นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและรูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

กิติรัฐ เนตรแก้ว, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลแบบสำรวจภาคตัดขวางจากเวชระเบียน รวมทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 15 พ.ย. 2558 – 15 พ.ค. 2559 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (F20.0 – F20.9) โดยประเมินผู้ป่วยที่เข้ากับโรคจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลประวัติการรักษา รวมทั้งประเมินความรุนแรงด้วยเครื่องมือแบบประเมิน Brief psychiatric rating scale (BPRS) และแบบประเมิน Clinical global impression (CGI) ส่วนการประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยใช้แบบประเมิน Personal and Social Performance Scale, Thai Version (Thai-PSP) แล้วนำข้อมูลแสดงผลทางสถิติ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 524 คน โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทดื้อต่อการรักษาจำนวน 51 คน (ร้อยละ 9.7) ในผู้ป่วยจิตเภทดื้อต่อการรักษา เป็นเพศชาย 23 คน (ร้อยละ 45.1) เพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 54.9) ประเมินความรุนแรงด้วย BPRS ค่าเฉลี่ย 53.57 คะแนน (SD = 8.06) ประเมินความรุนแรงด้วย CGI-S เป็น markedly ill 45 คน (ร้อยละ 88.2) อายุเริ่มป่วยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทดื้อต่อการรักษา 26.69 ปี (SD = 6.60) รูปแบบการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทดื้อต่อการรักษาใช้ยา 1 ชนิด จำนวน 35 คน (ร้อยละ 68.7) โดยใช้ยา clozapine 24 คน (ขนาดยา clozapine เฉลี่ย 322.92 ± 119.54 mg/day) และกลุ่มใช้ยามากกว่า 1 ชนิด จำนวน 16 คน (ร้อยละ 31.3) การใช้ยาฉีด long acting 25 คน (ร้อยละ 49.1) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy – ECT) 19 คน (ร้อยละ 37.2) โดยเป็นช่วง acute 17 คน และเป็น maintenance 2 คน

สรุป : ข้อมูลความชุกและรูปแบบการใช้ยารักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาจากงานวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ความชุก, จิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา, รูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิต

*จิตแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

PREVALENCE AND ANTIPSYCHOTIC DRUG PRESCRIPTION FOR TREATMENT RESISTANT SCHIZOPHRENIA

Kitirat Netrkaew, Thitima Sanguanvichaikul***

Abstract

Objective : Study performed to assess prevalence and antipsychotic drug prescription for treatment resistant schizophrenia inpatient at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and method : The descriptive cross-sectional study obtained data from medical records and interview of patient that admission at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry between 15 November 2015 and 15 May 2016. Patients must have the diagnosis of schizophrenia (ICD-10 coding of F20.0 – F20.9) and evaluate for criteria of treatment resistant schizophrenia. Drug prescription were collected and severity of illness using BPRS and CGI-S, personal function using Personal and social performance scale, Thai Version (Thai-PSP). Percentage, prevalence, mean, standard deviations were used as statistical analysis.

Results : From all of the 524 patients, the 51 patients (9.7%) meet for criteria of treatment resistant schizophrenia. Of these, the 23 patients (45.1%) were male and 28 patients (54.9%) were female. The mean of BPRS was 53.57 ± 8.06. Most results of CGI-S were marked ill (88.2%). The mean of age onset 26.69 ± 6.60 year. Of all antipsychotics prescribed, 35 patients (68.7%) were in group that used 1 antipsychotic . Of these group, clozapine was the most antipsychotic prescribed (47.1%). The mean dose of clozapine in these group was 322.92 ± 119.54 mg/day. Another group were prescribed >1 antipsychotics (16 patients, 31.3%). The 25 patients (49.1%) were treated with long acting antipsychotic. The 19 patients (37.2%) were treated with electroconvulsive therapy (acute-ECT 17 patients, maintenance-ECT 2 patients).

Conclusion : About data of prevalence and antipsychotic drug prescription for treatment resistant schizophrenia, these are basic information for planning of management in treatment resistant schizophrenia.

Keywords : antipsychotic drug prescription, prevalence, treatment resistant schizophrenia

*Psychiatrist, Chiangrai Prachanukroh Hospital
**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและมีการดำเนินโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมแปลกประหลาด แตกต่างจากคนทั่วไปในสังคม[1] เช่น ผู้ป่วยพูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว การดูแลสุขอนามัยตนเองลดลง การเคลื่อนไหวผิดปกติ พฤติกรรมค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (catatonic motor behavior) เป็นต้น ซึ่งเมื่อการเจ็บป่วยเป็นเรื้อรังจะมีผลต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ทั้งด้านการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและการอยู่ในสังคม จากข้อมูลความชุกผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทในประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2554 พบว่าเป็นร้อยละ 0.8

การรักษาโรคจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเมื่อมีการค้นพบยารักษาโรคจิตตัวแรก คือ chlorpromazine ในปี พ.ศ. 2493 มีผลช่วยลดอัตราการพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ลดอาการทางจิตของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้มากขึ้น[2] อันทำให้เกิดการพัฒนายารักษาโรคจิตมากขึ้น จากยารักษาโรคจิตรุ่นแรก (first generation antipsychotic) มาถึงยารักษาโรคจิตรุ่นที่สอง (second generation antipsychotic) เพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตและลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยากลุ่มแรก

เมื่อติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิต จะมีกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยาน้อยหรือไม่ตอบสนอง ทำให้มีการศึกษาและพบว่า หนึ่งในห้า ถึง หนึ่งในสาม ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากับจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา (Treatment Resistant Schizophrenia – TRS)[3-5] และมีการพัฒนากำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย รวมทั้งแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว[6] ตั้งแต่การใช้ยารักษาโรคจิตตัวเดียว การใช้ยารักษาโรคจิตสองตัวหรือมากกว่านั้น การใช้ยาควบคุมอารมณ์ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคจิต และการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมทั้งการทำจิตบำบัด แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากมักจะมีระยะเวลาการนอนรักษาแบบผู้ป่วยในนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงกว่าการรักษาในโรคจิตเภทโดยรวม

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นสถาบันที่ให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช มีข้อมูลการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันด้วยโรคจิตเภทในช่วง 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2557 เป็นจำนวน 1,768 คน โดยเฉลี่ยประมาณ 147 คน/เดือน เนื่องจากเป็นสถาบันหลักแห่งหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความหลากหลายของผู้ป่วยและมีกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าได้กับจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนในแง่ของความชุก

ข้อมูลพื้นฐานของความชุกและรูปแบบของการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา มีประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนต่อไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รวมทั้งรูปแบบการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้าวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน 2558 ถึง 15 พฤษภาคม 2559 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 : F20.0 – F20.9)

เกณฑ์การคัดออกวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป

- ผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อหรือประวัติส่วนตัวมาก่อน
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น หูหนวกเป็นใบ้ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

