี้จึงเลือกการใช้วิธี ทางการทำเหมืองข้อมูลโดยใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์มาหารูปแบบการใช้จ่ายร่วมกันของการ ใช้จ่ายผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากการหารูปแบบการใช้จ่ายผู้ป่วยที่เกิดกลุ่ม อาการนิวโรเล็ปติก จากฐานข้อมูลของสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จากข้อมูลใน ฐานข้อมูลและเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับ บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นกลุ่มอาการนิวโร เล็ปติก โดยมีรหัสการวินิจฉัยโรคคือ G21.0 (Malignant neuroleptic syndrome, NMS) ใน ช่วงเวลา วันที่ 1 สิงหาคม 2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2556 ของผู้ป่วยในทุกคน โดยมีเกณฑ์ การคัดออกคือผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียน และฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน หรือเมื่อมี การตรวจสอบข้อมูลโดยจิตแพทย์แล้วพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกจริง

ดังที่บันทึกไว้ ผู้วิจัยจะตัดข้อมูลผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขตามที่กล่าวมาออกจากงานวิจัย จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยในทั้งหมด 29,792 คน มีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคคือ G21.0 จำนวน 91 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบเก็บข้อมูลการใช้ยาที่ก่อนเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก และโปรแกรมเวก้า (Waikato environment for knowledge analysis, Weka) ซึ่งเป็นโปรแกรมฟรี (freeware) ที่ใช้ในการหาความสัมพันธ์ของการใช้ยาที่นิยมใช้ในการทำงานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำเหมืองข้อมูล (data mining) โดยมีหลักการเทคนิคกฎความสัมพันธ์แบบ apriori algorithm เป็นอัลกอริทึมในการสืบค้นกฎความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมดในฐานข้อมูล โดยเทียบกับค่าสนับสนุนขั้นต่ำ (minimum support) ที่กำหนดโดยผู้ใช้งาน ผลลัพธ์ในการสืบค้นถึงความสัมพันธ์ของไอเทมเซต (Itemset) หรือเซตของหน่วยข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูล

สามารถอธิบายขั้นตอนได้ดังนี้¹⁷

1. คำนวณหาค่าสนับสนุนของแต่ละรายการยา และตัดรายการยาที่มีค่าสนับสนุนน้อยกว่า 20% ออก

2. นำรายการยาที่เข้าเกณฑ์จากข้อ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบที่มีการใช้รายการยาร่วมกัน (สร้าง itemset) โดยสร้างตั้งแต่การใช้ยา 2 รายการขึ้นไปเรื่อยๆจนกว่าจะหมดรายการที่สามารถใช้ร่วมกันทั้งหมด พร้อมทั้งหาค่าสนับสนุน โดยรูปแบบการใช้ยาที่มีค่าสนับสนุนน้อยกว่า 20% จะถูกตัดออก

3. ขั้นตอนถัดมาคือการสร้างกฎความสัมพันธ์จากรูปแบบการใช้ยาที่ได้จากข้อ 2 โดยจะพิจารณารูปแบบที่มีการใช้ยามากกว่า 2 รายการขึ้นไปมาสร้างเป็นกฎความสัมพันธ์ โดยมีการดูแลแนวโน้มการเกิดรูปแบบจากกรณาคำนวณค่าต่างๆ ดังนี้

3.1 ค่าความเชื่อมั่น สามารถคำนวณจากสูตรดังนี้

ค่าความเชื่อมั่น = $P(B|A) = \frac{\text{จำนวนรายการที่มีทั้งเหตุการณ์ A และ B}}{\text{จำนวนรายการ A}}$

3.2 ค่าการยกระดับคือค่าที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ที่น่าสนใจระหว่างเหตุการณ์ และผลที่ตามมา มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

ค่าสนับสนุน = $P(A \cap B) = \frac{\text{จำนวนรายการที่มีทั้งเหตุการณ์ A และ B}}{\text{จำนวนรายการทั้งหมด}}$

Lift (LHS $\rightarrow$ RHS) = $\frac{\text{support (LHS,RHS)}}{\text{support(LHS)} \times \text{support(RHS)}}$

LHS (Left Hand Side) เป็นการแสดงรูปแบบของ itemset ด้านซ้ายของกฎความสัมพันธ์ คือการเกิดเหตุการณ์ A โดย $LHS = P(A) = \text{itemset การเกิดเหตุการณ์ A}$

RHS (Right Hand Side) แสดงรูปแบบของ itemset ด้านขวาของกฎความสัมพันธ์ คือการเกิดเหตุการณ์ B โดย $RHS = P(B) = \text{itemset การเกิดเหตุการณ์ B}$

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. คัดเลือกข้อมูลจากฐานข้อมูลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย โดยเลือกผู้ป่วยที่มีเป็นกลุ่มอาการนิวโรเลปติก ซึ่งเลือกจาก

การที่มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคคือ G21.0 ในช่วงเวลา วันที่ 1 สิงหาคม 2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2556

2. นำข้อมูลที่ได้จากการคัดเลือกรวบรวมใช้ในการค้นหาเวชระเบียนของผู้ป่วยในจากงานเวชระเบียน

3. คัดกรองเวชระเบียนโดยจิตแพทย์เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกจริง ถ้าตรวจสอบแล้วไม่ได้เกิดนิวโรเล็ปติกจะมีการคัดข้อมูลออกจากงานวิจัย

4. นำเวชระเบียนที่คัดกรองแล้วไปบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยลงในแบบเก็บข้อมูล

5. รวบรวมข้อมูล และจัดเตรียมไฟล์ในรูปแบบไฟล์ CSV ในการนำไปทำเหมือนข้อมูลของโปรแกรมเวก้า เพื่อหารูปแบบการใช้ยาร่วมกันของผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก

6. นำรูปแบบการใช้ยาที่ได้จากการหาความสัมพันธ์มาวิเคราะห์ สรุป และอภิปรายผล

ผล

การวิจัยนี้ศึกษาในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2556 จำนวนผู้ป่วยใน 91 คนที่ได้รับรหัสการวินิจฉัยโรคเป็น G21.0 (Malignant neuroleptic syndrome, NMS) จากผู้ป่วยในทั้งหมด 29,792 คน แต่มีการคัดออกตามเกณฑ์การคัดออกแล้ว จึงมีผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 41 คน ซึ่งมีรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

จากการทำเหมือนข้อมูลเพื่อศึกษารูปแบบการใช้ยาโดยใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์แบบ apriori algorithm ด้วยเครื่องมือโปรแกรมเวก้า โดยการศึกษาที่กำหนดค่าสนับสนุน 20% และค่าความเชื่อมั่น 80% ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานซึ่งเป็นข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 41 คน โดยมีจำนวนรายการยาตามชื่อสามัญทางยาทั้งหมด 28 รายการ สามารถแบ่งได้ตามกลุ่มการรักษา 11 กลุ่มรายละเอียดดังนี้

1. ยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) จำนวน 9 รายการ คือ perphenazine, thioridazine, chlorpromazine, haloperidol, risperidone, clozapine, quetiapine, olanzapine และ fluanxol

2. ยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant Drugs) จำนวน 4 รายการ คือ amitriptyline, sertraline, mianserin และ fluoxetine

3. ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizing drugs/antimanic drugs) จำนวน 2 รายการ คือ sodium valproate และ lithium

4. ยาคลายกังวล (antianxiety) จำนวน 3 รายการ คือ diazepam, clonazepam และ lorazepam

5. ยาที่ใช้สำหรับการผิดปกติในการเคลื่อนไหว (drugs used in movement disorders) จำนวน 2 รายการ คือ trihexyphenidyl และ propranolol

6. ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง (antihypertensive drugs) จำนวน 1 รายการ คือ amlodipine

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 41 คน)

ข้อมูล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	24	58.54
	หญิง	17	41.46
การวินิจฉัยโรค			
Schizophrenia (F20)		29	70.72
Mental and behavioural disorders due to use of alcohol, psychotic disorder (F10.5)		2	4.88
Delirium, unspecified (F05.9)		1	2.44
Organic delusional [schizophrenia-like] disorder (F06.2)		1	2.44
Mental and behavioural disorders due to use of alcohol, withdrawal state with delirium (F10.4)		1	2.44
Other stimulant dependence with stimulant-induced psychotic disorder (F15.25)		1	2.44
Other psychoactive substance abuse with psychoactive substance-induced psychotic disorder (F19.15)		1	2.44
Acute schizophrenia-like psychotic disorder (F23.2)		1	2.44
Acute and transient psychotic disorder, unspecified (F23.9)		1	2.44
Bipolar disorder, current episode manic severe with psychotic features (F31.2)		1	2.44
Bipolar affective disorder, Current episode mild or moderate depression (F31.3)		1	2.44
Mild mental retardation, significant impairment of behaviour requiring attention or treatment (F70.1)		1	2.44
อายุ			
15 - 25 ปี		8	19.51
26 - 35 ปี		8	19.51
36 - 45 ปี		14	34.15
46 - 55 ปี		9	21.95
56 - 65 ปี		2	4.88
อาชีพ			
ว่างงาน		9	21.95
รับจ้าง		6	14.63
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน		3	7.32
ค้าขาย		2	4.88
รับราชการ		1	2.44
ไม่ระบุ		20	48.78

ตารางที่ 2 รูปแบบการใช้ยาที่ได้จากการหาความสัมพันธ์แบบ apriori algorithm

รูปแบบที่	รูปแบบยาที่ใช้ร่วมกัน	ค่าสนับสนุน (%)	ค่าความเชื่อมั่น (%)	ค่าการยกระดับ
1	perphenazine => trihexyphenidyl	60.98	100	1.05
2	diazepam => trihexyphenidyl	41.43	100	1.05
3	perphenazine, chlorpromazine => trihexyphenidyl	26.83	100	1.05
4	perphenazine, Diazepam => trihexyphenidyl	24.39	100	1.05
5	chlorpromazine => trihexyphenidyl	43.90	95	1.00

7. ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร (ulcer-healing drugs and drugs used in variceal bleeding) จำนวน 1 รายการ คือ omeprazole

8. วิตามิน (vitamins) จำนวน 2 รายการ คือ folic acid และ vitamin b1

9. ยาปฏิชีวนะ (antibacterial drugs) จำนวน 2 รายการ คือ dicloxacillin และ nor-floxacin

10. ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet drug) จำนวน 1 รายการ คือ aspirin

11. ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs) จำนวน 1 รายการ คือ diclofenac

หลังจากที่นำข้อมูลไปทำเหมืองข้อมูล คือการใช้กฎความสัมพันธ์ในการหารูปแบบการใช้ยา โดยกำหนดค่าสนับสนุน 20% และค่าความเชื่อมั่น 80% ซึ่งจำนวนรอบที่ใช้ในการทำ apriori algorithm เท่ากับ 16 รอบ พบกฎความสัมพันธ์หรือรูปแบบการใช้ยาที่ดีที่สุดมี 5 กฎ มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่ามีรูปแบบการใช้ยาร่วมกันจำนวน 5 รูปแบบในผู้ป่วยที่เกิด

กลุ่มอาการนิ่วโรเล่ฟติก ซึ่งค่าสนับสนุนเป็นอธิบายถึงร้อยละการเกิดรูปแบบการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิ่วโรเล่ฟติก ส่วนค่าความเชื่อมั่นจะอธิบายถึงว่าเกิดการใช้ยาตัวที่ 1 แล้วจะมีโอกาสเกิดการใช้ยาตัวที่ 2 มีโอกาสเกิดเป็นร้อยละเท่าไร นอกจากนี้ค่าการยกระดับ คือค่าที่บ่งบอกว่าการเกิดรูปแบบโดย LHS (left hand side) เป็นการแสดงรูปแบบของ itemset ด้านซ้ายของกฎความสัมพันธ์ คือการเกิดเหตุการณ์ A และ RHS (right hand side) แสดงรูปแบบของ itemset ด้านขวาของกฎความสัมพันธ์ คือการเกิดเหตุการณ์ B มีความสัมพันธ์กันจริงหรือไม่ โดยสามารถแปลผลค่าการยกระดับได้ดังนี้

1. ค่าการยกระดับ น้อยกว่า 1 แสดงว่าการเกิดรูปแบบนี้การเกิดเหตุการณ์ A ไม่ได้ส่งเสริมให้เกิดเหตุการณ์ B จริง

2. ค่าการยกระดับ มากกว่า 1 แสดงว่าการเกิดรูปแบบนี้การเกิดเหตุการณ์ A ส่งเสริมให้เกิดเหตุการณ์ B จริง แสดงว่าการเกิดเหตุการณ์ A มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ B ตามมา

3. ค่าการยกระดับ เท่ากับ 1 แสดงว่าการเกิดรูปแบบนี้การเกิดเหตุการณ์ A ไม่ได้สัมพันธ์อย่างใดต่อการเกิดเหตุการณ์ B แสดงว่าทั้งสองเหตุการณ์เป็นอิสระต่อกัน

จากข้อมูลพบว่า รูปแบบการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ รูปแบบการใช้ยาตามกฎข้อที่ 1 คือ การใช้ยา perphenazine ตามด้วย trihexyphenidyl โดยพบรูปแบบการใช้ยาร้อยละ 60.98 ซึ่งมีโอกาสที่จะใช้ยา 2 รายการนี้ร่วมกันในผู้ป่วยโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 100 นอกจากนี้ค่าการยกระดับเท่ากับ 1.05 แสดงว่ารูปแบบการใช้ยามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งมีการใช้ยา perphenazine แล้วจะมีการใช้ยา trihexyphenidyl แต่รูปแบบการใช้ยาตามกฎข้อที่ 5 คือ การใช้ยา chlorpromazine ตามด้วย trihexyphenidyl โดยพบรูปแบบการใช้ยาร้อยละ 43.90 ซึ่งมีโอกาสที่จะใช้ยา 2 รายการนี้ร่วมกันในผู้ป่วยโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 95 ซึ่งค่าการยกระดับเท่ากับ 1 แสดงว่า การใช้ยา chlorpromazine และการใช้ยา trihexyphenidyl เป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน

อภิปราย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกพบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบว่าเกิดในผู้ป่วยอายุอยู่ในช่วง 36 - 45 ปี และเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ดังนั้นยาโรคจิตเภทเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกซึ่งตรงกับงานวิจัยที่ทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก^{3,7,8-12} นอกจากนี้ผลการศึกษาพบ

ว่าการหารูปแบบยาที่ใช้ร่วมกันจากการหาความสัมพันธ์ แบบ apriori algorithm พบรูปแบบการใช้ยาร่วมกันได้ 5 รูปแบบคือ 1) perphenazine ตามด้วย trihexyphenidyl 2) diazepam ตามด้วย trihexyphenidyl 3) perphenazine ร่วมด้วย chlorpromazine ตามด้วย trihexyphenidyl 4) perphenazine ร่วมด้วย diazepam ตามด้วย trihexyphenidyl และ 5) chlorpromazine ตามด้วย trihexyphenidyl ซึ่งรูปแบบการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดคือ perphenazine ตามด้วย trihexyphenidyl โดยยา perphenazine เป็นยาในกลุ่ม first-generation antipsychotics หรือ typical antipsychotics ออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ตัวรับ D2 ได้มากกว่าตัวรับ 5-HT_{2A} และยังสามารถปิดกั้นที่ตัวรับ alpha และตัวรับ muscarinic ได้อีกด้วย จึงทำให้นอกจากจะมีฤทธิ์การรักษาแล้ว ยังเกิดอาการข้างเคียงได้ค่อนข้างมาก คือทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า Extrapyramidal side effect (EPS) ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้ แต่การที่พบรูปแบบการใช้ยา perphenazine ร่วมกับการใช้ยา trihexyphenidyl เป็นรูปแบบที่นิยมใช้อย่างมากเนื่องจากเพื่อใช้ในการลดอาการข้างเคียง extrapyramidal side effect (EPS) โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ของยา คือการออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ acetylcholine ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวได้ แต่ยังพบการใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกันจำนวนมากในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังในการใช้ยาในรูปแบบนี้ โดยการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยาที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้คือ

ยาในกลุ่ม typical antipsychotics ได้แก่ haloperidol, fluphenazine, chlorpromazine, prochlorperazine, trifluoperazine, thioridazine, thiothixene, loxapine, perphenazine, bromperidol, clopenthixol และ promazine นอกจากนี้ยังพบว่ายาในกลุ่ม atypical antipsychotics ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ได้แก่ risperidone, clozapine, quetiapine, olanzapine, aripiprazole และ ziprasidone¹¹ ซึ่งเป็นไปทางเดียวกับงานวิจัยนี้โดยจากการศึกษาพบว่ายาในกลุ่ม atypical antipsychotics ที่ผู้ป่วยใช้มียา risperidone, clozapine, quetiapine และ olanzapine ถึงพบว่ามีการใช้ยาดังกล่าวแต่เมื่อใช้ภูมิตกสัมพันธ์ในการจัดทำรูปแบบยาแล้วไม่พบว่ายาในกลุ่ม atypical antipsychotics เป็นรูปแบบการใช้ยาที่พบบ่อย แต่รูปแบบยาที่พบบ่อยคือยา perphenazine มีรายงานการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกของในผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 50 ปีที่มีการใช้ยา perphenazine¹² แต่การใช้ยา perphenazine ร่วมกันกับยา trihexyphenidyl

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีรายงานการเกิดรูปแบบการใช้ยานี้ นอกจากนี้รูปแบบการใช้ยา 5 รูปแบบที่มีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก แต่รูปแบบ 1 ถึง 4 เป็นรูปแบบที่มีแสดงว่ามีการใช้รายการที่ 1 มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ที่จะใช้รายการที่ 2 ตามมา และจาก 4 รูปแบบนี้มีการใช้ยาในรูปแบบที่ 3 คือ perphenazine ร่วมกับ chlorpromazine ตามด้วย trihexyphenidyl เป็นรูปแบบที่มีการใช้ยาในกลุ่ม typical antipsychotics คือยา perphenazine และยา chlorpromazine

ร่วมกัน 2 รายการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายาที่อยู่ในรูปแบบการใช้ยามีการรายงานการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกคือ ยา perphenazine และยา chlorpromazine แต่งานวิจัยอื่นๆ ศึกษาเป็นยาแต่ละรายการมีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกจริง แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ศึกษารูปแบบการใช้ยาร่วมกันในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก ทำให้งานวิจัยนี้มีการศึกษารูปแบบการใช้ยาร่วมกันทำให้ทราบว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงถ้ามีการใช้ยา perphenazine หรือยา perphenazine และยา chlorpromazine ร่วมกับยา trihexyphenidyl ถ้ามีการใช้ยารูปแบบดังกล่าวแล้วพบอาการข้างเคียงเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอาจจะคำนึงถึงกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกอาจจะมีการปรับแผนการรักษาทำให้ป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 41 คน ซึ่งเป็นจำนวนไม่มาก ดังนั้นอาจทำให้รูปแบบการใช้ยาที่ได้อาจจะไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงได้ทั้งหมด ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบยาที่ได้จากนี้วิจัยนี้ไปวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และติดตามประเมินผลว่าสามารถนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกเกิดจากยาเพียงปัจจัยเดียวเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติกอีก เช่น การมีภาวะร่างกายขาดน้ำ การรับประทานได้น้อย หรืออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น เป็นต้น

และรูปแบบการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่ยาที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกของผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาวิจัยต่อไปอาจจะมีการรวบรวมข้อมูลจากสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อให้เห็นรูปแบบการใช้ยาที่ชัดเจนและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ส่วนการใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์แบบ apriori algorithm นั้นทำให้ทราบถึงรูปแบบการใช้ยาร่วมกันที่พบได้ส่วนมากในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกเท่านั้น ยังไม่สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบยาที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกของผู้ป่วย

สรุป

จากการศึกษาในช่วงเวลาวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยที่เป็นเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกจำนวน 41 คน โดยผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่ในช่วงอายุ 36 - 45 ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท จากการนำข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกมาหารูปแบบการใช้ยาด้วยวิธีการหาความสัมพันธ์แบบ apriori algorithm ได้รูปแบบการใช้ยา 5 รูปแบบ โดยรูปแบบการใช้ยาที่พบบ่อยที่สุดคือการใช้ยา perphenazine ร่วมกันยา trihexyphenidyl (ร้อยละ 60.98) และรูปแบบที่มีการใช้ยา 3 รายการร่วมกันคือ perphenazine ร่วมด้วย chlorpromazine ตามด้วย trihexyphenidyl ซึ่งรูปแบบการใช้ยาทั้ง 5 รูปแบบนี้อาจใช้ในการช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วย อาจเป็นผลทำให้สามารถ

ตรวจพบการเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกได้ทันเวลา และลดอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่การหารูปแบบการใช้ยาที่สำคัญของการใช้ยานี้ยังไม่ได้ศึกษาถึงขนาดของยาที่ใช้และระยะเวลาในการปรับขนาดยา ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการเกิดกลุ่มอาการนิโรเล็ปติกของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Crismon ML, Argo TR, Buckley PF. Schizophrenia. In Wells BG, editors. Pharmacotherapy a pathopsysiological approach. 7th ed. China: The McGraw-Hill; 2008: 1099-122.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & sadock's pocket handbook of clinical psychiatry 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins; 2005.
3. Langan J, Martin D, Shajahan P, Smith DJ. Antipsychotic dose escalation as a trigger for neuroleptic malignant syndrome (NMS): literature review and case series report. BMC Psychiatry 2012; 12: 214.
4. กุลธิดา เมธาวิน. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวกผิดปกติ: วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ 2556; 8(1): 60-70.
5. Neuroleptic malignant syndrome. [online]. Available from: <http://med.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/bulletin/bul96/v4n1/Neuro> [2016 Mar 30].
6. เกษม ดันติผลาชีวะ. Neuroleptic Malignant Syndrome: การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(3): 189-200.

7. ชีระ ลีตานันทกิจ. โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลกติกที่ร้ายแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
8. Su YP, Chang CK, Hayes RD, Harrison S, Lee W, Broadbent M, et al. Retrospective chart review on exposure to psychotropic medications associated with neuroleptic malignant syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 2013.
9. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.
10. Sadock BJ, Sadock VA. *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2008.
11. Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Jerrold FR. *Handbook of General Hospital Psychiatry*, 6th ed. Philadelphia: Anne Altepeter; 2010.
12. Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. 11th ed. London: Wiley-Blackwell; 2012.
13. Brian D. Berman, *Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review for Neurohospitalists* 2011.
14. Chaves R, Gorris JM, Ramirez J, Illan IA, Salas-Gonzalez D, Gomez-Rio M. Efficient mining of association rules for the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Phys Med Biol* 2011; 56(18): 6047-63.
15. Chen Y, et al. Drug Exposure Side Effects from Mining Pregnancy Data. *Sigkdd Explorations* 2007; 9(1): 22-9.
16. Tai YM, Chiu HW. Comorbidity study of ADHD: applying association rule mining (ARM) to National Health Insurance Database of Taiwan. *Int J Med Inform* 2009; 78(12): 75-83.
17. สายชล สิ้นสมบูรณ์ทอง. การทำเหมืองข้อมูล. กรุงเทพฯ: บริษัทจามจุรีโปรดักส์ จำกัด; 2558.



นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย

ลลิตา อันอามาศย์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

วัสดุและวิธีการ : เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายก่อนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของฌีกา ราชนูตร 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depressive Inventory) และ 3) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผล : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) อายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) การศึกษาไม่เกินมัธยมต้นจำนวน 18 คน (ร้อยละ 60) อาชีพเกษตรกรจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) สถานภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมกันจำนวน 21 คน (ร้อยละ 70) สาเหตุการทำร้ายตนเองจากปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) และพบว่ามีการทำร้ายตนเองมากที่สุดคือวิธีกินยาเกินขนาด พบจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) และพบว่าภายหลังกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป : ควรมีนำผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการฝึกอบรมให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้นำมาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์



EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON DEPRESSION OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS PATIENTS WITH ATTEMPTED SUICIDE

*Lalita Anarmat**

Abstract

Objective : To compare the level of depression among major depressive disorder patients with suicide attempts before and after received the cognitive behavioral therapy program.

Material and Method : This was a quasi experimental research one group pre-post test. The sample consisted of major depressive disorder patients who received antidepressant therapy at least one year with suicidal behavior attending the Psychiatry Outpatient Department of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital and then was selected by purposive sampling. The instruments were 1) The cognitive behavioral therapy program from the study of Nutarika Rachabud, 2) Beck Depression Inventory: BDI, and 3) Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS. The collected data were analyzed using independent t-test.

Results : Most of the patients were 22 females (73.3%) , 11 cases (36.7%) age between 41-50 years old, education : 18 cases not more than junior high school level (60.0%), 10 cases as the farmers (33.3 %), 21 cases of married or living together couples (70.0%), 11 cases of arguing with their intimates leading to self harm (36.7%). The most of patients with self-harm by overdose drug using were 10 cases (33.3%). The group after receiving the cognitive behavioral program, had significantly lower of depression level than before receiving the program ($p < 0.05$).

Conclusion : The recommendations for caring guideline with the cognitive behavioral program among major depressive disorder patients with suicide attempts should be done. In addition, this intervention short course training for nurses worked in this field should be performed in order to achieve maximum effectiveness.

Keywords : cognitive behavioral therapy, depression, major depressive disorders patients attempted suicide

*Registered Nurse, Nakhonratchasima Rajanagarindra Psychiatric hospital

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทย ซึ่งจะเห็นได้จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าทั่วประเทศของกรมสุขภาพจิต ในปี 2554 - 2555 พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 เป็นภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 28 ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 5 และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 2 นับได้ว่าเป็นปัญหาของประเทศ ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย¹

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาวิกฤติในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ และบุคคลเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตแล้วแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม² และหากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะมีผลรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

การบำบัดผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าที่ได้ผลดีวิธีหนึ่งได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy; CBT) ตามแนวคิดของ Beck³ โดยมีหลักการว่าวิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของ

ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันที เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น และการวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูลของความคิดที่บิดเบือนวิธีคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ เป็นความคิดที่ขาดเหตุผล กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจอันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอนหนีและทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การบำบัดจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาดยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล ขั้นตอนของการบำบัดเริ่มต้นจากการหาความคิดอัตโนมัติโดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบและบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นแบบอัตโนมัติ การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง การค้นหาและทำลายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม ผลการบำบัดตามแนวคิดของ Beck มีรายงานการศึกษาแบบ Meta – Analysis โดยทำการศึกษาวิเคราะห์ผลลัพธ์การบำบัดโดย CBT ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 16 เรื่อง พบว่าให้ผลการบำบัดได้ดีกว่าการใช้ยาต้านเศร้าอย่างเดียว⁴

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า ส่วนใหญ่มารับการรักษาต่อเนื่อง รับประทานยา

สม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่จากการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง พบว่ายังมีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองอยู่ เนื่องจากยังมีความคิดบิดเบือนในทางลบ ซึ่งลักษณะการคิดดังกล่าวส่งผลต่ออารมณ์เศร้าและนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการจัดการที่เหมาะสมควรเน้นที่การจัดการกับความคิดที่บิดเบือนควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จึงทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังการได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของฌีกา ราชนุดร^๑ ซึ่งใช้หลักการแนวคิดและวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck^๓ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่มีประโยชน์ต่อตนเองต่อคนที่ตนเองรัก มองตนเองมีคุณค่า ทำให้ชีวิตมีความหวัง ไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่กลับมามีพลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไปได้

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) เป็นแบบ One Group Pretest – Post Test Design ประชากรคือ

ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ตามเกณฑ์ ICD 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ตามเกณฑ์ ICD 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล และมารับบริการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2557 - สิงหาคม 2557 ทั้งชายและหญิงจำนวน 30 คน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจากประชากรโดยดำเนินการคัดเลือกดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล และได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
2. ประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า (BDI) มีคะแนนอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตโดยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) อยู่ในอาการระดับน้อย คือมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ครอบครัว สถานภาพสมรส และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินระดับความเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ มีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แบบสอบถาม BDI มีค่าความเชื่อมั่น จากการหาค่าคงที่ตรงภายใน โดยวิธี Split-half Reliability เท่ากับ .93 วิธี Test-Retest เท่ากับ .74 และมีค่าความคงที่ภายใน เท่ากับ .91 มีค่าความเที่ยงตรง ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria (RDC) มีการแบ่งระดับอาการเศร้า ดังนี้

การแปลผลตามค่าคะแนนมีดังนี้

0 - 10 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Normal)

11 - 16 คะแนน อารมณ์แปรปรวนไปเล็กน้อย (Mild Mood Disturbance)

17 - 20 คะแนน เข้าข่ายมีการซึมเศร้าทางคลินิก (Borderline Clinical Depression)

21 - 30 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (Moderate Depression)

31 - 40 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe Depression)

41 คะแนน ขึ้นไป มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงมาก (Extreme Depression)

3. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก (อาการทางบวก และอาการทางลบ) ตามหัวข้อในแบบประเมิน

ใช้เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก่อนคัดเข้าสู่การวิจัย ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก ที่มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62 - 0.87 และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คะแนนรวม 126 คะแนน

การแปลผลดังนี้

< 18 หมายถึง เกณฑ์ปกติ

18 - 36 หมายถึง มีอาการทางจิต

> 36 หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของฌีฎิกา ราชบุตร^๑ ที่ใช้หลักการแนวคิดและวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดมีจำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกันรวมเวลา 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Beginning Stage) การเตรียมการให้การบำบัดตามโปรแกรม

ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ

(Guide Discovery Stage)

ครั้งที่ 3 การสอนความสัมพันธ์หรือ
การเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม
(Relation of Thought, Emotion and Behavior)

ครั้งที่ 4 การปรับแนวคิดและ
พฤติกรรม (Cognitive Restructuring)

ครั้งที่ 5 ระยะสุดท้าย (End stage) หรือ
ระยะเตรียมสิ้นสุด เตรียมให้ผู้ป่วยเป็นผู้รักษา
ตนเอง