2. ข้อมูลการวินิจฉัย[7]

- ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดยกเว้น ใช้สุรา และสูบบุหรี่
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา
- ผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองและระบบประสาท เช่น สมองบาดเจ็บรุนแรง ลมชัก โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือหลอดเลือดสมองแตก หรือโรคร่วมทางกายที่รุนแรงจนกระทั่งมีผลต่อการให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากข้อมูลงานวิจัย[3-5] พบว่าความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาเป็น 20 - 33% ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด จึงใช้สูตรคำนวณขนาดประชากร คือ

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{e^2}$$

ดังนั้น ผู้วิจัยจะต้องมีกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 290 คน

เกณฑ์ของจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา มีดังนี้ (ดัดแปลงจาก modified criteria[8])

1. มีการเปลี่ยนชนิดยารักษาโรคจิต ≥ 2 ชนิด
2. โดยได้รับยารักษาโรคจิตในขนาด therapeutic dose[9] เป็นระยะเวลาที่ได้ยาต่อเนื่อง ≥ 6 สัปดาห์ (ของยาแต่ละชนิด)
3. อาการทางจิตยังไม่ดีขึ้น ประเมินจากคะแนนรวม Brief psychiatric rating scale (BPRS) > 45 (จาก 18 หัวข้อ) โดยที่ในหัวข้อ positive symptom ได้แก่ auditory hallucination, suspiciousness, unusual thought content และ conceptual disorganization ได้คะแนน > 4 อย่างน้อย 2 ข้อ (จาก 4 หัวข้อนี้)
4. มีการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคม (Personal and Social Performance Scale, Thai Version, Thai-PSP) ได้คะแนนรวม < 60
5. โดยการเปลี่ยนชนิดของยาจะต้องไม่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (non-compliance) และไม่เกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยา (adverse effect)

การเก็บข้อมูลบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ตามแบบบันทึกข้อมูล มีการประเมินอาการตาม แบบประเมิน

ตารางที่ 1 Clinical dosing equivalencies and dosing recommendations of oral antipsychotics ดัดแปลงจากจากงานวิจัยของ David M. Gardner[9] (เพื่ออ้างอิง therapeutic dose ของการใช้ยา antipsychotic)

Drug	Eqivalency ratio versus chlorpromazine (mg/day)	Recommended dosing (mg/day)
Aripiprazole	20	15 - 30
Chlorpromazine	1	300 - 600
Clozapine	1.5	200 - 500
Flupenthixol	60	5 - 12
Fluphenazine	50	5 - 15
Haloperidol	60	5 - 10
Olanzapine	30	10 - 20
Paliperidone	66.7	6 - 9
Perphenazine	20	12 - 24
Pimozide	75	4 - 6
Quetiapine	0.8	400 - 800
Risperidone	100	4 - 6
Thioridazine	1.2	200 - 500
Trifluoperazine	30	10 - 20
Ziprazidone	3.75	120 - 160

Brief psychiatric rating scale (BPRS)[10] แบบประเมิน Clinical global impression (CGI)[11] และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคม (Personal and Social Performance Scale, Thai Version, Thai-PSP)[12]

โดยการประเมินเพื่อบันทึกข้อมูลประเมินภายใน 96 ชั่วโมงหลังรับผู้ป่วยไว้ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการตามแบบประเมินและลงบันทึกข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยออกแบบบันทึกข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.2 ประวัติการรักษา

2. แบบประเมิน ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมิน Brief psychiatric rating scale (BPRS)[10]

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีทั้งหมด 18 หัวข้อ

การให้คะแนน (rating key) แบ่งความรุนแรงเป็น 7 ขั้น คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง 5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

2.2 แบบประเมิน Clinical global impression (CGI)[11]

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และมีการให้คะแนนตามระดับโดยที่ ไม่พบอาการผิดปกติ ให้ 1 คะแนน และมีอาการผิดปกติทางจิตรุนแรงมาก มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันมาก จนประทั่งอาจมีความจำเป็นต้องพักรักษาในโรงพยาบาล ให้ 7 คะแนน

2.3 Personal and Social Performance Scale, Thai Version (Thai-PSP)[12]

เป็นการประเมินโดยให้คะแนนเกี่ยวกับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา หรือตั้งแต่พบกันครั้งสุดท้ายก่อนหน้า มีอยู่ 4 ด้าน ดังนี้

1) กิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์รวมถึงการงาน, การเรียน, การทำงานบ้าน

2) ความสัมพันธ์กับคนอื่นและคนในสังคม

3) การดูแลอนามัยส่วนตัว

4) พฤติกรรมรบกวนผู้อื่นหรือก้าวร้าว

ผลการประเมินความสามารถจะแบ่งเป็น 6 หัวข้อคือ ไม่มีปัญหา มีบ้างเล็กน้อย มีพอปรากฏ มีอย่างชัดเจน มีรุนแรง มีรุนแรงมาก หลังจากประเมินความสามารถแต่ละด้านลงในหัวข้อต่างๆที่กำหนดไว้แล้ว จะนำมาให้คะแนนตามเกณฑ์ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 100 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เป็นความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา

จากตารางที่ 2 จากผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน 2558 – 15 พฤษภาคม 2559 เป็นจำนวน 1,028 คน เป็นเพศชาย 585 คน เพศหญิง 443 คน จากตารางแสดงกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษามีจำนวน 51 คน (ร้อยละ 9.7) เป็นเพศชาย 23 คน (ร้อยละ 45.1) เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 54.9) สถานภาพส่วนใหญ่คือโสด จำนวน 45 คน (ร้อยละ 88.2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (รวมทั้ง ปวช.) จำนวน 22 คน (ร้อยละ 43.1) และผู้ป่วยทั้งหมด 51 คน ไม่มีงานประจำ ในเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่ามีผู้ไม่ใช้บุหรี่จำนวน 29 คน (ร้อยละ 56.9) และเคยใช้บุหรี่จำนวน 4 คน (ร้อยละ 7.8) ส่วนที่ยังใช้บุหรี่อยู่จำนวน 18 คน (ร้อยละ 35.3) ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผู้ไม่ใช้สุราจำนวน 37 คน (ร้อยละ 72.5) และผู้เคยใช้สุรา

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	45.1
หญิง	28	54.9
อายุ (ปี)		
21 - 30	4	7.8
31 - 40	10	19.6
41 - 50	17	33.3
51 - 63	20	39.2
สถานภาพ		
คู่	1	2.0
โสด	45	88.2
หย่า	5	9.8
การศึกษา		
ประถมศึกษา	14	27.5
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (รวมทั้ง ปวช.)	22	43.1
อนุปริญญาหรือ ปวส.	1	2.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	27.5
สิทธิ์การรักษา		
ชำระเงินเอง	21	41.2
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	26	51.0
ข้าราชการ/ต้นสังกัด	1	2.0
สังคมสงเคราะห์	3	5.9
ที่อยู่อาศัย		
อาศัยกับญาติพี่น้อง	45	88.2
บ้านกึ่งวิถี	1	2.0
อื่น ๆ	5	9.8
การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
บุหรี่		
ไม่เคยใช้	29	56.9
เคยใช้แต่หยุดแล้ว	4	7.8
ปัจจุบันยังใช้อยู่	18	35.3
สุรา		
ไม่เคยใช้	37	72.5
เคยใช้แต่หยุดแล้ว	10	19.6
ปัจจุบันยังใช้อยู่	4	7.8