ในการประเมินคะแนน BDI จะ
ประเมินผู้ป่วย 2 ครั้ง คือก่อนบำบัด และภาย
หลังการบำบัดครั้งที่ 5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม
การให้ปริกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับ
เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาใช้ในการ
วิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเป็นกลุ่ม
ตัวอย่างเดียวกัน จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรง
ของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค นำไป
ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน
ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
จิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และวิเคราะห์
หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient)
ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ
ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สาเหตุ
การทำร้ายตนเอง วิธีการทำร้ายตนเอง ของ
กลุ่มตัวอย่าง เสนอเป็นความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่า

เฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังบำบัดตาม
โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t -
test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการขอความเห็น
ชอบในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลจิตเวช
นครราชสีมาราชชนินทร์ ให้คำชี้แจงเป็น
ลายลักษณ์อักษร เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
แล้ว ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูล โดยการ
เก็บข้อมูลที่ได้อั้เป็นความลับในที่ที่ปลอดภัย
ป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของกลุ่ม
ตัวอย่างและหน่วยงานด้วยการไม่เปิดเผย

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมี
จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) ส่วนใหญ่มีอายุ
อยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี มีจำนวน 11 คน (ร้อยละ
36.7) มีการศึกษาไม่เกินมัธยมต้นจำนวน 18
คน (ร้อยละ 60.0) มีอาชีพเกษตรกรจำนวน 10
คน (ร้อยละ 33.3) มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่
ร่วมกันจำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) มีสาเหตุ
การทำร้ายตนเองจากปัญหาทะเลาะกับคน
ใกล้ชิด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) และพบ
ว่ามีวิธีการทำร้ายตนเองมากที่สุดคือวิธีกินยา
เกินขนาดพบจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) ดัง
ตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อน
ได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด
และพฤติกรรม ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	8	26.7
	หญิง	22	73.3
อายุ	15 - 20 ปี	3	16.0
	21 - 30 ปี	6	20.0
	31 - 40 ปี	4	13.3
	41 - 50 ปี	11	36.7
	51 - 60 ปี	6	20.0
ระดับการศึกษา			
	ไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น	18	60.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส	2	6.7
	ปริญญาตรี	7	23.3
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	10.0
อาชีพ	รับราชการ	3	10.0
	เกษตรกร	10	33.3
	รับจ้าง	5	16.7
	นักเรียน	3	10.0
	ค้าขาย	4	13.3
	ว่างงาน	3	10.0
	แม่บ้าน	2	6.7
สถานภาพสมรส			
	โสด	6	20.0
	คู่	21	70.0
	หม้าย/หย่า/ร้าง	3	10.0
สาเหตุการทำร้ายตนเอง			
	ผิดหวังกับความรัก	4	13.3
	น้อยใจถูกดูต่ำ	5	16.7
	ตกลงาน	10	33.3
	ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	11	36.7
วิธีการทำร้ายตนเอง			
	กินยาเกินขนาด	10	33.3
	กินสารพิษ	5	16.7
	กระโดดที่สูง	5	16.7
	กระโดดน้ำ	3	10.0
	ผูกคอ	5	16.7
	ใช้ของมีคม	2	6.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	SD	df	t
ก่อนได้รับการบำบัด	26.70	2.18	29	31.689*
หลังได้รับการบำบัด	2.93	3.30	29	

*p-value < 0.05

ระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่ภายหลังได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t - test) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 31.689$) โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีค่าน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ($\bar{x} = 2.93$ และ $\bar{x} = 26.70$ ตามลำดับ)

อภิปราย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนให้ปรับแก้ความคิดที่บิดเบือน โดยในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการบำบัด เป็นการประเมินปัญหาหรือความทุกข์ใจ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า สร้างความหวังว่าภาวะซึมเศร้ารักษาหายได้ และเหตุผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและ

พฤติกรรม ซึ่ง Aaustad⁷ และ Wright และคณะ⁸ ได้อธิบายไว้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความคิดหมัดหวังในชีวิต โดยจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการบำบัดจนครบ 5 ครั้ง จากนั้น ผู้ฝึกการค้นหาคำคิดอัตโนมัติ และสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ตนเองทุกข์ใจ ให้สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ การเกิดขึ้นระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ได้โดยใช้เทคนิคการสอน กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความร่วมมือในการค้นหาคำคิดอัตโนมัติเป็นอย่างดี สังเกตจากการฝึกในขณะที่ยกมือและมอมหมายเป็นการบ้านแล้วนำมาส่งในการนัดหมายบำบัดในครั้งต่อไป เพราะขั้นตอนนี้เป็นการทำงานที่ต้องร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการทำกรวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเอง ต่อมาจะเป็นการปรับแนวคิดและพฤติกรรม ขั้นตอนนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับความคิดของตนเองโดยการคิดในแบบอื่นๆ ในเหตุการณ์เดียวกัน เป็นการฝึกการสร้างความคิดใหม่ด้วยเทคนิคการหยุดความคิด เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และค่อนข้างไม่มีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยมี

ความคิดที่บิดเบือน ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบซ้ำๆ จนก่อให้เกิดบาดแผลในใจ และอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด ช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา กฤติยาวรรณ⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าหลังการให้คำปรึกษาจะแน่วภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่านักศึกษามีพัฒนาการด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวก และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seok-Man¹⁰ ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้รูปแบบ CBT โดยหาความสัมพันธ์ของความเปลี่ยนแปลงในความคิดอัตโนมัติ ทศนคติที่ผิดปกติและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า พบว่า CBT สามารถลดรูปแบบความคิดด้านลบการเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติและทศนคติที่มีความผิดปกติ ซึ่งเป็นตัวนำของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และระยะสุดท้าย หรือระยะเตรียมสิ้นสุด คือ การเตรียมให้ผู้ป่วยเป็นผู้รักษาตนเองในขณะที่อยู่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยระบุถึงความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fava และคณะ⁷ ; Derubeis

และคณะ⁸ ที่ศึกษาผลการบำบัดด้วย CBT นอกจากจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าแล้วยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นผู้ที่มีความคิดบิดเบือนในทางลบ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการจัดการที่เหมาะสมจึงเน้นที่การจัดการกับความคิด เมื่อบุคคลปรับเปลี่ยนความคิดได้เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพโดยตรงในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลืออย่างดีเสมอมา จากนางฐิตารีย์ เอียตระกูลไพบูลย์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ได้จัดสรรเวลาในการเก็บข้อมูล และนางสาวนิศากร แก้วพิลา ผู้มีความสามารถทางงานสถิติ และบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก จนงานวิจัยนี้สำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์; 2555.
2. Westbrook D, Kennerly H, Kirk J. Cognitive Behavior Therapy: Skill and Application. Los Angeles: SAGE Publication; 2007.

3. Beck AT, Alford BA. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. (2nd ed). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 2009.
4. Beck AT. Cognitive Therapy and The Emotional Disorder. New York: International Universities Press; 1976.
5. ณัฐริกา ราชบุตร. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย [การศึกษาระยะ]. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
6. กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวชร่วม. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2546.
7. Austad CS. Counseling Psychotherapy Today Theory, Practice and Research. USA: McGraw Hill Companies; 2009.
8. Wright JH, et al. Cognitive Therapy for Severe Mental Illness: an Illustrated Guide. USA: American Psychiatric Publishing; 2009.
9. สุจิตรา กฤติยวรรณ. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. Seok MK. Cognitive change process in a group cognitive therapy of depression. Journal of Behavior and Experimental Psychiatry 2003; 34 (1); 73-85.



นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ

คันสนีย์ ประทุมศรี*, สุวรรณ อนุสันติ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เปรียบเทียบการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

วัสดุและวิธีการ : เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผล : ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สรุป : รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สามารถเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงการสื่อสารเชิงบำบัดให้มากขึ้น ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนการใช้เครื่องมือดังกล่าวนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การสื่อสารเชิงการบำบัด, ทฤษฎีการพยาบาลของคิง, ผู้ป่วยจิตเภท, รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



EFFECT OF USING PRIMARY NURSING MODEL THAT INTEGRATED KING'S NURSING THEORY FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS ON THERAPEUTIC COMMUNICATION AS PERCEIVED BY PROFESSIONAL NURSES

Sansanee Prachumsri, Suwanna Anusanti***

Abstracts

Objective : To compare the perceived of therapeutic communication of professional nurses before and after using a primary nursing model that integrated King's Nursing theory.

Material and Method : This study comprised of 30 nurses that were selected by using a purposive sampling according to inclusion criteria and then were divided into 2 groups: the experimental and control group with 15 nurses each. The instrument for intervention was the primary nursing model integrated with King's Nursing Theory for Schizophrenic patients. The tool for data collection was the perceived of therapeutic communication of professional nurses questionnaire which was reviewed by 3 experts for content validity. The content validity index was 0.86 and the Cronbach's alpha coefficient was 0.83. For data analysis, the frequency, percentage, mean, standard deviation were utilized. For comparison between experimental and control group with the statistics of Mann-Whitney U Test and for comparison before and after experimental group with the statistics of Wilcoxon Singed-Ranks Test.

Results : The results found that: 1) the perceived of therapeutic communication of professional nurses in the intervention group was higher than those in the control group at significant level of 0.05; 2) the perceived of communication of professional nurses in the intervention group after the intervention was higher than before the intervention at significant level of 0.05.

Conclusion : The primary nursing model that integrated King's Nursing theory is considered as the therapeutic instrument for increasing awareness of the therapeutic communication in professional nurses. Therefore, it is recommended that administrators could support this intervention for improving quantity of nursing care continuously.

Key words : King's nursing theory, primary nursing model, schizophrenic patients, therapeutic communication

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง เรื้อรัง พบได้มากและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง มีความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก¹ อุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกและพบได้ทุกเชื้อชาติ² ในประเทศไทยปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555 - 2556 มีจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเภทที่มาใช้บริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตร้อยละ 36.12 และร้อยละ 35.01³ ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนานแนวทางการรักษามีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรูปแบบการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชใช้จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

รูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการมอบหมายงานตามหน้าที่หรือการพยาบาลที่มุ่งงาน (Functional assignment) คือผู้ป่วยหนึ่งรายจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลที่หมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้ดูแลผู้ป่วยคนเดิม การวางแผนการพยาบาลจะทำเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในแต่ละเวรเท่านั้นทำให้พยาบาลขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ มีผลต่อการสื่อสาร การวางแผนการพยาบาลและการดูแลที่ไม่ครบถ้วน⁴ ในปัญหาสุขภาพ แนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการมอบหมายงานที่

ให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเป็นการให้การดูแลที่ต่อเนื่องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง⁵ ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีพยาบาลเจ้าของไข้ให้การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ โดยใช้ร่วมกับเครื่องมือสำคัญที่ใช้บำบัดทางจิต (Therapeutic tools) ของพยาบาลจิตเวชและทฤษฎีการพยาบาลของคิง⁷ ที่กล่าวถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีการแลกเปลี่ยนกัน (Transaction) ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การตั้งเป้าหมายและหาวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงทำให้พยาบาลต้องมามีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยผ่านการสื่อสารเชิงบำบัดซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลจิตเวชใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยและมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลในการพูดหรือเล่าเรื่องต่างๆ ออกมา เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ในส่วนของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก จนเกิดการเข้าใจตนเองมากขึ้นมองเห็นแนวทางการจัดการกับปัญหา และสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการ

พยาบาลของคิงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความตระหนักในการใช้การสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย มีความรับผิดชอบและให้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลจิตเวชอย่างสมบูรณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษา 2 กลุ่มประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Two - Group, Pretest - Posttest Design) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 117 คน เป็นพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่เป็นปัจจุบัน ผ่านการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขาภจิตและการพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชมากกว่า 2 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 ที่เป็นปัจจุบัน ผ่านการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขา

สุขาภจิตและการพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชมากกว่า 2 ปี รวมทั้งให้ความยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญหญิง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 15 คน โดยปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง ส่วนกลุ่มควบคุม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญชาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 15 คน ใช้การพยาบาลที่มุ่งงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากทฤษฎีการพยาบาลของคิงและแนวคิดการพยาบาลเจ้าของไข้ของมาแรมและคณะ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องของเนื้อหาผลการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของคู่มือสามารถนำไปใช้ในการทดลองได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ ขั้นตอนเตรียมการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายผู้ป่วยจิตเภทให้พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและขึ้นดำเนินการกิจกรรมที่ 1 ประเมินปัญหาและสร้างความไว้วางใจ กิจกรรมที่ 2 การตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกัน กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย กิจกรรมที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ก่อนนำไปดำเนินการทดลองได้ผ่านกระบวนการจริยธรรม

การวิจัยจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จากนั้นเริ่มทดลองปฏิบัติตามรูปแบบและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือ ตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม 2559 สิ้นสุดการทดลอง วันที่ 13 มิถุนายน 2559 รวมระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาปฏิบัติงานด้านจิตเวช ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้แนวคิด การสื่อสารเชิงบำบัดของ McDonald⁸ มีทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1) ด้านความจริงใจ 2) ด้านการยกย่องและการยอมรับ 3) ด้านร่วมรับรู้ความรู้สึก 4) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ 5) ด้านความชัดเจน 6) ด้านความรับผิดชอบ 7) ด้านพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม รวม 33 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 ทำการทดลองโดยประเมินระดับการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยแบบสอบถาม การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ พร้อมกันทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มดำเนินการทดลองและหลังดำเนินการทดลองเป็นเวลา 4

สัปดาห์ เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างออก (exclusion criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระหว่างดำเนินการทดลองน้อยกว่า 2 ราย และแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกในช่วงที่กำลังดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดในการดำเนินการทดลอง โดยไม่มีความคิดเห็นส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และไม่มีชื่อพยาบาลวิชาชีพปรากฏในรายงานการวิจัย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแสดงความยินยอมและให้ความร่วมมือในการทดลอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเช่นนี้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนพร้อมให้ลงนามยินยอม การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง และกลุ่มควบคุมหลังใช้การพยาบาลที่มุ่งงาน และใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงบำบัดของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผล

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุอยู่ในช่วง 30 –

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	26.7	-	-
หญิง	11	73.3	15	100.0
อายุ				
20 - 29 ปี	3	20.0	3	20.0
30 - 39 ปี	6	40.0	7	46.6
40 - 49 ปี	5	33.3	4	26.7
50 - 59 ปี	1	6.7	1	6.7
สถานภาพสมรส				
โสด	7	46.6	9	60.0
คู่	7	46.6	6	40.0
หย่า	1	6.8	-	-
ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านจิตเวช				
1 - 5 ปี	5	33.4	6	40.0
6 - 10 ปี	2	13.3	5	33.3
11 - 15 ปี	1	6.7	1	6.7
16 - 20 ปี	2	13.3	3	20.0
21 - 25 ปี	2	13.3	-	-
26 - 30 ปี	3	20.0	-	-

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้านก่อนการทดลอง

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัด ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านความจริงใจ	2.88	0.270	ปานกลาง	2.83	0.249	ปานกลาง
2. ด้านการยกย่องและยอมรับ	2.84	0.173	ปานกลาง	2.71	0.187	ปานกลาง
3. ด้านการร่วมรับรู้ความรู้สึก	2.63	0.265	ปานกลาง	2.67	0.154	ปานกลาง
4. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	2.93	0.287	ปานกลาง	2.71	0.213	ปานกลาง
5. ด้านความชัดเจน	2.77	0.149	ปานกลาง	2.87	0.233	ปานกลาง
6. ด้านความรับผิดชอบ	2.49	0.396	น้อย	2.58	0.198	น้อย
7. ด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม	2.75	0.233	ปานกลาง	2.68	0.211	ปานกลาง
ในการแสดงออก						
โดยรวม	2.77	0.140	ปานกลาง	2.73	0.096	ปานกลาง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัด ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	Z	p-value
1.ด้านความจริงใจ	ควบคุม	3.15	0.245	-4.719	.000*
	ทดลอง	4.61	0.350		
2.ด้านการยกย่องและการยอมรับ	ควบคุม	3.19	0.200	-4.688	.000*
	ทดลอง	4.55	0.316		
3.ด้านร่วมรับรู้ความรู้สึก	ควบคุม	3.05	0.445	-4.718	.000*
	ทดลอง	4.60	0.296		
4.ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	ควบคุม	3.20	0.276	-4.762	.000*
	ทดลอง	4.80	0.246		
5.ด้านความชัดเจน	ควบคุม	3.01	0.233	-4.695	.000*
	ทดลอง	4.40	0.454		
6.ด้านความรับผิดชอบ	ควบคุม	3.18	0.486	-4.500	.000*
	ทดลอง	4.42	0.462		
7. ด้านพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม	ควบคุม	3.09	0.167	-4.772	.000*
	ทดลอง	4.53	0.375		
โดยรวม	ควบคุม	3.13	0.141	-4.670	.000*
	ทดลอง	4.55	0.260		

* p -value < 0.05

39 ปี ร้อยละ 43.3 สถานภาพโสด มากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมา สถานภาพคู่ ร้อยละ 43.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านจิตเวชช่วง 1 – 5 ปี มากที่สุดร้อยละ 36.7 รองลงมา ช่วงอายุ 6 – 10 ปี ร้อยละ 23.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพอยู่ใน

ระดับปานกลาง 6 ด้าน และระดับน้อย 1 ด้าน ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง 6 ด้าน และระดับน้อย 1 ด้าน ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยทั้งสองกลุ่ม คือ ด้านความรับผิดชอบ

จากตารางที่ 3 พบว่าผลของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในกลุ่มทดลอง

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัด ของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านความจริงใจ	2.83	0.249	4.61	0.350	-3.420	.001*
2. ด้านการยกย่องและยอมรับ	2.71	0.187	4.55	0.316	-3.414	.001*
3. ด้านการร่วมรับรู้ความรู้สึก	2.67	0.154	4.60	0.296	-3.427	.001*
4. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	2.71	0.213	4.80	0.246	-3.508	.000*
5. ด้านความชัดเจน	2.87	0.223	4.40	0.454	-3.422	.001*
6. ด้านความรับผิดชอบ	2.58	0.198	4.42	0.462	-3.449	.001*
7. ด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก	2.68	0.211	4.53	0.375	-3.415	.001*
โดยรวม	2.73	0.096	4.55	0.260	-3.408	.001*

* p -value < 0.05

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

อภิปราย

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าหลังการใช้การพยาบาลที่มุ่งงาน เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชต้องใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลหลายรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความ

แตกต่างกัน รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เมื่อใช้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทำให้เกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง ทำให้พยาบาลและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลร่วมกัน ตั้งแต่การประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมายและวิธีปฏิบัติที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ กระบวนการดังกล่าว พยาบาลเจ้าของไข้จะใช้เวลาในการสื่อสารเชิงการบำบัดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลจนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (Goal Attainment) สอดคล้อง

กับ เยวภา จันทรมา⁴ ที่พบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ มีการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างใกล้ชิด ทำให้รู้จักผู้ป่วยมากขึ้น มีความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้น ในการพัฒนาตนเอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การพยาบาลที่มุ่งงาน จะพบว่า พยาบาลจะให้การพยาบาลเฉพาะงานที่รับผิดชอบเพื่อทำให้งานของตนเองสำเร็จ ไม่มีพยาบาลที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้พยาบาลขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่องในการประเมิน และให้การพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลไม่รู้จัก และเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง การพยาบาลที่มุ่งงานจะไม่ทำให้เกิดการสื่อสารเชิงการบำบัดได้ เพราะพยาบาลวิชาชีพจะเน้นที่ความสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น สอดคล้องกับจิรพร อัสวีสรุต⁵ ที่พบว่า การมอบหมายงานตามหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการพยาบาลจากพยาบาลหลายคนและภายในระยะเวลาอันสั้น เป็นการทำงานที่มุ่งผลสำเร็จของงานมากกว่ามุ่งที่ปัญหาผู้ป่วย ทำให้พยาบาล และผู้ป่วยขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและ วรรณ เอกอนันต์ธรรม¹⁰ พบว่ารูปแบบทีม การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงทำให้หัวหน้าทีมและสมาชิกทีมมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกันประเมินสภาพผู้ป่วย เชื่อมตรวจทางการพยาบาลเพื่อรับรู้อาการและให้การพยาบาลที่ถูกต้องตรงตามปัญหาของ ผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่า การใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของคิงส่งผลให้พยาบาล เกิดความตระหนัก

ในการวางแผนและให้การพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันกับผู้ป่วย

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง เนื่องจากการนำทฤษฎีการพยาบาลของคิงที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาใช้ในการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีการประเมินผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงการบำบัดให้เกิดความคุ้นเคย จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจในการพูดคุยถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริง พยาบาลเจ้าของไข้สามารถวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย จากเป้าหมายทางการพยาบาลที่ได้ร่วมกันตั้งไว้ (Explore means to achieve goal) การปฏิบัติ การพยาบาลที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (Agree on means to achieve goal) ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จึงต้องใช้การสื่อสารเชิงการบำบัดเพื่อรวบรวมข้อมูล กำหนดเป้าหมายในการพยาบาล (Mutual goal setting) ส่งผลให้พยาบาลเจ้าของไข้ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้การสื่อสารเชิงการบำบัดเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Goal attainment)

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อคำถามในบางข้อของแบบสอบถาม การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพอาจยังมีความไม่ชัดเจนในการสื่อ

ความหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จึงควรมีการอธิบายเพิ่มเติมสำหรับบางข้อคำถามเพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจนขึ้น

สรุป

การรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าหลังการใช้การพยาบาลที่มุ่งงานและการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนในการนำรูปแบบการมอบหมายงานโดยใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงไปใช้ในหอผู้ป่วยโดยอาจเริ่มในบางหอผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงไปใช้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำการสื่อสารเชิงการบำบัดไปใช้กับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. 8th ed. Williams & Wilkins; 1998.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
4. เขียวภา จันทร์มา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
5. นิตยา ศรีญาณลักษณะ. การบริหารการพยาบาล โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: บริษัทธนาเพรศ จำกัด; 2552.
6. Marram GD, Barrett MW, Bevis EO. Primary nursing: A model for individualized care. 2nd ed. Saint Louis: Mosby; 1979.
7. King IM. A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process. A Wiley Medical Publication; 1981.

8. Mc Donald SF. Principles of communication.
In K.M. for tinash, P.A. Holiday Worret (eds.).
Psychiatric mental health nursing. Saint. Louis:
Mosby; 2004.
9. จีรพร อัสววิศรุต, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, รุ่งรังสี
วิบูลย์ชัย. การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานใน
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วารสารกองการพยาบาล
2557: 41: 54-60.
10. วรรณ เอคอนันต์ธรรม. ผลของการใช้รูปแบบ
ทีมการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาล
ของคิงต่อสัมพันธภาพผู้ร่วมงานของพยาบาล
วิชาชีพ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัย
เซนต์หลุยส์; 2552.



บทความฟื้นฟูวิชาการ การจัดการความเครียดของพยาบาล: บทความฟื้นฟูวิชาการ

คุณฉวี อดุมอิทธิพงศ์*, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมความหมาย สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการความเครียดของพยาบาล

วัสดุและวิธีการ : เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดของพยาบาลจากเอกสารวิชาการ วารสารที่เป็นต้นฉบับ และวารสารออนไลน์ และการได้รับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การศึกษาวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าเป็นการจัดการความเครียดของพยาบาลจากงานวิจัยคุณภาพ งานวิจัยเชิงพรรณนา และการทบทวนเอกสารวิจัยอย่างเป็นระบบทั้งในและต่างประเทศ ทั้งหมด 23 เรื่อง

ผล : ความเครียดของพยาบาลหมายถึงเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ใดๆ เป็นสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกกระตุ้นกดดันให้พยาบาลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เป็นทุกข์ ไม่แน่ใจว่าจะรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างไร มีสาเหตุทั้งจากตัวพยาบาลเองและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลกระทบจนทำให้เกิดการตอบสนองของตนเองทั้งด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันและน้ำตาลในเลือดสูง ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และด้านจิตใจคือความไม่สบายใจ โกรธ วิตกกังวล กลัว รำคาญใจ ซึมเศร้า เป็นต้น ส่งผลให้การทำงานของพยาบาลมีความบกพร่องผิดพลาด ห้อลอย เมื่อหน่ายสุดท้ายนำมาสู่การอยากเปลี่ยนงาน ขาดงาน และลาออก การจัดการความเครียดของพยาบาลนั้นพบว่าพยาบาลสามารถจัดการได้ด้วยตนเองได้และมีวิธีการที่พบบ่อยและมากที่สุด คือการใช้เทคนิคผ่อนคลายและการมีกิจกรรมนันทนาการที่ชอบ การปรับเปลี่ยนความคิด การใช้พฤติกรรมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาและมุ่งเน้นตอบสนองด้านอารมณ์ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน หรือการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และรับบริการปรึกษา

สรุป : พยาบาลยอมรับได้ว่าความเครียดเป็นความจริงของชีวิตที่มีอยู่ประจำในจิตใจ และสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยเหตุและผล และพบว่าการจัดการความเครียดของพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายต่อการนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลประโยชน์ของการจัดการความเครียดจะทำให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานแล้วยังทำให้เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจของพยาบาลด้วยเช่นกัน

คำสำคัญ : การจัดการความเครียด, พยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



STRESS MANAGEMENT IN NURSES: REVIEW ARTICLE

Dussadee Udomittipong, Pholphat Losatiankij***

Abstract

Objective : The purpose of this article is to review definitions, causes, effect of stress and stress management among nurses.

Material and Method : Literature review of articles related to stress management in nurses from academic articles, original and online journals, and expert opinion were performed. The inclusive criteria were stress management among nurses and there are 23 article qualitative, descriptive and systematic review researches were reviewed.

Results : The stress of nurses means any event that occurs as a provocation from internal and external pressures to nurses' frustration and suffering feeling while nurses are not sure how to handle these situations. It was found out that individual nurse characteristics and working environment are the causes of job stress in nurses. In addition, stress can have an impact on either physical response by heart rate, blood pressure, blood sugar increasing and physical illnesses occurring and/or on psychological responses such as displeasure, being angry, anxiety, fear, upset and depression. This stress leads some nurses simply make a mistake, give up, burn out, finally leading to change, absence and leaving their job. The stress management of nurses showed that nurses can handle themselves. Here are the most common ways that nurses can cope such as using relaxation techniques, recreational activities, reframing negative thoughts into positive ones, problem-focused coping followed by emotion-focused coping, building positive family and colleague relationships or creative communication, strengthening mind-body connection, and received counselling.

Conclusion : Nurses accept that stress is a situation in real life, which can be managed reasonably. Stress management among nurses was simple to apply in daily life. Furthermore, it will be beneficial to nurses' job satisfaction creation, including body and mind for nurses.

Key words : nurses, stress management

*Registered Nurse, Songkhla Rajanakarindra Psychiatric Hospital

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ความเครียด เป็นภาวะตอบสนองของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามแล้วทำให้เกิดความไม่สมดุล รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์มีผลกระทบกับบุคลิกภาพและพฤติกรรมของคนทำงาน เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ และสมรรถภาพในการทำงานรวมถึงความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน¹ จากการสำรวจความเครียดของโครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลไทย² ทั่วประเทศพบพยาบาลมากกว่าครึ่งมีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง ที่เกิดจากความกดดันอันไม่พึงประสงค์ของความเจ็บป่วย ความตาย ความทุกข์ทรมานในการที่ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม หมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันตามเวร: เช้า บ่าย และดึก 24 ชั่วโมงใน 365 วัน³ นอกจากนี้การทำงานยังต้องเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ⁴ ที่ใช้ศาสตร์ของความรู้ทักษะในการประสานงานกับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ โภชนาการ เป็นต้น แล้วยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ ได้แก่ การบริหารวิชาการ ตลอดจนการพัฒนางาน การพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบ^{2,5-8} ของความเครียดในการทำงานของพยาบาลพบปัจจัยในงาน (องค์กร สภาพการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยส่วนบุคคลจากตัวพยาบาลส่งผลต่อความเครียดของพยาบาล และพบว่าพยาบาลที่มีความเครียดสูง

จะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายได้แก่ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ปวดศีรษะไมเกรน เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน และด้านจิตใจจะมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่อหน่ายเป็นต้น ซึ่งผลของความเครียดนี้ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของพยาบาล บกพร่อง มีการรับรู้และการตัดสินใจลดลง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในงานหรือเกิดอุบัติเหตุในหน้าที่จึงเป็นไปได้ง่ายส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพหรือด้อยคุณภาพ สุดท้ายจึงตามมาด้วยความเบื่อหน่ายเกิดความคิดอยากลาออกหรือเปลี่ยนงานในที่สุด

แต่ในอีกแง่มุมของการจัดการความเครียดของพยาบาลมีข้อค้นพบจำนวนมากที่น่าสนใจ เสาวภา และคณะ⁹ ศึกษาประสิทธิภาพการจัดการความเครียดของพยาบาลจิตเวชบนพื้นฐานหลักอริยสัจ 4 ว่าเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นความจริงของชีวิต ศิริพร และคณะ¹⁰ ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทยมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานที่อยู่ท่ามกลางความตึงเครียดที่มีมุมมองการจัดการความเครียดด้วยอุดมการณ์ของการทำความดีที่ถือว่าการช่วยเหลือคนให้พ้นทุกข์เป็นการทำความดีอันประเสริฐ ชัชมน และคณะ¹¹ ศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญความสุขในการทำงานมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและต่อชีวิตมนุษย์ทุกช่วงวัยที่ได้รับ ความทุกข์จากโรคภัยทั้งที่รักษาหายและไม่หาย

ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้นั้น เป็นความอึดเมีใจ ความภาคภูมิใจในการ ทำงานพยาบาลซึ่งเป็นงานที่ท้าทายความรู้ ความสามารถ