สุราจำนวน 10 คน (ร้อยละ 19.6) ส่วนที่ยังใช้สุราอยู่จำนวน 4 คน (ร้อยละ 7.8) ปริมาณการใช้บุหรี่ น้อยสุดเป็น 2.9 pack year และมากสุดเป็น 40.0 pack year ค่าเฉลี่ยเป็น 12.7 pack year (SD = 10.8) ส่วนปริมาณการใช้สุรา น้อยสุดเป็น 1.0 standard drink และมากสุดเป็น 4.0 standard drink ค่าเฉลี่ยเป็น 2.4 standard drink (SD = 1.3)

ข้อมูลแบบประเมิน BPRS, CGI และ Thai-PSP ของกลุ่มจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

จากตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนนต่ำสุด 46 คะแนน, คะแนนสูงสุด 84 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย 53.57 คะแนน (SD = 8.06) ซึ่งแสดงว่าความรุนแรงของอาการเข้าได้ตามเกณฑ์กลุ่มจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาจากแบบประเมิน CGI-S พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม markedly ill จำนวน 45 คน (ร้อยละ 88.2) และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคมด้วยแบบประเมิน Thai-PSP พบว่าคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 - 50 จำนวน 45 คน (ร้อยละ 88.2) ซึ่งแสดงว่าความสามารถบกพร่องของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าได้ตามเกณฑ์กลุ่มจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลในเรื่องอายุของกลุ่มผู้ป่วย พบว่าอายุน้อยสุดคือ 26 ปี อายุมากสุดคือ 63 ปี อายุเฉลี่ย 46.61 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.71) ข้อมูลอายุที่เริ่มป่วย อายุน้อยสุดคือ 15 ปี อายุมากสุดคือ 46 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วย 26.69 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.60) ข้อมูลระยะเวลาก่อนผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา ระยะเวลาน้อยสุดคือ 2 สัปดาห์ ระยะเวลามากสุดคือ 48 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้ารับการรักษาคือ 6.32 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.16) และข้อมูลจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล โดยใช้ครั้งที่เข้าร่วมวิจัยในการลงข้อมูลพบว่า จำนวนครั้งน้อยที่สุด คือ 1 ครั้ง จำนวนครั้งมากที่สุดคือ 63 ครั้ง โดยเฉลี่ย 12.84 ครั้ง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.56)

จากตารางที่ 5 แสดงรูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิต ในรูปแบบยากิน แบ่งเป็นใช้ยา 1 ชนิด จำนวน 35 คน (ร้อยละ 68.7) โดยเป็น Typical antipsychotic จำนวน 5 คน (ประกอบด้วย flupenthixol 1 คน, haloperidol 2 คน, perphenazine 2 คน) และ Atypical antipsychotic จำนวน 30 คน (ประกอบด้วย clozapine 24 คน และ non-clozapine 6 คน) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาที่มีการใช้ยารักษา 1 ชนิดและใช้เป็น clozapine จำนวน 24 คน ใช้ขนาดยาต่ำสุด 75 mg/day และขนาดยาสูงสุด 550 mg/day ขนาดยาเฉลี่ย 322.92 mg/day (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 119.54)

กลุ่มที่ใช้ยามากกว่า 1 ชนิดแบ่งเป็นกลุ่ม Typical + Typical antipsychotic จำนวน 1 คน (ใช้ยา flupenthixol + haloperidol) กลุ่ม Typical + Atypical antipsychotic จำนวน 8 คน (ประกอบด้วย flupenthixol + clozapine จำนวน 1 คน, perphenazine + clozapine จำนวน 1 คน

ตารางที่ 3 ผลประเมิน Brief psychiatric rating scale (BPRS), Clinical global impressions severity scale (CGI-S) และ (Personal and Social Performance Scale, Thai Version (Thai-PSP)

แบบประเมิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
BPRS (ค่าเฉลี่ย = 53.57 ± 8.06 คะแนน)		
41 - 55	35	68.6
56 - 70	14	27.5
71 - 85	2	3.9
CGI-S		
Moderately ill	1	2.0
Markedly ill	45	88.2
Severely ill	5	9.8
Thai-PSP		
31 - 40	5	9.8
41 - 50	45	88.2
51 - 60	1	2.0

ตารางที่ 4 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

ข้อมูล	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	26	63	46.61	9.71
อายุที่เริ่มป่วย (ปี)	15	46	26.69	6.60
ระยะเวลาก่อนผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา (เดือน)	0.25	48	6.32	10.16
จำนวนนอน รพ. (ครั้ง)	1	63	12.84	12.56

haloperidol + flupenthixol + clozapine จำนวน 2 คน haloperidol + risperidone จำนวน 2 คน flupenthixol + risperidone จำนวน 1 คน perphenazine + risperidone จำนวน 1 คน และกลุ่ม Atypical + Atypical antipsychotic จำนวน 7 คน (ประกอบด้วย risperidone + clozapine จำนวน 5 คน quetiapine + clozapine จำนวน 1 คน, quetiapine + aripiprazole จำนวน 1 คน)

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยได้รับยา long acting จำนวน 25 คน (ร้อยละ 49.1) และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า มีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 37.2) ประกอบด้วย acute ECT จำนวน 17 คนและ maintenance ECT จำนวน 2 คน

ตารางที่ 5 รูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิต

รูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยา 1 ชนิด		
Typical antipsychotic	5	9.8
Atypical antipsychotic		
- clozapine	24	47.1
- non-clozapine	6	11.8
ยามากกว่า 1 ชนิด		
Typical + Typical antipsychotic	1	2.0
Typical + Atypical antipsychotic		
- Typical + clozapine	4	7.8
- Typical + non-clozapine	4	7.8
Atypical + Atypical antipsychotic		
- clozapine + non-clozapine	6	11.8
- non-clozapine + non-clozapine	1	2.0

ตารางที่ 6 ข้อมูลการใช้ยาฉีด long acting และข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

ข้อมูลการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยา long acting		
ได้รับ		
- Flupenthixol decanoate	5	9.8
- Fluphenazine decanoate	12	23.5
- Haloperidol decanoate	6	11.8
- Paliperidone palmitate	1	2.0
- Haloperidol decanoate ร่วมกับ Flupenthixol decanoate	1	2.0
ไม่ได้รับ	26	50.9
ECT		
เคยทำ		
- acute	17	33.3
- maintenance	2	3.9
ไม่เคยทำ	32	62.8