ดังนั้นผลที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรมการจัดการความเครียดของ บุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่จะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาล ได้มี แนวทางการบริหารความเครียดและกลยุทธ์ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมและสามารถ แปลวิกฤตให้เป็นโอกาสในการทำงานอย่าง ภาคภูมิใจ มีความสุข รวมทั้งผู้บริหารหรือ หน่วยงานการพัฒนาบุคลากร สามารถนำไป ใช้ในการวางแผนการจัดการจัดการความเครียดที่ เหมาะสมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอันจะนำมา ซึ่งความสุขในการทำงานของพยาบาลต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการทบทวน วรรณกรรมการจัดการความเครียดของ พยาบาล ที่ได้จากการสืบค้นวรรณกรรมใน ระหว่างปี ค.ศ. 1998 - 2015 โดยศึกษาจาก เอกสารวิชาการ วารสารที่เป็นต้นฉบับ วารสาร ออนไลน์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ คำสืบค้น คือ ความเครียด Stress management among nurses ความหมาย สาเหตุ ผลกระทบ การจัดการความเครียด การศึกษาวิจัยนี้ผ่าน เกณฑ์คัดเข้าต้องเป็นการจัดการความเครียด ของพยาบาลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ เชิง พรรณนา และการทบทวนเอกสารวิจัยอย่างเป็นระบบทั้งในประเทศและต่างประเทศ มี งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ รวมทั้งหมด 23 เรื่อง

ความหมายของความเครียดของพยาบาล

จากการทบทวนความหมายของ ความเครียดของพยาบาลจากการทำงาน ของวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตาม ลักษณะต่างๆการทำงาน พบได้ดังนี้

Cavalheiro และคณะ¹² ให้ความ หมายของความเครียดพยาบาลในหน่วยงาน วิกฤตว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ เฉพาะเจาะจง ที่เป็นปัญหากับเพื่อนร่วมงาน ความคลุมเครือและการทำหน้าที่ที่มีความขัด แย้งของการทำงาน การได้รับแรงกดดันจาก ผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้เกิดความเครียดเหนือ ยหน้าไม่พอใจในอาชีพ มีผลกับปฏิบัติงานของ วิชาชีพต่อผู้ป่วยจากสถานการณ์ความเครียด ของพยาบาลเหล่านี้

Adzakpah และคณะ¹³ ทบทวน ความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรง พยาบาล ให้ความหมายว่าความเครียดของ พยาบาลคือสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ประจำในวิชาชีพ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและ จิตใจ ความเป็นอยู่ที่ดีและลดประสิทธิภาพ การทำงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมที่เป็นความท้าทายหรือ เกินกำลัง และส่งผลคุกคามก่อให้เกิดอันตราย ต่อความเป็นอยู่ มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อ ความเครียดในทางสรีรวิทยา (เช่น หัวใจมี อัตราเต้นที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น) และ ทางด้านจิตใจ (เช่น มีความโกรธ ความกลัว) ที่ เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดัน

Rashaun และคณะ¹⁴ ได้ให้ความ หมายความเครียดของพยาบาลว่าเป็นภาวะของ การใช้แรงงานทางกาย การทำงานท่ามกลาง

ความทุกข์และความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวนชั่วโมงที่ทำงาน การทำงานเป็นกะ ความสัมพันธ์ทั้งในงาน วิชาชีพเดียวกันและต่างวิชาชีพที่เป็นข้อขัดแย้ง รวมถึงการที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมของการ เรียนรู้การใช้เทคโนโลยี การถูกตัดงบประมาณ การทำงานที่มากเกินไป และความกดดันอื่นๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความเปลี่ยนแปลง ไม่แน่นอน ต้องปรับตัว สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ก่อให้เกิดความ วิตกกังวล ความเครียดในวิชาชีพอย่างมีนัย สำคัญ

Phiraya และคณะ¹⁵ ได้ให้ความหมาย ของความเครียดของพยาบาลหัวหน้าเวร หมายถึงสภาวะที่พยาบาลรู้สึกไม่เป็นสุข วิตกกังวล กลัว คับข้องใจและมีความกดดันที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากสถานการณ์การทำงานในเวร โดยจำแนกความเครียด ในการทำงานออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการงานในเวร ด้านการทำงานเป็น ทีม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตครอบครัวกับการปฏิบัติงาน และด้านสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วย

Montha และคณะ¹⁶ ให้ความหมาย ของความเครียดของการฝึกปฏิบัติงานพยาบาล คือ ความรู้สึกหวั่นไหว มีการประเมินตัดสิน/ ครุ่นคิดตลอดเวลาว่าต้องพบกับสิ่งใดบ้าง น่า กลัวหรือไม่ ไม่แน่ใจว่าตนจะพบกับเหตุการณ์ ใดบ้าง และจะมีความรู้เพียงพอในการดูแล ผู้ป่วยเพียงพอหรือไม่ ทำให้ประเมินเหตุการณ์ นั้นเป็นความเครียด โดยอาจแสดงออกมาใน รูปความวิตกกังวล พักผ่อนไม่ได้และพยายาม ที่จะจัดการกับเหตุการณ์หรือภาวะเครียดที่

เกิดขึ้น ซึ่งมีกระบวนการประเมินความเครียด แบ่งเป็น 3 ชนิด¹⁷ คือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมิน ตัดสินถึงความ สำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งอาจ ประเมินได้ 3 ลักษณะคือ ไม่มีความสำคัญกับ ตนเอง เป็นผลในทางที่ดีกับตนเอง และเป็น ภาวะเครียดที่บุคคลต้องดิ้นรนประโชชน์ใน การปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ ซึ่งการประเมินว่า เป็นภาวะเครียดนี้มี 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตราย หรือสูญเสีย คุกคาม และทำลาย

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือก

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลง การประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ นั่นคือ เมื่อมีการ ปฏิบัติการพยาบาลเป็นครั้งแรกในชีวิตและ ประเมินว่าเหตุการณ์ที่ตนจะต้องประสบใน หอผู้ป่วยเป็นการคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน ทำให้เกิดความเครียดโดยแสดงออกใน ลักษณะของ ความวิตกกังวล ดังนั้นจึงพยายาม ที่จะเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการเผชิญ กับความเครียด (coping) เป็นกระบวนการ ใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิด ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะ จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการเผชิญ กับความเครียดจะกระทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ มุ่งแก้ที่ปัญหาเป็นการจัดการกับแหล่งของ ความเครียดหรือจัดการกับตนเอง และจัดการ กับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียด ในการจัดการกับ

เหตุการณ์หรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นบุคคลมักใช้ทั้ง 2 วิธีมากน้อยต่างกัน

สรุปได้ว่าความเครียดของพยาบาลหมายถึงเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ใดๆ ที่เป็นสิ่งเร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทั้งจากภายนอกที่กระตุ้นกดดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงรู้สึกไม่แน่นอน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากร่างกายและจิตใจสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้โดยการดึงเอาประสิทธิภาพในการทำงานออกมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่เพื่อให้ได้ผลงานตามที่ต้องการ ก็จะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาการทางด้านจิตใจให้พยาบาลสามารถรับมือกับความเครียด เกิดวุฒิภาวะดีขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น¹²

สาเหตุของความเครียดของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้อธิบายถึงสาเหตุของความเครียดของพยาบาล มีดังต่อไปนี้

Harris¹⁸ สรุปสาเหตุของความเครียดของพยาบาลไว้กว้างๆ 2 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุภายในตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล
2. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลกระทบระหว่างสัมพันธ์ทางของพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ซึ่งจะแสดงออกในรูปของการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่มากระตุ้น การขาดงาน เป็นต้น

Rawal และ Shradha¹⁹ ทบทวนวรรณกรรม

สาเหตุความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน สรุปสาเหตุของความเครียดของพยาบาล ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนไม่สม่ำเสมอ การว่าจ้างสามารถยุติลงได้ทุกเวลา ชั่วโมงการทำงานนานถึง 12 ชั่วโมง/วัน ทำให้เสียสมดุลของชีวิต ต้องทำสัญญาการทำงานทำให้ไม่สามารถต่อรองได้ มีความรู้สึกถูกเอาเปรียบ เงินเดือนขึ้นช้าและขึ้นไม่มาก รับคำสั่งแพทย์โดยไม่สามารถซักถามได้ มีการรับรู้ในการพัฒนาตนเองลดลง ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความขัดแย้งกับผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ และเพื่อนร่วมงาน การใช้ประโยชน์ทางกฎหมายของผู้ป่วย ขาดความรู้เทคนิคที่จะนำมาใช้ในการทำงาน การไม่สามารถตัดสินใจได้ Prati-bha²⁰ ศึกษาสาเหตุของพยาบาลอินเดียที่มีความเครียดระดับสูงจนเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ โรคกรดไหลย้อน ปวดหลัง ตึงในลำคอและไหล่ หลงลืม โกรธและวิตกกังวล พบสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความเครียด คือการทำงานที่ได้รับไม่เสร็จทันเวลาเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล ความขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย การทำงานล่วงเวลาและการได้รับค่าตอบแทนไม่เพียงพอ

นัยนา แสงทอง²¹ สรุปสาเหตุความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพไว้ 4 ด้าน

1. การดูแลผู้ป่วย (Patient care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย
2. ความตึงเครียดภายในกลุ่มของบุคลากรทางการพยาบาล (Tension within the

staff group) เป็นความตึงเครียดที่เกิดจากหน้าที่หรือบทบาทที่สมาชิกในกลุ่มต้องเรียนรู้ เช่น กฎระเบียบการปฏิบัติงาน วิธีการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น การลาออกไอน์ย้ายของผู้ร่วมงาน การสูญเสียเวลาและแรงงานในการประชุมพิเศษ บุคลากรใหม่ ความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายของกลุ่มและเป้าหมายของตนเอง

3. แรงกดดันจากภายนอก (Outside forces action the individual or staff group) เกิดจากบุคลากรไม่เพียงพอ ความคับข้องใจที่ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ไม่รับฟังข้อเสนอแนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ผู้บริหารไม่รับฟังปัญหาและข้อคิดเห็นของพยาบาล

4. ความคาดหวังต่อตนเองไม่เป็นจริง (Unrealistic self-expectation) เป็นภาวะที่พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามที่คาดหวังไว้และปฏิบัติงานร่วมกันบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ

สุพรรณิ และคณะ⁸ ศึกษาปัจจัยความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ พบปัจจัย 8 ด้านที่เป็นสาเหตุของความเครียดของพยาบาล คือ

1. การเผชิญอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติหลากหลาย จึงทำให้บริการผู้ป่วยและญาติได้ไม่ทันตามความต้องการจนก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจนำไปสู่การร้องเรียนและฟ้องร้อง

2. ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานไม่แน่นอน ด้วยลักษณะงานเป็นเวรผลัด 24 ชั่วโมง และมีตารางเวร ในขณะที่เวลา

พักผ่อนหรือเวลากับครอบครัวนั้นน้อยลงย่อมทำให้ชีวิตขาดสมดุล เมื่องานมีผลกระทบต่อครอบครัวจึงก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวส่งผลให้มีความสัมพันธ์และร่วมกิจกรรมครอบครัวน้อยลง

3. พฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้าที่มีการใช้ระบบเผด็จการอย่างเมตตาไม่มีระบบอื่นปนอยู่เลยทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิสระในการทำงานน้อยต้องระมัดระวังตัวขาดความรู้สึกร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน ไม่มีความพึงพอใจในงานมีทัศนคติที่ไม่ดีกับงานและกับองค์การผลงานจึงออกมาไม่ดีทำให้ขาดความก้าวหน้าในงานไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน

4. สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดอันตรายในการปฏิบัติงาน ทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือ ยา สารเคมี อุณหภูมิ แสงสว่าง รวมทั้งเชื้อก่อโรคต่างๆ ที่พยาบาลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาล้วนก่อให้เกิดอันตรายได้ทั้งสิ้น

5. ลักษณะและภาระงานที่มีปริมาณงานมากคนทำงานน้อย ต้องปฏิบัติงานเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง แล้วยังต้องทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การประกันคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีการตรวจสอบมาตรฐานประเมินผลงานเป็นระยะๆ อยู่เสมอจึงต้องมีงานด้านเอกสารเพิ่มขึ้นอีก จึงทำให้ไม่สามารถทำงานให้เสร็จสิ้นในเวลางาน

6. องค์กรมีการจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการไม่เหมาะสม จะทำให้บุคลากรไม่พึงพอใจในงาน เกิดความเครียด ทำให้เกิดการย้ายการลาออกจากงาน

7. การไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงานหรือแพทย์เป็นสาเหตุสำคัญของความไม่พึงพอใจ และสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะเครียด เพราะวิชาชีพพยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

8. การขาดโอกาสความก้าวหน้าและขวัญกำลังใจ ก็อาจจะเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงานและทำให้ ตัดสินใจลาออกจากงานในที่สุด

ผลกระทบของความเครียดต่อพยาบาล

ความเครียดของพยาบาลมีความแตกต่างกันตามระดับความเครียดแต่ละคน ส่งผลต่อร่างกายจิตใจรวมถึงต่อครอบครัวและสังคม ผลกระทบนี้มีผลต่อร่างกายคือปวดหัว กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว อาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่อยากทำงาน ส่วนผลทางจิตใจและจิตวิญญาณ คือ หงุดหงิด เป็นกังวล คิดอะไรไม่ออก คิดซ้ำซาก ความสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง ไม่มีสมาธิทำให้สังคมและสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานเปลี่ยนไป รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน ความคาดหวังของชีวิต และคุณภาพชีวิตของพยาบาลอาจลดลงตามมา²² จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาถึงผลกระทบของความเครียดต่อพยาบาล มีดังนี้

Tangestani และคณะ⁶ ศึกษาผลกระทบของความเครียดที่มีต่อพยาบาล พบความ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการทำงานพยาบาลต่อความเจ็บป่วยทางกายที่มากที่สุด ได้แก่ อาการปวดหลังไหล่ ปวดหัว ปวดข้อต่อโรคข้ออักเสบ การสูญเสียความกระหาย กระเพาะอาหารหรือแผลในกระเพาะอาหาร ท้องผูก ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก ท้องร่วง โรคไตได้เป็นแผล โรคไขข้อ คลื่นไส้ และอาเจียน ตามลำดับ

Rita และคณะ²³ ศึกษาภาระงานหนักในพยาบาลโรงพยาบาลรัฐเมือง São Paulo กับความสัมพันธ์กับการเกิดปฏิกิริยาความเครียดทางกาย พบพยาบาลที่ทำงานถึง 78 ชั่วโมงจะมีผลกระทบต่อด้าน physiological stress reactions ที่พบบ่อยที่สุดคือมีปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เหนื่อย คอเคล็ดและโรคกระเพาะ

Pavlos และคณะ²⁴ ศึกษาผลกระทบจากความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลรัฐและเอกชนประเทศกรีซที่ต้องทำงานสัมผัสกับความตาย ผู้ป่วย และครอบครัวยังต้องมีข้อขัดแย้งกับหัวหน้างานและความไม่แน่นอนของการรักษา มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยทุกมิติและมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายใจลดลง

กฤษฎาและคณะ² ศึกษาติดตามสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย พบว่าพยาบาลมากกว่าครึ่งมีความเครียด ร้อยละ 45.5 มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง ประมาณ 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และร้อยละ 8 - 10 เคยใช้ยานอนหลับ พบปัจจัยเสี่ยงของความเครียดในการทำงาน คือ ลักษณะการทำงานเป็นเวรผลัดต่อเนื่องเป็นเวลานานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