อภิปราย

ความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นร้อยละ 9.7 ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเทียบกับความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาโดย Conley และคณะ ที่มีข้อมูลความชุกผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาในช่วงร้อยละ 20.0 - 33.3 ของผู้ป่วยจิตเภท[13] ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้ทั้งจากผู้ป่วยที่รับรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรวมกัน เหตุผลอธิบายความชุกที่น้อยกว่า อาจเกิดได้จากลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยใน ทำให้ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งไม่ได้นำมารวมในข้อมูล นอกจากนี้จากเกณฑ์ที่เข้ากับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษามีความจำเป็นต้องได้รายละเอียดในข้อมูลการรักษา จึงพบว่าในกลุ่มที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลหรือไม่สามารถบอกถึงการได้รับการรักษาต่อเนื่อง จึงไม่ได้เข้าตามเกณฑ์ และพบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแต่ละกลุ่มนานพอแล้วมีการเปลี่ยนกลุ่มยาก่อน รวมทั้งกลุ่มที่ยังคงมีอาการแต่ยังไม่ได้มีการเปลี่ยนกลุ่มยา ทั้งหมดนี้จึงยังไม่เข้าเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา

ผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา จำนวน 51 คน ข้อมูลทั่วไปเรื่องเพศ พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิง ร้อยละ 54.9 เพศชาย ร้อยละ 45.1) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Melzer และคณะ[14] โดยเป็นการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและการศึกษาของ Henna และ Elkis[15] ที่พบผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาเพศชายมากกว่าเพศหญิง เหตุผลอาจเกิดได้จากข้อมูลที่ได้ เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยในเป็นหลัก และตามเกณฑ์คัดออกผู้ป่วยซึ่งได้รวมกลุ่มที่ใช้สารเสพติดออกไป จึงอาจมีผลในการสรุปผลดังกล่าว สถานภาพส่วนใหญ่คือโสด (ร้อยละ 88.2) และผู้ป่วยทั้งหมด 51 คนไม่มีงานประจำ โดยเรื่องการทำงานจะเป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ในการประเมินเกณฑ์จิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีงานที่สามารถทำประจำได้ต่อเนื่อง จึงจัดเข้าเป็นกลุ่มว่างงานทั้งหมด

ผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา เรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีผู้ใช้บุหรี่จำนวน 22 คน (ร้อยละ 43.1) ซึ่งโดยข้อมูลการใช้บุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทจะมีมากกว่าประชากรทั่วไป จากการศึกษาโดย De Leon และคณะ พบเป็นร้อยละ 60[16-17] ซึ่งมีงานวิจัยพบว่าอาการด้านลบ (negative symptom) สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่มากขึ้น แต่ในผลการศึกษานี้พบการใช้บุหรี่ไม่มากนัก รวมทั้งในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผู้ใช้สุราจำนวน 14 คน (ร้อยละ 27.4) แต่มีงานวิจัย[18] พบว่า 1/3 (ประมาณร้อยละ 33.33) ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหตุผลที่พบจำนวนน้อยกว่าอาจเกิดได้จาก ในการเก็บข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและญาติรวมทั้งจากเวชระเบียน เป็นการถามข้อมูลย้อนหลัง ทำให้มีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

จากผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดซึ่งจะมีจำนวนมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

ข้อมูลแบบประเมิน BPRS, CGI และ Thai-PSP

ผลการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนนต่ำสุด 46 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ย 53.57 คะแนน และจากแบบประเมิน CGI-S พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม markedly ill จำนวน 45 คน (ร้อยละ 88.2) จากการประเมินความรุนแรงทั้งสองแบบประเมินเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าวิจัย และเข้าได้กับจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาตาม modified criteria[8] และการประเมินโดยใช้ Thai-PSP ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ส่วนบุคคลและทางสังคมพบว่าคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 - 50 จำนวน 45 คน (ร้อยละ 88.2) โดยการประเมินความรุนแรงและหน้าที่ส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินดังกล่าวนี้ เป็นส่วนสำคัญในการจัดเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์ต่อได้ถึงความสัมพันธ์ของอาการกับการรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการได้ต่อไป

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

จากผลการศึกษาพบกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาตั้งแต่ช่วงอายุ 26 - 63 ปี โดยมีอายุที่เริ่มป่วยในช่วง 15 - 46 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยเป็น 26.69 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยมากกว่าการศึกษาของ Henna และ Elkis[15] และการศึกษาของ Castro และ Elkis[19] ที่พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยคือ 17 และ 18 ปี ตามลำดับ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเนื่องจากอายุที่เริ่มป่วยเป็นการถามข้อมูลที่ผ่านมาแล้ว จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนของเวลา ในเรื่องจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลพบเป็นตั้งแต่ 1 - 63 ครั้ง ข้อมูลในสองส่วนนี้แสดงถึงข้อมูลเบื้องต้น ที่จะเกิดประโยชน์ในการหาความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องของการคาดการณ์ผู้ป่วยจิตเภทต่อการตอบสนองต่อการรักษา ข้อมูลระยะเวลาก่อนผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ ถึง 4 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้ารับการรักษาคือ 6.32 เดือน ซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งเพื่อประเมินถึงแนวโน้มการดื้อต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษารูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิต มีการใช้รูปแบบยา 1 ชนิด มากกว่า ยา > 1 ชนิด โดยในกลุ่มยา 1 ชนิด ส่วนใหญ่เป็น clozapine และในกลุ่มยา > 1 ชนิด ก็พบการให้ยาร่วมกับ clozapine มากกว่าเช่นกัน เป็นไปตามข้อมูลหลายงานวิจัยที่แสดงถึงผลของการรักษาที่ดีด้วย clozapine ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา[20-21]

ผลการศึกษาแยกเฉพาะกลุ่มที่ใช้ยา 1 ชนิดเป็นยา clozapine ได้ขนาดยาในช่วง 75 - 550 mg/day โดยขนาดยาเฉลี่ย 322.92 mg/day ซึ่งในการศึกษาของ Hasan และคณะ[10] แนะนำขนาด clozapine รักษาในช่วง 100 - 900 mg/day และขนาด clozapine เฉลี่ย 400 mg/day และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีด long acting พบเป็นยา Fluphenazine decanoate มากที่สุด ส่วนการทำ ECT ส่วนใหญ่ทำในรูปแบบ acute ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำ meta-analysis[22] พบว่าจาก 11 RCT ซึ่งมีผู้เข้าร่วมวิจัย 818 คน ที่เป็นกลุ่มจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา พบว่าจาก

การรักษาโดยได้รับ ECT ร่วมกับการใช้ยา ได้ประโยชน์มากกว่าการได้รับยารักษาโรคจิตอย่างเดียว

สรุป

จากการศึกษาความชุกและรูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ 15 พฤศจิกายน 2558 ถึง 15 พฤษภาคม 2559 พบว่า ความชุกในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาเท่ากับ ร้อยละ 9.7 และรูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาเป็นการใช้ยารักษาโรคจิต 1 ชนิด มากกว่าการใช้ยารักษาโรคจิต > 1 ชนิด โดย clozapine เป็นยารักษาโรคจิตที่เลือกใช้มากที่สุดในรูปแบบการใช้ยารักษาโรคจิต 1 ชนิด และเป็นยาที่เลือกใช้ร่วมด้วยมากที่สุดในรูปแบบการใช้ยารักษาโรคจิต > 1 ชนิด การใช้ยา long acting เป็นร้อยละ 49.1 การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นร้อยละ 37.2

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อมูลในการประเมินการดื้อต่อการรักษา เนื่องจากการประเมินต้องใช้ระยะเวลาการรักษาของยารักษาโรคจิตที่ต่อเนื่อง ทำให้ในผู้ป่วยที่มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนไม่ชัดเจนหรือข้อมูลไม่ต่อเนื่อง (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยส่งต่อ) ไม่ได้นำมาเข้าในกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจมีผลต่อความชุกได้

2. ระยะเวลาการศึกษา จากที่ทำการศึกษาทั้งหมด 6 เดือน เป็นระยะเวลาที่กำหนดโดยอ้างอิงจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เพียงพอในการศึกษา แต่อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงของแต่ละปีมีความแตกต่างกัน ระยะเวลาการศึกษาที่เพิ่มขึ้น อาจจะช่วยให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาเรื่องความชุก

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเพิ่มเติมโดยรวมถึงการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รวมทั้งระยะเวลาการศึกษาที่มากขึ้น จะทำให้ได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลต่อความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา

2. การศึกษาโดยเปรียบเทียบผลการรักษา ระหว่างแรกรับและหลังได้รับการรักษาจะเป็นประโยชน์ในการบอกถึงผลของการรักษาด้วยรูปแบบต่างๆ รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาและข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การศึกษานี้ได้มีเกณฑ์คัดออกในเรื่องของการใช้สารเสพติดอื่น (ยกเว้นบุหรี่และสุรา) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วมได้บ่อย การประเมินการใช้สารเสพติดโดยละเอียดมากขึ้น โดยถ้าสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้มีการใช้สารเสพติดต่อเนื่องและผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่อง กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจรวมเข้ามาในการศึกษา ซึ่งจะมีผลต่อการประเมินความชุก รวมทั้งสามารถศึกษาต่อได้ว่า การมีประวัติใช้สารเสพติดมีผลต่อการเลือกรูปแบบการรักษาและมีผลต่อการรักษาอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. Lindenmayer JP, Khan A. Psychopathology. Lieberrman JA ST, Perkins DO, eds, editor. Washington DC American Psychiatric Publishing; 2006.
2. Itil TM, Keskiner A, Fink M. Therapeutic studies in “therapy resistant” schizophrenic patients. Compr Psychiatry 1966; 7(6): 488-93.
3. Brenner HD, Dencker SJ, Goldstein MJ, Hubbard JW, Keegan DL, Kruger G, et al. Defining treatment refractoriness in schizophrenia. Schizophr Bull 1990; 16(4): 551-61.
4. Conley RR, Kelly DL. Management of treatment resistance in schizophrenia. Biol Psychiatry 2001; 50(11): 898-911.
5. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. Am J Psychiatry 2004; 161(2 Suppl): 1-56.
6. Barnes TR, McEvedy CJ. Pharmacological treatment strategies in the non-responsive schizophrenic patient. Int Clin Psychopharmacol 1996; 2: 67-71.
7. Conley RR, Kelly DL. Treatment of the special patient with schizophrenia. Dialogues Clin Neurosci 2001; 3(2): 123-35.
8. Kinon BJ, Kane JM, Johns C, Perovich R, Ismi M, Koreen A, et al. Treatment of neuroleptic-resistant schizophrenic relapse. Psychopharmacol Bull 1993; 29(2): 309-14.
9. Gardner DM, Murphy AL, O’Donnell H, Centorrino F, Baldessarini RJ. International consensus study of antipsychotic dosing. Am J Psychiatry 2010; 167(6): 686-93.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. 2009; 1042-6.
11. Busner J, Targum S. The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice : psychiatry. 2007.
12. Srisurapanont M, Arunpongpaisal S, Chuntaruchikapong S, Silpakit C, Khuangsirikul V, Karnjanathanalers N, et al. Cross-cultural validation and inter-rater reliability of the personal and social performance scale, Thai version. J Med Assoc Thai 2008; 91(10): 1603-8.
13. Conley RR, Kelly DL. Management of treatment resistance in schizophrenia. Biol Psychiatry 2001; 50(11): 898-911.
14. Meltzer HY, Rabinowitz J, Lee MA, Cola PA, Ranjan R, Findling RL, et al. Age at onset and gender of schizophrenic patients in relation to neuroleptic resistance. Am J Psychiatry 1997; 154: 475-82.
15. Henna NJ, Elkis H. Clinical aspects of super-refractory schizophrenia: a 6-month cohort observatonal study. Rev Bras Psiquiatr 2007; 29: 228-32.
16. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. Schizophrenia Res 2005; 76: 135-57.
17. Salokangas RKR, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM, Hietala J. Cigarette smoking in long-term schizophrenia. Eur Psychiatry 2006; 21: 219-23.
18. Green AI, Brown ES. Comorbid schizophrenia and substance abuse. J Clin Psychiatry 2006; 67(9): e08.

19. Castro AP,Elkis H. Rehospitalization rates of patients with schizophrenia discharged on haloperidol, risperidone or clozapine. Rev Bras Psiquiatr 2007; 29: 207-12.
20. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry 1988; 45(9): 789-96.
21. Breier A, Buchanan RW, Irish D, Carpenter WT. Clozapine treatment of outpatients with schizophrenia: outcome and long-term response patterns. Hosp Community Psychiatry 1993; 44 (12): 1145-9.
22. Zheng W, Cao XL, Ungvari GS, Xiang Y, Guo T, Liu Z, et al. Electroconvulsive therapy added to non-clozapine antipsychotic medication for treatment resistant schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. Plos One 2016: 10.