และพบว่าความเครียดจากการทำงานของพยาบาลมีผลกระทบ ได้แก่ เกิดการบาดเจ็บ ถูกเข็มทิ่มตำและการบาดเจ็บจากของมีคมขณะทำงาน เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ พบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่าพยาบาลไทยอยู่ในระดับ 0.75 ต่ำกว่าผู้หญิงไทยที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ที่มีดัชนีอยู่ที่ 0.95 โดยพยาบาลอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพต่ำกว่าระดับอาวุโส ซึ่งสัมพันธ์กับความมั่นคงในการทำงานส่งผลให้มีการลาออกหรือเปลี่ยนอาชีพเฉลี่ยอายุการทำงานในวิชาชีพเพียง 22.5 ปี นอกจากนี้พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพยาบาลไทยประมาณ 1 ใน 5 เคยประสบความรุนแรงจากการทำงาน และตั้งใจที่จะออกจากงานภายใน 1 - 2 ปี หรือมากกว่า 2 ปี มากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยประสบความรุนแรงจากการทำงาน

กล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงจากลักษณะการทำงานที่ต้องอยู่ภายใต้ความกดดัน จากภาระงาน ความรับผิดชอบ และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ ความเครียดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความเครียดของแต่ละบุคคลและสถานการณ์ที่ อาจเกิดขึ้นหนึ่งอย่างหรือหลายอย่างรวมกัน เมื่อบุคคลผู้นั้นอยู่ในภาวะเครียดผลกระทบของความเครียด²⁵ จะอธิบายถึงปฏิกิริยาการตอบสนองทางกาย (Physiological Reactions) ที่เป็นไปอย่างอัตโนมัติจากสารเคมีในร่างกาย ภูมิคุ้มกัน และระบบไหลเวียนของเลือดลมต่างๆ ซึ่งอาการตอบสนองจะเกิดขึ้นเริ่มต้นและเกิดในระยะสั้นๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันและน้ำตาลในเลือดสูง

หายใจติดขัด ไปจนถึงขั้นรุนแรง และเป็นผลระยะยาว เช่น ภูมิคุ้มกันทางร่างกายลดลง เกิดความเจ็บป่วยทางกายขึ้น และในส่วนของอาการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตใจ (Emotional Reactions) คือ ความไม่สบายใจ โกรธ วิตกกังวล กลัว รำคาญใจ เศร้าซึม ซึ่งอาการเหล่านี้จะเริ่มจากปรากฏทีละน้อยและมากขึ้นไปจนถึงหมดอาลัยสิ้นหวัง สุขภาพจิตเสื่อมโทรม มีอาการทางจิต เป็นต้น มีผลต่อตนเอง ต่อครอบครัว เพื่อนร่วมงานและองค์กร มีผลต่อการทำงานที่จะเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีสมาธิในการทำงาน เกิดความบกพร่องผิดพลาด ขาดความรับผิดชอบ ในงานที่มอบหมาย ทำให้เกิดความท้อถอย เบื่อหน่ายในงานที่ทำซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการขาดงานหรือลาออกจากงานของพยาบาลตามมาในที่สุด

การจัดการความเครียดของพยาบาล

ด้วยลักษณะวิชาชีพการพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นไปที่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้คน ชุมชน ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งนำไปสู่การรับรู้ที่ดีว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในสาขานสุขภาพ แต่มีคำถามที่ต้องการคำตอบว่าพยาบาลเหล่านี้มีการปฏิบัติดูแลหรือส่งเสริมพฤติกรรมตนเองอย่างไรเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี²⁶ โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเครียดที่พยาบาลสามารถรับมือกับความเครียดและจัดการให้ได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เกิดความตระหนักในตนเอง รับรู้ และช่วยให้พยาบาลเหล่านี้สามารถใช้ความเครียดในการแปลเป็นความคิดสร้างสรรค์และหลีกเลี่ยง

ความเครียดที่จะมาทำร้ายตน ซึ่งมีกลยุทธ์ที่แตกต่างกันตามแต่ละบุคคล สถานการณ์²⁷ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการจัดการความเครียด จึงได้สรุปจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการความเครียดของพยาบาลหลายๆ ลักษณะงานของงานทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการและการควบคุมความเครียดตนเองต่อไป ดังนี้

1. การจัดการความเครียดด้วยตัวพยาบาลเอง มีงานวิจัยจำนวนมากพบว่า²¹ พยาบาลสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง เกิดผลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยพยาบาลต้องหมั่นสังเกตอาการทางกายอารมณ์ และความคิดว่ากำลังอยู่ในภาวะเครียดหรือไม่ ถ้าใช่จะอยู่ในระยะใดของภาวะเครียด จะกำลังมีการตอบสนองเป็นอย่างไร ดังนั้นเมื่อพยาบาลประเมินตนเองได้แล้ว การหาวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองแล้วยังช่วยพยาบาลให้สามารถป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ด้วย²⁸ สรุปได้ดังนี้

การใช้เทคนิคผ่อนคลายและวิถีกิจกรรมนันทนาการที่ชอบ เช่น การพักผ่อน ใช้อารมณ์ขัน เปลี่ยนบรรยากาศการออกกำลังกาย และการฝึกโยคะ Kemper และคณะ²⁹ ศึกษาในกลุ่มพยาบาลอเมริกาเหนือเพื่อลดความเครียดจากความวิตกกังวล ซึมเศร้า ปวดหลัง โรคกล้ามเนื้ออักเสบ พบพยาบาลเกือบทั้งหมดใช้วิธีหนึ่งวิธีใด ได้แก่ การสวดมนต์หรืออธิษฐาน ทำสมาธิมุ่งมั่นที่ลมหายใจ การสัมผัส โยคะ/

/ซีกง ทำสมาธิด้วยการฝึกสติ และพบว่าพยาบาลมากกว่าครึ่งมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ มีความสงบ ความเยือกเย็นภายใน อารมณ์ดีขึ้นและมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น และนอนหลับได้ดีขึ้น Adzakupah และคณะ¹³ ศึกษาการจัดการความเครียดพยาบาลประเทศกานา พบพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีการจัดการความเครียดที่ดี เลือกการใช้วิธีการ ทำสมาธิ ออกกำลังกาย พักผ่อน มีอารมณ์ขัน และมีช่วงเบรกของการทำงาน ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้นและตามมาด้วยการทำงานให้กับองค์กรได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Paul และคณะ³⁰ ได้อธิบายการจัดการความเครียดของพยาบาลด้วยการออกกำลังกายในพยาบาลผู้หนึ่งว่าการออกกำลังกายเป็นการดูดซับ (Buffering) อารมณ์ความเครียดได้วิธีหนึ่ง

การปรับเปลี่ยนความคิด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร และคณะ¹⁰ เรื่องความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทยผลพบว่าพยาบาลที่ให้ความหมายของความสุขการทำงานท่ามกลางความตึงเครียดคือการมีมุมมองจัดการความเครียดทางบวกด้วยอุดมการณ์ของการทำความดีที่ถือว่าการช่วยเหลือคนให้พ้นทุกข์เป็นการทำความดีอันประเสริฐ เป็นอุดมการณ์นี้เองที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของพยาบาลให้เข้มแข็งและสามารถคงอยู่ในวิชาชีพนี้ได้ วรรณพิน และคณะ³¹ ศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าพยาบาลที่ให้ความหมายความสุขในการทำงานได้ จะเกิดความสุขจากการดูแลด้วยหัวใจมีการปรับตัวได้เกิดสภาพแวดล้อม

ที่ดีและอบอุ่น ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย

การใช้พฤติกรรมมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และ มุ่งเน้นตอบสนองด้านอารมณ์ Abdalrahim³² ทบทวนวรรณกรรมความเครียด และการจัดการความเครียดของพยาบาลจิตเวช พบว่าพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ใช้กลวิธีด้านมุ่งแก้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-focused coping) ในการทำงานมีข้ออธิบายว่าในการทำงานของพยาบาลจิตเวชสามารถระบุปัญหา ชั่งน้ำหนักว่าวิธีใดมีผลดีให้ผลมากกว่า ในขณะที่มุ่งเน้นการตอบสนองด้านอารมณ์พยาบาลจิตเวชมักใช้กับการขอรับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว เพื่อน Somayeh และคณะ³³ ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ใช้โดยพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยประเทศอิหร่าน พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาการตอบสนองด้านอารมณ์ จะช่วยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีความพึงพอใจได้มาก อธิบายว่าการการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความตึงเครียดระดับสูง การเผชิญความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์เพราะพยาบาลเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ทั้งหมด ดังนั้น การหลีกเลี่ยง การทำให้เป็นเรื่องเล็ก การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น การหาวิธีการอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์ และการระบายความโกรธการรวมทีมมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น จะทำให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักสามารถทำงานได้อย่างพึงพอใจได้มากขึ้น Sofia และคณะ³⁴ สำรวจวิธีการรับมือกับความเครียดในบุคลากรทางการ

พยาบาลกับความสัมพันธ์ของคุณลักษณะประชากร พบพยาบาลระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไปจะใช้วิธีการมุ่งแก้ปัญหาเป็นหลักอภิปรายผลว่าอาจเป็นจากบุคลิกภาพ และความเชื่อมั่นในตนเอง

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และเพื่อนร่วมงานหรือการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ Kathleen³⁵ ได้อธิบายไว้ว่าพยาบาลที่ใช้กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับบุคคลและการทำงานระดับอาชีพ จะช่วยลดความเครียดของพยาบาลแล้วยังช่วยส่งเสริมสุขภาพกายใจและคุณภาพชีวิตที่ดีของพยาบาล สอดคล้องกับคำอธิบายของดวงใจ จันทรประเสริฐ²³ อธิบายว่าหากพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นมิตรกับเพื่อนร่วมงาน จะมีผลในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดความเครียด สุขภาพจิตไม่ดี มีความเจ็บป่วยทางกายบ่อยๆ รู้สึกไม่อยากทำงาน ทำงานแล้วไม่มีความสุข มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด ในขณะที่พยาบาลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และคนอื่นๆ รวมทั้งการสื่อสารที่มีคุณภาพ จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่า สุขภาพจิตดีจึงทำให้ผลงานออกมาดี อธิบายได้เช่นเดียวกับในแง่ของความสัมพันธ์ของพยาบาลกับครอบครัว ได้ด้วยเช่นกัน มีการศึกษาของ Catherine และคณะ³⁶ ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารจาก 495 เหตุการณ์ที่มีการสื่อสารของผู้ป่วยและพยาบาล พบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดเวลาการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยแต่ละครั้ง เกิดการแก้ไขปัญหาในการทำงาน

ได้มากขึ้น และพยาบาลมีความพอใจในการทำงาน Loo-See³⁷ ศึกษาความเครียดจากการทำงาน และกลไกการเผชิญความเครียดบุคลากร พยาบาลหน่วยบริการสาธารณสุขประเทศ มาเลเซีย พบสาเหตุความเครียดมาจากการะ งานที่หนัก ทำงานซ้ำๆ สิ่งแวดล้อมการทำงาน ที่ไม่ดี แต่พยาบาลเหล่านี้มีกลไกการเผชิญ ความเครียดที่ได้รับจากครอบครัว ผู้ร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา เพื่อนในการช่วยดูดซับอารมณ์ ดึงเครียด และมีการจัดตั้งกลุ่มเหล่านี้เป็น เครือข่ายเพื่อมาช่วยเหลือบรรเทาในการเผชิญ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับกลุ่มพยาบาลเหล่านี้ ขึ้นมา Yolanda และคณะ³⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทั่วไปประเทศสเปน และการใช้ ทักษะในการสื่อสารต่อกัน พบว่าการขาด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อ เป็นรูปสามเหลี่ยมในความเชื่อมโยงของการ ทำงานระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย สิ่ง เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อองค์กร ส่งผลกระทบต่อ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี เกิดความสับสนขึ้น ของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย ตามมาด้วยการขาด ความเชื่อมั่นจากผู้ป่วย

การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เช่น การใช้หลักทางศาสนา การฝึกสมาธิ Mina⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเครียดใน การทำงานของพยาบาล 55 หอผู้ป่วย ประเทศ อินโดนีเซีย พบปัจจัยของความใกล้ชิดกับ ศาสนาทำให้พยาบาลเหล่านี้รับมือกับปัญหา ในการทำงานได้ค่อนข้างดีอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ Jannati และคณะ⁴⁰ ศึกษาเชิงคุณภาพ การรับมือกับความเครียดในงานของพยาบาล

อิหร่าน ข้อค้นพบอย่างมีนัยสำคัญหนึ่งคือ ด้าน ศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเหล่านี้รับมือกับความเครียดได้ด้วย มีคำอธิบาย ได้แก่ การสวดมนต์ภาวนา ความเชื่อมั่นใน คำสอนของพระผู้เป็นเจ้าและการขอให้พระ ผู้เป็นเจ้าให้ความอดทนและเยียวยาให้พวก เขาผ่านสถานการณ์ที่ทุกข์ยากลำบากไปได้ เสาวภา ปานเพชร⁹ ศึกษาประสบการณ์การ จัดการความเครียดบนพื้นฐานหลักอริยสัจ 4 ตามหลักพุทธศาสนาของพยาบาลจิตเวช อริยสัจ 4 เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในการ ดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นความจริงของ ชีวิต ตามหลักคำสอนหนึ่งของพระพุทธเจ้า ตามหลักพุทธศาสนา ประกอบด้วย ทุกข์ก็คือ อุปาทานขันธ สมุทัย คือ สาเหตุที่ทำให้เกิด ทุกข์ นิโรธ คือ ความดับทุกข์ มรรค คือ แนว ปฏิบัติที่นำไปสู่หรือนำไปถึงความดับทุกข์ ผล ของการปฏิบัติคือพยาบาลจิตเวชมีแนวปฏิบัติ ที่ง่ายต่อการจัดการความเครียด นำมาใช้แล้ว ทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีเครื่องมือยึดเหนี่ยวจิตใจ มีคำอธิบาย⁴¹⁻⁴³ ความเชื่อ และการปฏิบัติตามหลักศาสนาของคนเรา จะ ช่วยพัฒนาการทางจิตวิญญาณและสติปัญญา ในการที่จะหาทางแก้ปัญหาเพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อบุคคลมีความเครียดในชีวิต ประจำวัน การมีที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ไม่ว่าจะ ในรูปแบบ การสวดมนต์ ภาวนา การร้องขอ เชื่อในคำสอน จึงทำให้ความเครียดนั้นทุเลาลง และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้

การขอรับบริการปรึกษา Scott⁴⁴ ได้ อธิบายถึงในคู่มือการจัดการความเครียดของ พยาบาลว่าความคิดและพฤติกรรมบำบัด

(Cognitive behavioral therapy: CBT) มีความเหมาะสมโดยเฉพาะการให้ในระดับบุคคล เพราะพยาบาลจำนวนมากมีการปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันอยู่ทุกวัน ดังนั้นโอกาสที่จะตกอยู่ในรูปแบบความคิดเชิงลบจึงมีมาก ทำให้มีผลกระทบต่องานและที่บ้าน และจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมากพบว่า การให้ intervention แบบ CBT ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมในความคิดด้านลบ ดังนั้นการหลีกเลี่ยง ลดละความคิดของตนเอง จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้สึกต่อตนเองที่ดีขึ้น และสามารถเปลี่ยนแปลงและยอมรับในความเครียดที่เกิดขึ้นว่าแม้เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบที่มีอยู่สามารถที่จะช่วยให้เกิดการยอมรับและดำเนินชีวิตการทำงานและที่บ้านได้ดีขึ้น Scott และคณะ⁴⁵ ศึกษาพยาบาลจบใหม่ที่ทำงานไปแล้วมากกว่า 6 เดือนที่มีความเครียดในการทำงานในประเด็นความขัดแย้งกับแพทย์ การเผชิญความตาย ความขัดแย้งกับพยาบาลด้วยกัน ใช้ความคิดและพฤติกรรม การออกกำลังกายและเทคนิคคลายเครียดมีการติดตามความเครียดหลังการบำบัดอีก 6 สัปดาห์ พบว่าพยาบาลเหล่านี้มีการปรับตัวในที่ทำงานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Annie และคณะ⁴⁶ ทบทวนวรรณกรรมแบบ systematic review ประสิทธิภาพของความคิดและพฤติกรรมบำบัดรายบุคคลและแบบกลุ่มร่วมกับเทคนิคการคลายเครียดในการลดความเครียดพยาบาลทำงานในแผนกวิกฤตฉุกเฉิน ฟันฟูและชุมชนพยาบาลปฏิบัติขั้นสูง และผู้จัดการพยาบาล รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 - 2014 ผลการศึกษาพบผลลัพธ์หลัก คือความเครียดลดลง และทำให้มีปฏิกิริยาทางกายที่ได้จากการวัดความดันและอัตราการหายใจลดลง รวมทั้งผลลัพธ์รองคือ ลดความเหนื่อยล้าในการทำงาน อารมณ์ดีขึ้น ความเจ็บป่วยลดลง Orly และคณะ⁴⁷ ศึกษาเชิงทดลอง ผลของความคิดและพฤติกรรมบำบัด การให้ข้อมูลและปฏิกิริยาความเครียดพยาบาลประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบผลบวกของ CBT คือพยาบาลมีการเรียนรู้และพิจารณาอย่างมีเหตุผลในการจัดการความเครียด ความเครียดที่ส่งผลต่อปฏิกิริยาทางกาย มีผลให้เกิดความเชื่อมโยงในด้านตนเองและสิ่งแวดล้อม เกิดความแข็งแกร่งด้านจิตใจ มีชีวิตสมดุดีขึ้นรวมทั้งสามารถลดระดับของอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ

2. การจัดการความเครียดด้วยการสนับสนุนขององค์กร Obiora²⁸ ได้ทบทวนวรรณกรรมการจัดการความเครียดในแง่ขององค์กรต่อพยาบาลพบว่าแผนการจัดการความเครียดขององค์กรซึ่งรวมถึงการแทรกแซง (intervention) ลงไปในองค์กร เช่น การกำกับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมในความเป็นผู้นำ ควรนำมาพิจารณาสนับสนุนการจัดการความเครียดให้เกิดขึ้นในองค์กร ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับพยาบาล การนำบทบาทนี้รวมถึงหัวหน้างานและผู้ตรวจ ไม่ว่าการในการใช้ทักษะการสื่อสารต่อผู้ร่วมงานให้มีประสิทธิภาพ การจัดบรรยากาศการทำงาน การประเมินความเสี่ยงความเครียดของพยาบาลและทักษะเทคนิคเพื่อ

นำมาสู่การจัดการความเครียด สิ่งเหล่านี้แสดงถึงความเป็นมืออาชีพขององค์กรรวมถึงกลยุทธ์อื่นๆ ที่จะช่วยให้พยาบาลจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ได้แก่ การให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้จักความเครียด การลดเวลาทำงาน การหาสิ่งที่น่าสนใจที่เกิดขึ้นนอกเวลาทำงาน การประชุมพบปะบุคลากรทางการพยาบาล และมีการดูแลที่ดีรวมไปถึงครอบครัวด้วย ภาณุภา และคณะ⁴⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งเขตภาคกลาง พบการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาจะทำให้การทำงานเป็นทีมของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะกิจกรรมการพยาบาลไม่สามารถทำงานเพียงคนเดียวได้ พยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการปฏิบัติงาน ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น และคำปรึกษาแนะนำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ นพคุณ⁴⁹ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา จะคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่มีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องในสังคม ซึ่งมีผลทำให้การเกิดความเครียดจากการทำงานน้อยลง

สรุป

ความเครียดของพยาบาลหมายถึงสภาพการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

ร่างกายและจิตใจ โดยสาเหตุของความเครียดมีได้ทั้งสาเหตุภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล การจัดการความเครียดของพยาบาลสามารถจัดการโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย การมีกิจกรรมนันทนาการที่ชอบปรับเปลี่ยนความคิด ใช้พฤติกรรมมุ่งเน้นการแก้ปัญหาและมุ่งเน้นตอบสนองด้านอารมณ์ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนร่วมงานหรือการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และรับบริการปรึกษาได้ด้วยตนเอง แล้ว ยังต้องประกอบไปด้วยการได้รับความสนับสนุนจากองค์กรทางการพยาบาลเพื่อหากลยุทธ์การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพสำหรับพยาบาลด้วย อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเป็นมืออาชีพของพยาบาล มีผลให้เกิดการลดความเครียดของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ แล้วยังสามารถช่วยป้องกันความเครียดที่จะเกิดตามมามากที่สุด รวมทั้งตัวพยาบาลเองมีความสุข เกิดภาวะสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ รู้สึกสงบ มีความเยือกเย็นภายใน มีอารมณ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความสุขในการทำงานอีกทั้งได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. Beddoe AE, Murphy SO. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students?. J Nurs Educ 2004; 43(7): 305–12.

2. กฤษดา แสงดี, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล, ทัศนกร โนรี, นงลักษณ์ พะไทยา. รายงานสรุปโครงการ ศึกษาติดตามสุขภาพและชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงาน พัฒนาระบบสุขภาพระดับประเทศ กระทรวง สาธารณสุข; 2553.
3. กฤษดา แสงดี. การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน: ประเด็นร้อนที่ยังรอคำตอบ. วารสารกองการ พยาบาล 2552; 36(3): 146-54.
4. สภาการพยาบาล. แผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ.2555 – 2559. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2554.
5. Udomittipong D, Kaewyot K, Yootin K. Review Article: Burnout among nurses. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2014; 8(2): 40-53.
6. Tangestani Y, Khalafi A, Esmaeily S. The relationship between stress and the prevalence of psychosomatic disorders symptoms in ICU nurses. Advances in Asian Social Science 2014; 5(1): 936-8.
7. Promsakul S, Puttapitukpol S, Sawaengdee K. Factors influencing health status of professional nurses at the 17th Public Health Inspection Region. The 1st STOU Graduate Research Conference, Bangkok, Thailand; 2011.
8. Pumfang S, Srisatidnarakul B. Factors of job stress for professional nurses in Tertiary hospital. Kuakarun Journal of Nursing 2015; 22(2): 140-53.
9. Panpech S, Suttarangsri W, Intanon T. Psychiatric nurses' experiences in managing stress based on four noble truths. Master of Nursing thesis. Graduate School, Prince of Songkhla University; 2007.
10. Siriporn C, Praneed S, Somporn R, Warunee F, Wannee D, Sirion S, et al. Happiness and professional attachment amongst Thai registered nurses. Thai Journal of Nursing Council 2012; 27 (4): 26-42.
11. Wannapin T, Wiserith W. Happiness at work of professional nursing staffs in an autonomous university hospital. Rama Nurs J 2012; 18(1): 9-23.
12. Cavaleiro AM, Moura Junior DF, Lopes AC. Stress in nurses working in intensive care units. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(1): 29-35.
13. Adzakupah G, Laar AS, Fiadjoe HS. Occupational stress among nurses in a Hospital Setting in Ghana February 2016. [online]. Available from: <https://oatext.com/Occupational-stress-among-nurses-in-a-Hospital-Setting-in-Ghana.php> [2016 Dec 27].
14. Rashaun R, Paula LG, James W. Alleviating Job Stress in Nurses. NIOSH: Workplace Safety and Health June 2012. [online]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/765974> [2016 Dec 28].
15. Phiraya S, Sarawadee Y, Savai N, Krongdai U. Stress among charge nurses at a university hospital in Bangkok. Journal of Public Health 2014; 44(2): 174-88.
16. Montha L, Suparb A. Sources of stress, coping strategies, and outcomes among nursing students during their initial practice. Rama Nurs J 2009; 15(2): 192-205.
17. Selye H. The Stress of Life. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc; 1956.
18. Harris PE. The nurse stress index. Work and stress. 1989; 3: 335-46.
19. Rawa CN, Shradha AP. Job Stress Causes Attrition among Nurses in Public and Private Hospitals. Journal of Nursing and Health Science 2014; 3(2): 42-7.

20. Pratibha PK. Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian J Occup Environ Med* 2009; 13(1): 28–32.
21. Naiyana S. The Development of Guideline for Stress and Job Burnout Reduction Among Professional Nurses of Samut Sakorn Hospital. Master of Science thesis. Graduate School, Silapakorn University; 2010.
22. Doungjai C, Seenual S, Duangkamol W. Occupational Stress of Thai Professional Nurses in the State of California, United State of America. The 3rd STOU Graduate Research Conference 2013, Sukhothai Thammathirat Open University, Nontaburee, Thailand; 2013.
23. Rita MBD, Luiz AS, Aida MOCM, Maria LCCR. Nurses' workload and its relation with physiological stress reactions. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(6): 959-65.
24. Pavlos S, Eirini R, Andreas T, Maria M, Liana L, Panagiotis B, Dimitris N, Evridiki P. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing* 2016; 15: 56.
25. Salas EM, Driskell JE, Hughes S. Introduction: The study of stress and human performance. In J.E. Driskell & E. Salas (Eds.), *Stress and human performance*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1996.
26. Pisanti R, Van der Doef M, Maes S, Lazzari D, Bertini M. Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(7): 829-37.
27. Afsaneh N, Robert BD, Janet VD, Maria P. *Organizational Behavior*. 1st Edition. California: SAGE Publications, Inc; 2015.
28. Obiora EI. Stress management and coping strategies among nurses: A Literature Review. Degree Programme in Nursing thesis. Yrkeshögskolan Arcada; 2015.
29. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complement Altern Med* 2011; 11: 26.
30. Paul ML, Robert LW, Wesley ES. *Principles and Practice of Stress Management*. Third Edition. New York : The Guilford Press; 2007.
31. Wannapin T, Wiserith W. Happiness at Work of Professional Nursing Staffs in an Autonomous University Hospital. *Rama Nurs J* 2012; 18(1): 9 -23.
32. Abdalrahim AA. Stress and Coping among Psychiatric Nurses. *Middle East Journal of Nursing* 2013; 7(4): 30-7.
33. Somayeh R, Afifeh RK, Malihe T, Zohreh BJ, Marzieh KJ. A Study of the Coping Strategies Used by Nurses Working in the Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Jahrom University of Medical Sciences. *International Journal of Current Microbiology and Applied Sciences* 2015; 4(4): 157-63.
34. Sofia Z, Stavroula M, Victoria A, Athanasios S, John S, Evangelos F, et al. Assessing Factors That Affect Coping Strategies Among Nursing Personnel. *Mater Sociomed* 2016; 28(2): 146-50.
35. Kathleen AV. *Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life*. The Online Journal of Issues in Nursing 2014; 19(3): 1.

36. Catherine D, Kay D, Mary KD, Rebecca P. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
37. Loo SB. Job Stress and Coping Mechanisms among Nursing Staff in Public Health Services. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 2012; 2(7): 131-76.
38. Yolanda RL, Luis C, Azucena P, Loreto M. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Texto contexto – enferm* 2014; 23 (3): 555-62.
39. Mina BA. Factors Affecting Nurses' Workplace Stress Inyowari Hospital of Sentani District, Jayapura. *International Conference on Social Science and Biodiversity of Papua and Papua New Guinea*. KnE Social Sciences 2015; 2016: 183-91.
40. Jannati Y, Mohammadi R, Seyedfatemi N. Iranian clinical nurses' coping strategies for job stress. *J Occup Health* 2011; 53(2): 123-9.
41. Sasitorn R, Kannikar C, Usa T. Spiritual needs related to prevention of pre-marital sex among Thai adolescents. *Journal of public health nursing*. 2015; 29(3): 90-102.
42. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine* 2010; 71(10): 1855-63.
43. Livingston KA, Cummings AL. Spirituality and young women in transition: A preliminary investigation. *Counseling and Values* 2009; 53(3): 224-35.
44. Scott B, Darrin C. *Stress Management for Nurses*. New South Wales: New South Wales Nurses' Association; 2006.
45. Scott B, Darrin C, Greg F. Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science* 2008; 5(2): 109-15.
46. Annie LFM, Janita PCC, David WKC, Wan YI. The effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing stress among nurses working in hospitals: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2014; 12(7): 12–23.
47. Orly S, Rivka B, Dorit S. The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 2(2): 928-32.
48. Panipha S, Tassanee R, Orawan K. Factors correlated to job stress among nurses in specialised cancer hospitals, central region of Thailand. *Journal of Health Sciences Research* 2014; 8(1): 17-27.
49. Saowaluck N. Tension and tension coping behavior of personnel working in the children ward, McCormick Hospital, Chiang Mai Province. Master of Education thesis. Graduate School, Chiang Mai University; 2005.