นิ พ น ธ์ ต้ น ฉ บั บ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

หยก วิญญาณ, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 422 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2556 จนถึง 30 กันยายน พ.ศ.2557 จากผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินในวันดังกล่าว สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์

ผล : ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.6 อายุเฉลี่ย 37.13 ± 13.36 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 36.0 ว่างงาน ร้อยละ 55.5 โสด และอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ร้อยละ 65.4 และ 89.0 ตามลำดับ ระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้ป่วย คือ 0 - 5 ปี ร้อยละ 54.5 ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 53.8 มีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 59.9 และมักใช้สารมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 29.4 ผู้ป่วยที่มาแผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าร้อยละ 74.4 และพบว่าเป็นผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ อาการที่ทำให้มาคือ หวาดระแวงหรือหลงผิด ร้อยละ 26.9 ผู้นำส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือญาติ ร้อยละ 77.4 พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ คือ ประวัติการนอนโรงพยาบาล

สรุป : ประวัติการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำในช่วง 1 ปีนับตั้งแต่วันที่มาครั้งแรก โดยผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

คำสำคัญ : การมารับบริการซ้ำ, จิตเวชฉุกเฉิน

*จิตแพทย์ โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา
**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

FACTORS RELATED TO FREQUENT USE OF PSYCHIATRIC EMERGENCY SERVICES AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Yok Vinyan, Pholphat Losatiankij***

Abstract

Objective : This research was to study the related-factors to the frequent use of psychiatric emergency services at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Method : This was a cross-sectional analytic study with the sample group of 422 patients who visited an emergency department of the institute on 1st, 9th, 17th and 25th of every month from October 1st, 2013 until September 30th, 2014. Patients' information from out-patient records were collected to the data forms. Statistical analysis used were percentage, mean, standard deviation and logistic regression.

Results : Patients visited an emergency department during those time mentioned were 66.6% male with mean age of 37.13 ± 13.36, mostly uneducated or graduated from primary education level (36.0%). The majority of the patients were still out of job (55.5%), single (65.4%) and living with relatives (89.0%). Most of them had been sick for 0 - 5 years (54.5%) and been diagnosed for schizophrenia (53.8%). 59.9% have the history of drug use, mostly 2 or more kinds of drug (29.4%). Patients who came to an emergency department were mostly old patients (74.4%) and tend to be the patients with good compliance. Chief complaints were usually paranoia or delusions (26.9%). 77.4% had been brought to the service by relatives. Factors founded to have statistical importance to frequent use of the service were the history of previous hospital admission.

Conclusion : Factors related to frequent use of an emergency department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry within 1 year period from the first visit was history of previous hospital admission, which patients who had been admitted before tend to have repeated visits.

Keywords : frequent use, psychiatric emergency

*Psychiatrist, Samitivej Srisacha Hospital
**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Psychiatric Institute

บทนำ

ภาวะฉุกเฉิน คือ ภาวะที่มีความคุกคามต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเอง และคนรอบข้าง และภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึง ปัญหาทางจิตเวชทุกประเภทที่มีความรุนแรงหรือมีลักษณะเสี่ยงก่อจะเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น อาการหวาดระแวง ภาวะสับสนจากสารต่างๆ[1] สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการให้บริการแผนกฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องมารับบริการแบบฉุกเฉิน ทางสถาบันฯ ได้ประสบปัญหาเดียวกับแผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่ คือ มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินซ้ำบ่อยครั้ง ทั้งที่มีความจำเป็นต้องรับบริการแบบฉุกเฉิน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยที่มาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้งที่พบที่สถาบันฯ นั้น พบว่าเป็นผู้ป่วยจากทุกกลุ่มโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคทางบุคลิกภาพ โรคทางอารมณ์ การมีอาการทางจิตจากสารเสพติด เป็นต้น พบว่ามีทั้งหญิงและชาย ช่วงอายุหลากหลาย สถานภาพความเป็นอยู่แตกต่างกันไป บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน บางครั้งมาเพราะความสะดวกของผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดคำถามที่ว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมาใช้บริการซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะฉุกเฉินจริงหรือไม่ และทางผู้ให้บริการควรมีการให้บริการแบบใดที่จะเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ห้องฉุกเฉิน

จากการที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จำนวน 8,121 คน ในปีงบประมาณ 2558 และ 8,565 คน ในปีงบประมาณ 2557 เปรียบเทียบกับจำนวน 7,956 คน ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 4,989 คน และจำนวน 4,844 คน ในปีงบประมาณ 2553 และ 2554 ตามลำดับ[2] และในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องนี้ การวิจัยนี้จึงต้องการที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการบริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน ปัจจัยที่ต้องการศึกษา คือ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การวินิจฉัย อาการที่นำมา รวมถึงความจำเป็นในการรับบริการแบบฉุกเฉิน ซึ่งการที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมารับการบริการซ้ำบ่อยๆ นั้น นอกจากจะทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายดังที่กล่าวมาแล้ว ยังอาจทำให้ภาวะอาการป่วยทางจิตเรื้อรัง ยากต่อการรักษา ดังนั้น หากได้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนนี้มารับบริการซ้ำบ่อยครั้ง อาจมีส่วนช่วยในการสร้างมาตรการการดูแลรักษาต่อไปให้ดีขึ้น ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้รักษา ทั้งเรื่องของการป้องกันกลับมาเป็นซ้ำของโรค ลดอัตราการมาใช้บริการซ้ำ และลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่แผนกฉุกเฉิน

นิยามศัพท์

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Psychiatric emergency) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ขึ้นมาอย่างฉับพลันและรุนแรง จนทำให้อาจเป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเสียหาย

ในทางทรัพย์สินได้ ผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวควรได้รับการรักษาในทันที[1]

การมาใช้บริการซ้ำ ในการศึกษานี้กำหนดให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการซ้ำ คือ ผู้ที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional analytic study) กลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา (Study population) คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคิดคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน่ [$n = N/1+N(e)^2$]

กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเป็น 5% จะได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 382 คน โดยจากการสืบค้นข้อมูลปีงบประมาณ 2557 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 8,121 ราย และมีผู้ป่วยประมาณ 30% ที่ไม่เข้าเกณฑ์การทำวิจัย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้เปิดบัตร ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ แต่ไม่ได้รับการตรวจโดนแพทย์ ฯลฯ จะทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันประมาณ 15 คน โดยเพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถเก็บข้อมูลได้มากกว่าจำนวนที่คำนวณได้ จะต้องเก็บข้อมูลเป็นจำนวน 4 วันต่อเดือน ทำการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ คือ จะเก็บกลุ่มตัวอย่างในทุกๆ เดือนของ 1 ปีงบประมาณ 2557 และจะเก็บจาก 4 วันใน 1 เดือน โดยมีระยะห่างในเดือนอย่างเท่าๆ กัน ซึ่งจะได้เป็นวันที่ 1, (1+8), (1+8+8), (1+8+8+8) ของแต่ละเดือน

จากการคำนวณที่กล่าวมานั้น จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในทุกๆ วันที่ 1, 9, 17, 25 ของเดือน เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 และเป็นผู้ป่วยที่สามารถสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลการมารับบริการที่โรงพยาบาล และประวัติทางจิตเวช โดยข้อมูลทั้งหมดได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย

ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, โรคประจำตัวทางกาย, บุคคลที่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการที่โรงพยาบาล และประวัติทางจิตเวช ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย, การวินิจฉัยทางจิตเวช ซึ่งอ้างอิงกับ DSM-5 แต่แยก acute psychosis ออกจาก schizophrenia spectrum and other psychotic disorders เนื่องจากมีสาเหตุและการจัดการที่แตกต่างออกไป รวมถึงได้แยกกลุ่ม alcohol-related disorders ออกจากกลุ่ม substance-related and addictive disorders ด้วยเหตุผลเดียวกัน, การใช้สารเสพติด โดยแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ จำนวนชนิดของสารเสพติดที่ใช้ (1 หรือ มากกว่า 1 ชนิด) ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติด 1 ชนิด แยกออกเป็นกลุ่มย่อย คือ แอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีน หรือแอลกอฮอล์, ความต่อเนื่องของการรับการรักษา, อาการสำคัญ, จำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล, ผู้นำส่งโรงพยาบาล, จำนวนครั้ง

ของการมารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินในช่วง 1 ปี นับจากวันมาครั้งแรก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในทุกๆ วันที่ 1, 9, 17, 25 ของเดือน เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2556 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557

2. ผู้ป่วยที่สามารถสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์

2. ผู้ป่วยที่เวชระเบียนสูญหาย หรือไม่สามารถสืบค้นเวชระเบียนได้

3. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเวลาข้างต้น แต่ไม่ได้รับการตรวจโดยแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการมารับบริการซ้ำที่ห้องฉุกเฉินโดยใช้ binary logistic regression และ multiple logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกได้จำนวนผู้ป่วย 422 คน เป็นชายร้อยละ 66.6 มีอายุเฉลี่ย 37.13 ± 13.36 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน หรือจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 36.0 ยังคงว่างงานร้อยละ 55.5 ยังโสด และอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องร้อยละ 65.4 และ 89.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการและประวัติทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 - 5 ปี ร้อยละ 54.5 และถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 53.8 มีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 56.9 ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดมักใช้สารตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.4 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าร้อยละ 74.4 มีจำนวนผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ขาดยา นอกจากนี้ร้อยละ 40.5 ไม่ทราบประวัติการกินยาที่แน่ชัด จำนวนผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 47.6 และ 52.4 ตามลำดับ กลุ่มอาการที่ทำให้มาที่แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่ คือ หวาดระแวงหรือหลงผิด ร้อยละ 26.9 ก้าวร้าว อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น ร้อยละ 21.3 และสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 22.7 โดยผู้นำส่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือญาติและของผู้ป่วย ร้อยละ 77.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 422)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	281	66.6
หญิง	141	33.4
อายุ (อายุเฉลี่ย 37.13 ± 13.36 ปี)		
< 20 ปี	33	7.8
20 - 25 ปี	61	14.5
26 - 60 ปี	302	71.5
> 60 ปี	26	6.2
อาชีพ		
ว่างงาน	234	55.4
รับจ้าง	132	31.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	30	7.1
อื่นๆ	26	6.2
สถานภาพสมรส		
โสด	276	65.4
คู่	95	22.5
หม้าย/หย่า/แยก	51	12.1
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	152	36.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	105	24.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	108	25.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	57	13.5
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	348	82.5
มี	74	17.5
อาศัยอยู่กับ		
พ่อ/แม่/พี่/น้อง	376	89.0
อยู่ลำพัง	23	5.5
อื่นๆ	23	5.5

ตารางที่ 2 ประวัติทางจิตเวชและการนำส่งฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเจ็บป่วย		
< 5 ปี	230	54.5
6 - 10 ปี	73	17.3
11 - 15 ปี	50	11.8
16 - 20 ปี	32	7.6
> 20 ปี	37	8.8
การวินิจฉัยทางจิตเวช		
Schizophrenia*	228	53.6
Schizophrenia with substance use disorder	17	3.9
Bipolar disorder	22	5.1
Depressive disorder	17	3.9
Substance use disorder**	43	10.0
Multiple substance use disorder	10	2.3
Alcohol use disorder***	19	4.4
Acute psychosis	19	4.4
Neurodevelopmental/Neurocognitive disorders	23	5.3
Neurotic disorders****	17	3.9
Other psychiatric disorders	14	3.2
การใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	182	43.1
ใช้แอมเฟตามีน หรือเมทแอมเฟตามีน อย่างเดียว	28	6.6
ใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียว	39	9.2
ใช้สารเสพติดอื่นๆ 1 ชนิด	49	11.6
ใช้สารเสพติดอื่นๆ 2 ชนิดขึ้นไป	124	29.4
ความร่วมมือในการรักษาหรือการกินยา		
ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน (มารพ. ครั้งแรก)	108	25.6
กินยาสม่ำเสมอ	92	21.8
ขาดยา	51	12.1
ไม่ทราบ	171	40.5
เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน		
ไม่เคย	221	52.4
เคย	201	47.6

ตารางที่ 2 ประวัติทางจิตเวชและการนำส่งฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาการสำคัญ		
หูแว่ว	45	10.6
หวาดระแวง/หลงผิด	112	26.9
ไม่เป็นมิตร/เดินไปมา/จะทำร้ายผู้อื่น	62	14.6
ลงมือทำร้ายผู้อื่น/ทำลายข้าวของ/ก้าวร้าว/วุ่นวาย/อาละวาด	90	21.3
มีความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง	9	2.1
เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย	8	1.8
อื่นๆ	96	22.7
ผู้นำส่งโรงพยาบาล		
ญาติและเพื่อน	385	77.4
ตำรวจ	28	5.5
มูลนิธิ	45	8.5
ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	22	4.3
การนำส่งอื่นๆ	22	4.3
เวรรับการส่งฉุกเฉิน		
เวรเช้า (8.00 น. - 16.00 น.)	206	48.8
เวรบ่าย (16.00 น. - 0.00 น.)	168	39.8
เวรดึก (0.00 น. - 8.00 น.)	48	11.4
ลักษณะการให้บริการฉุกเฉิน		
ในเวลาราชการ	125	29.6
นอกเวลาราชการ	297	70.4

หมายเหตุ:

*schizophrenia = schizophrenia spectrum และ other psychotic disorders (ยกเว้น acute psychosis)

**substance use disorder = substance-related and addictive disorders (ยกเว้น alcohol-related disorders)

***alcohol use disorder = alcohol-related disorders

****neurotic disorders = anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, trauma- and stressor-related disorders หรือ somatic symptom and related disorders

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำในช่วง 1 ปี นับตั้งแต่วันมารับบริการครั้งแรก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาด้วยวิธี binary logistic regression ในปัจจัยส่วนบุคคลและประวัติทางจิตเวช พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย พฤติกรรมหรือความร่วมมือในการรักษาหรือการกินยา เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการลงมือทำร้ายผู้อื่น/ทำลายข้าวของ/ก้าวร้าว/วุ่นวาย/อาละวาด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการซ้ำที่แผนกจิตเวช