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

คณะที่ปรึกษา	พญ.สุพัฒนา เดชาตวงค์ ณ อยุธยา นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ นพ.สินเงิน สุขสมปอง นพ.ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ พญ.ปัทมา ศิริเวช รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ผศ.ดร.นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
บรรณาธิการ	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	
บรรณาธิการรอง	น.ส.อรภรณ์ สวนซัง	
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี ดร.ธนະภูมิ รัตนานุพงศ์ นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง นางคณฤ์ อุดมอิทธิพงศ์	
กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)	นพ.พงศกร เล็งดี พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล น.ส.จิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์ นางฐปนีย์ ฟูมุลเจริญ น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง น.ส.สาวิตรี สุริยะฉาย น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒน์ธนนท์ นายกฤตณัย แก้วยศ	นพ.ปัทมานนท์ ขวัญสนิท ดร.วิภาวี เผ่ากันทรารกร น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย น.ส.นิรมล ปะนะสุณา น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ นางฉัตรสุดา จุงสกุล น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น
ผู้จัดการ		
การติดต่อ	โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286 โทรสาร 0-2437-7560 E-mail: researchsomdet@gmail.com	

หมายเหตุ :

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (มีนาคม - สิงหาคม และ กันยายน - กุมภาพันธ์)
บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน / 1 บทความ
ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



ISSN 1905-8586

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Advisory board	Supathana Dejatiwongse	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Kasem Tantiphalachiva	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Singern Sooksomprong	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Thanundr Piyasirisilp	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Pattama Sirivech	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Chatchawan Silapakit	Contemplative Education Center, Mahidol University
	Chaichana Nimnuan	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
Editor	Pholphat Losatiankij	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Associate editor	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Editorial board	Vitoon Lohsoonthorn	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
	Woraphat Ratta-Apha	Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
	Nopporn Tanthirungsri	Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
	Thanapoom Rattananupong	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital
	Chadapa Prasertsong	Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University
	Dussadee Udomittipong	Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)		
	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit
	Thitima Sanguanvichaikul	Vipave Phaogunthakorn
	Jitrapun Popairoj	Wattanaporn Pibullarak
	Chumphorn Bankluai	Thapanee Foomooljareon
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang
	Sawitree Suriyachai	Chatsuda Chungsakul
Manager	Chonsinun Thanapatthanon	Keyunmart Yootin
	Krittana Kaewyot	

Contact Information :

Subscription request, address changes or other communications please kindly send to manager of the Journal at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Tel. 02-4422500 Ext. 59286

Fax. 0-2437-7560

E - mail researchsomdet@gmail.com



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2560

	หน้า
สารบัญ	ค
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานคร	1
สาวิตรี แสงสว่าง, ประเทือง ละออสุวรรณ, อัญชลี ศรีสุพรรณ, กาญจนา สุดใจ	
การวิเคราะห์รูปแบบการใช้ยาในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิ่วโรเล็คติก โดยใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์	11
ชมภูนุช สุคนธาวรี ชนัญฐิตา เมืองคำ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	
ผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย	24
ลลิตา อันอามาศย์	
ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ	34
ศันสนีย์ ประชุมศรี ศุวรรณ อนุสันติ	
บทความฟื้นฟูวิชาการ	
การจัดการความเครียดของพยาบาล: บทความฟื้นฟูวิชาการ	45
คุณฤณี อุดมอิทธิพงศ์ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	



Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Volume 11 Number 1 March 2017

	Page
Contents	๓
Instruction to Authors	๖
Preface	๗
Original Article :	
The Effectiveness of Home Health Care Program on Length of Home Stay in Schizophrenia Patients in Bangkok	2
Sawitree saengsawang, Prathaung Laorsuwan, Ancharee Srisuphan, Kanchana Sutchai	
Analysis of Medication Used Patterns in Patients with Neuroleptic Malignant Syndrome by Association Rules Technique	12
Chumpoonuch Sukontavaree Chanatthida Muangkum Pholphat Losatiankij	
Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression of Major Depressive Disorders Patients with Attempted Suicide	25
Lalita Anarmat	
Effect of Using Primary Nursing Model that Integrated King's Nursing Theory for Schizophrenic Patients on Therapeutic Communication as Perceived by Professional Nurses	35
Sansanee Prachumsri Suwanna Anusanti	
Review Article :	
Stress Management in Nurses: Review Article	46
Dussadee Udomittipong Pholphat Losatiankij	



คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาจัดทำขึ้นเพื่อประชาสัมพันธ์นโยบาย และกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนี้

* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ

* ชื่อผู้นิพนธ์ และสังกัด (Author & byline) ภาษาไทยและอังกฤษ

* เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย :

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

* สรุป (Conclusion)

* กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

* เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัยโดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใดๆ มาก่อนบทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้นๆ แต่ได้ ใจความสามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและอังกฤษ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญของแต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้ วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ (Materials and methods) ผล (Results) สรุป (Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตามด้วย คำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็น คำหรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและภาพประกอบไม่เกิน 4 ตาราง หรือภาพ และไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่สำคัญ

ที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมาประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมีน้ำใจไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก (ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงท้ายบทความ จะมีตัวอย่างการเขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 28 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อจากคำอธิบาย
2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาดโปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลังเขียนลูกศรด้วยดินสอคำเป็นแนวตั้งตามที่ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียนหมายเลขกำกับไว้ว่ารูปที่ 1 รูปที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วย คำอธิบายรูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วน

ประกอบ ดังนี้

- * ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวอรรถการศึกษาสูงสุด ภาษาไทยและอังกฤษ
- * บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * บทนำ (Introduction)
- * บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วนๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์ แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก
- * สรุป (Conclusion)
- * เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูล เพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับ ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ หรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยราย ชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย.....ราย (Case Report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่า เป็นรายงานผู้ป่วย ถ้าแสดงรูปภาพต้องเฉพาะที่จำเป็นจริงๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ

รายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

- * ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ

- * ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อการศึกษาสูงสุด ภาษาไทยและอังกฤษ
- * บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * บทนำ (Introduction)
- * รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด
- * วิจารณ์ (Discussion)
- * สรุป (Conclusion)
- * กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)
- * เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

- * ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อการศึกษาสูงสุด ภาษาไทยและอังกฤษ
- * เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย :
 - บทนำ (Introduction)
 - ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
 - ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย
 - ประเด็นสำคัญ
 - ประเด็นย่อย
 - สรุป (Conclusion)
- * กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)
- * เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรม

ศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับ คำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทย ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียน คำสัณธิ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ ให้ใช้กระดาษสีขาวขนาด 8¹/₂ x 11 นิ้ว หรือ ISO A4 พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Word Processor for window ขนาดตัวอักษร ภาษาไทยอิงสนา UPC ขนาด 16 และ ให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้า กระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 1 ชุดและสำเนา 1 ชุด ในกรณีที่มีรูปภาพให้ส่งมา 2 ชุด มาที่กองบรรณาธิการ ส่วน Diskette ให้ส่งมาพร้อมกับบทความต้นฉบับหรือส่งทาง E - mail : researchsomdet@gmail.com

ในกรณีที่มิใช่ผู้พิมพ์ 2 คนขึ้นไป ให้แนบต้นฉบับหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ร่วมพิมพ์ไปด้วย ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในมนุษย์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ฉบับนี้ ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 28 ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร : หน้า

- ตัวอย่างที่ 1 Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of Bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.
- กรณีที่มีผู้พิมพ์รวมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตาม et al. หรือ และคณะ

- ตัวอย่างที่ 2 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.
- ถ้าอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ก่อนนามสกุล

โปรดสังเกต

- * ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัว พิมพ์ใหญ่
- * ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก [http:// www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)
- * ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย นิยมใช้ชื่อเต็มของวารสาร เนื่องจาก ตัวย่ออาจทำให้ค้นหาลำบาก
- * ระหว่างชื่อย่อวารสารภาษาไทย อังกฤษ กับปีที่พิมพ์ไม่มีเครื่องหมายวรรคตอนใดๆ กันอยู่
- * หลังเครื่องหมายวรรคตอน (;) (:) ที่คั่นระหว่าง ปี ปีที่ และหน้าของวารสารให้เขียนติดต่อกันไม่มี

เว้นวรรค นอกจากนี้ การใช้เครื่องหมาย (;) (:) (.) ให้พิมพ์ชิดตัวอักษร แล้วเว้น 1 วรรค ก่อนพิมพ์ต่อไป ยกเว้นหลัง เครื่องหมาย (.) ให้เว้น 2 วรรค

- * การย่อเดือนภาษาอังกฤษ ให้ใช้ ตัวอักษร 3 ตัวแรก เช่น Jan แทน January
- * เลขหน้าการอ้างอิงใช้ตัวเต็ม สำหรับหน้าแรก และตัวย่อ สำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 548- 52 แทน 548-552

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.3 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร : หน้า.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

- ตัวอย่างที่ 3 Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med j 1994; 84: 15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

- ตัวอย่างที่ 4 Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis 1991; 11 suppl: S2-7

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะอาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นในเครื่องหมาย [] เช่น

- ตัวอย่างที่ 5 อัมพร เบญจพลพิทักษ์. สุขภาพจิตครอบครัว.....สุขภาพจิตสังคม [บทบรรณาธิการ]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10: 137-42

- ตัวอย่างที่ 6 Cleare AJ, Wesly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996; 347: 1770.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป
รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อ
ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่...(กรณีพิมพ์
มากกว่า 1 ครั้ง) ชื่อเมือง:สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่างที่ 7 Eisen HN. Immunology: an intro-
duction to molecular and cellular
principles of the immune response.
5th ed. New York: Harper and Row;
2529.

ตัวอย่างที่ 8 สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึกอบรมปศุสัตว์ใน
ทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์.
กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์;
1974.

- กรณีที่มีผู้พิมพ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่
ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย และคณะ
- ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์
ก่อนนามสกุล

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้
รวบรวม

ตัวอย่างที่ 9 ธนู ชาติชนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือ
ประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่ :
โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536

ตัวอย่างที่ 10 Dausser J, Colombani J, editors.
Histocompatibility testing 1972.
Copenhagen:Munksgaard; 1973

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและ
เป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 11 กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10.
นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

ตัวอย่างที่ 12 Institute of Medicine (US).
Looking at the future of the
Medicaid program. Washington:
The Institute; 1992.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 13 Strang J, Gradley B, Stockwell T.
Assessment of drug and alcohol use.
In : Thompson C, editor. The
instrument of psychiatric research.
London: John Wiley & son; 1989:
211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ
ประชุม (Conference Proceeding)

ตัวอย่างที่ 14 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ.
ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบ
การประชุมวิชาการสุขภาพจิต
นานาชาติประจำปี 2545 เรื่อง
สุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 - 23
สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปรีณซ์
พาเลซ. กรุงเทพมหานคร: กรม
สุขภาพจิต; 2545.

ตัวอย่างที่ 15 Bengtsson S, Solheim BG.
Enforcement of data protection,
privacy and security in medical
informatics. In: Lun KC, Degoulet
P, Peimme TE, Riengoff O, editors.
MEDINF092. Proceedings of
the 7th world Congress on Medical
Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva,
Switzerland. Amsterdam: North
Holland; 1992: 1561-5.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง : ชื่อมหาวิทยาลัย ; ปี.

ตัวอย่างที่ 16 Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 17 พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิตีสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

4.1 รายงานการวิจัย

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน). ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง : สำนักพิมพ์. ปี. ชื่อชุด (ถ้ามี)

ตัวอย่างที่ 18 อรวรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

ตัวอย่างที่ 19 กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย โดยคอมพิวเตอร์. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2542.

4.2 รายงานทางวิทยาศาสตร์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้ผลิตรายงานหรือบรรณาธิการ. ชื่อรายงาน. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปี. ชื่อสัญญา. ชื่อผู้สนับสนุน.

ตัวอย่างที่ 20 Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), office of Evaluation and Inspection; 1994 Oct. ReportNo. HHSIGOE 169200860.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์.

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี ; ปีที่วารสาร : [จำนวน. screens หรือ จำนวนย่อหน้า]. [ประเภท ของวัสดุ]. ที่มา: แหล่งสารสนเทศ [วัน เดือนปี ที่ค้นเอกสาร]

ตัวอย่างที่ 21 Wallker J. The coolumbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.html [1999 Feb 11].

5.2 กรณีไม่ปรากฏผู้นิพนธ์

ตัวอย่างที่ 22 Post menopausal osteoporosis: optimum time to start therapy un cler. Drugs & Therapy 1997; 10 (7): [18 screens]. [online]. Available from: <http://www.medscape.com/adis/DTP/1997/v10.n07/dtp1007.03/dtp 1007. 03html> [1999 Feb 23].

5.3 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน : Sender (Sender E-mail address). Subject of message. E-mail to recipient (Recipients E-mail address). [date of messages]

5.4 บัญชีอภิปราย (Discussing list messages)

รูปแบบพื้นฐาน : *Auther. Subject of message.*
Date. Online posting. Discussion list. Available
from: E-mail: DISCUSSION LIST e-mail address
[1996 Apr 29].

ตัวอย่างที่ 23 Jenson LR.Recommendation of
student radio / tv in English. 1995
Dec 12. LASTAR [online]. Available
from: LISTERV2FTP.NRG.DTU.
DK [1996 Apr 29].

5.5 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM).

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง.ชื่อย่อ
วารสาร [serial on CD-Rom]. ปี:ปีที่วารสาร: หน้า

ตัวอย่างที่ 24 Gershon ES.Antisocial behavior.
Arch Gen Psychiatry [serial on
CD - ROM].1995;52-900-1.

6. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

6.1 บทความหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อ
หนังสือพิมพ์. วันเดือนปี : section (ถ้ามี) : เลขหน้า
(คอลัมน์).

ตัวอย่างที่ 25 Lee G. Hospitalizations tied to
ozone pollution; study estimates
50,000 admissions annually. The
Washington Post 1996 jun 21; Sect.
A: 3(col.5)

ตัวอย่างนี้หมายถึงหนังสือพิมพ์ฉบับ วันที่ 21
มิถุนายน ในส่วน A (ซึ่งเป็นส่วนหน้าสุดโดยอ้างอิง
ส่วนที่พิมพ์ในหน้า 3 คอลัมน์ 5)

6.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

ตัวอย่างที่ 26 Stedman's medical dictionary.
26th ed. Baltimore: William &

Wilkins 1995; Apraxia: p. 119-20.

6.3 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน

รูปแบบพื้นฐาน : ผู้จัดทำ, หน้าที่รับผิดชอบ.
ชื่อเรื่อง [ชนิดสื่อ]. ชื่อเมือง : แหล่งผลิตหรือผู้เผยแพร่ :ปีที่ผลิต

ตัวอย่างที่ 27 พจน์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอด
ของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ]
กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุ
กระจายเสียงแห่งประเทศไทย;
13 เมษายน 2520.

6.4 เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง.ชื่อย่อ
วารสาร *In press* ปีที่พิมพ์.

6.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นสื่อรวมทางการศึกษา
(Citing Multimedia Material)

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อเรื่อง. [วิธีทัศน]. ชื่อ
เมือง: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต

ตัวอย่างที่ 28 Get the facts (and get them organised)
[videocassette]. Williamstown,
Vic.: Appleseed Productions; 1990.



บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาธิบดีเจ้าพระยาธิบดีนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 11 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้มีบทความวิจัยด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งบทความฟื้นฟูวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งประกอบด้วยรายงานวิจัย 4 เรื่อง โดยเรื่องแรกเป็นเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานคร ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวเป็นการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวในชุมชนและอยู่บ้านได้นานขึ้น เรื่องที่สองเป็นการวิเคราะห์รูปแบบการใช้ยาในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกโดยใช้เทคนิคกฎความสัมพันธ์ ซึ่งผลการวิจัยนี้ทำให้เกิดการเฝ้าระวังการเกิดอาการนิวโรเลปติกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับยาบางชนิดร่วมกัน เรื่องที่สามเป็นผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งหากนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลต่างๆ ก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เรื่องที่สี่เป็นผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการทฤษฎีการพยาบาลของคิงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อการรับรู้การสื่อสารเชิงการบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลชนิดนี้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงการสื่อสารเชิงบำบัดได้มากขึ้นและทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ท้ายเล่มยังมีบทความฟื้นฟูวิชาการเรื่องการจัดการความเครียดของพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการจัดการความเครียดและง่ายต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ส่งบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาธิบดีเจ้าพระยา หากท่านผู้อ่านมีคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวารสาร กรุณาส่งคำแนะนำมายังกองบรรณาธิการเพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงในฉบับต่อไป และขอเชิญชวนท่านผู้อ่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยสามารถดูรูปแบบบทความวิชาการที่ส่งตีพิมพ์ได้จากคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ และสามารถอ่านบทความย้อนหลังได้ที่ http://www.somdet.go.th/_site/journal.html

บรรณาธิการรอง