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ (n = 422) (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัย	จำนวนมารับบริการซ้ำ (ร้อยละ) n = 140	จำนวนไม่มารับบริการซ้ำ (ร้อยละ) n = 282	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
ระยะเวลาเจ็บป่วย				
< 5 ปี	64 (45.7)	100 (58.9)	1.00[a]	1.00[a]
6 - 10 ปี	28 (20.0)	45 (16.0)	1.61 (0.93, 2.81)	1.11 (0.62, 2.01)
11 - 15 ปี	22 (15.7)	28 (9.9)	2.04 (1.09, 3.82)*	1.28 (0.65, 2.51)
16 - 20 ปี	14 (10.0)	18 (6.4)	2.02 (0.95, 4.30)	1.32 (0.59, 2.95)
> 20 ปี	12 (8.6)	25 (8.9)	1.26 (0.59, 2.63)	0.71 (0.32, 1.59)
พฤติกรรมหรือความร่วมมือในการรักษาหรือการกินยา				
ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน	20 (14.3)	88 (31.2)	1.00[a]	1.00[a]
กินยาสม่ำเสมอ	35 (25.0)	57 (20.2)	2.70 (1.42, 5.14)*	1.55 (0.71, 3.49)
ขาดยา	64 (45.7)	107 (37.9)	3.08 (1.47, 6.45)*	1.51 (0.75, 3.06)
ไม่ทราบ	21 (15.0)	30 (10.6)	2.63 (1.48, 4.68)*	1.68 (0.69, 4.08)
เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน				
ไม่เคย	95 (67.9)	126 (44.7)	1.00[a]	1.00[a]
เคย	45 (32.1)	156 (55.3)	0.38 (0.25, 0.59)*	0.51 (0.30, 0.88)*
อาการสำคัญ				
หูแว่ว	11 (7.9)	34 (12.1)	0.62 (0.31, 1.27)	-
หวาดระแวง/หลงผิด	28 (16.0)	84 (20.7)	0.59 (0.36, 0.96)	-
ไม่เป็นมิตร/เดินไปมา/จะทำร้ายผู้อื่น	25 (14.3)	37 (8.9)	1.44 (0.83, 2.50)	-
ลงมือทำร้ายผู้อื่น/ทำลายข้าวของ/ก้าวร้าว/วุ่นวาย/อาละวาด	39 (22.4)	51 (12.6)	1.75 (1.08, 2.82)*	1.56 (0.95, 2.55)
มีความคิดฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตัวเอง	4 (2.2)	5 (1.2)	1.63 (0.43, 6.17)	-
เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย	2 (1.1)	6 (1.4)	0.67 (0.13, 3.35)	-
อื่นๆ	31 (17.8)	65 (16.0)	0.95 (0.58, 1.54)	-

*$p < 0.05$, [a] = reference, logistic regression

ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression จากปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ binary logistic regression พบว่า ปัจจัยเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Odds ratio = 0.51, 95%CI = 0.30, 0.88)

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท ใช้สารเสพติด โดยใช้มากกว่า 1 ชนิด และเป็นผู้ป่วยเก่า ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินในช่วงระยะเวลา 1 ปี คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 11 - 15 ปี ความต่อเนื่องของการรักษา ประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในอดีต และอาการสำคัญกลุ่มลงมือทำร้ายผู้อื่น/ทำลายข้าวของ/ก้าวร้าว/วุ่นวาย/อาละวาด แต่เมื่อตัดตัวแปรกวนออก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉินในช่วงระยะเวลา 1 ปี คือ เคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานนั้น ผลของการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตที่พบว่า ปัจจัยเช่น เพศชาย อายุน้อย อาศัยอยู่คนเดียว ไม่ได้รับการดูแลที่ดี หรือว่างงาน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมารับบริการซ้ำทั้งสิ้น อย่างในการศึกษาเรื่องลักษณะของผู้ป่วยที่กลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน โดย Sullivan และคณะ[3] ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลพื้นฐานกลับไม่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับมาใช้บริการซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบแต่เพียงว่า ปัจจัยเรื่องเพศชาย การศึกษาระดับล่าง โสด อาศัยอยู่กับญาติ และว่างงาน เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินเท่านั้น

ในส่วนของปัจจัยเรื่องของการวินิจฉัยในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการกลับมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำมากกว่าการวินิจฉัยอื่นๆ ดังที่พบในการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ลักษณะและอาการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการบ่อยที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน ของ Schmoll และคณะ[4] ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทนั้น เป็นเพียงแค่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน แต่ไม่พบว่าเกี่ยวข้องกับการกลับมาใช้บริการซ้ำ

ปัจจัยเรื่องการใช้สารเสพติดก็เช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน โดยมีการใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด ส่วนในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดเพียง 1 ชนิดนั้น จำนวนผู้ที่ใช้แอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนและผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์ไม่ต่างกันมาก อย่างไรก็ตาม พบว่าการที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับมาใช้บริการซ้ำ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Vandyk และคณะ[5] ในปี 2014 ที่พบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

สิ่งที่พบว่าเข้าได้กับผลจากบางการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตนั้นก็คือ การที่ผู้ป่วยมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนในอดีตนั้นมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการซ้ำที่แผนก

ฉุกเฉิน อย่างเช่นในการศึกษาเรื่องผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกส่งมาที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ ของ Spooren และคณะ[6] ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนในอดีตนั้นมีแนวโน้มที่จะมาที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ odds ratio เท่ากับ 0.51

ในเรื่องของระยะเวลาการเจ็บป่วยและความต่อเนื่องของการรักษานั้น จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย 0 - 5 ปี อาจเป็นผลมาจากในการศึกษานี้มีผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 54.5 โดยถ้าพิจารณาจากสัดส่วนของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแล้วในกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วย 6 - 10 ปี 11 - 15 ปี และ 16 - 20 ปี ล้วนแล้วแต่มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้มาใช้บริการซ้ำ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความเกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากที่ตัดตัวแปรกวนออก ในเรื่องของความต่อเนื่องของการรักษานั้นจากการศึกษานี้พบว่า เมื่อตัดตัวแปรกวนออกแล้ว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินของผู้ป่วยผู้ศึกษา พบว่า ปัจจัยเรื่องเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อน จะมีแนวโน้มในการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนนั้น ข้อมูลได้มาจากสิ่งที่แพทย์ผู้ตรวจบันทึกเท่านั้น ทำให้มีบางประเด็นที่แพทย์ผู้ตรวจ อาจไม่ได้บันทึกไว้

2. เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการศึกษานี้ และได้รับการบันทึกไม่สมบูรณ์ มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การศึกษานี้ไม่ได้คัดผู้ป่วยที่ถูกส่งออกไปรักษาโรคทางกาย และถูกส่งกลับมาผ่านห้องฉุกเฉินออกจากการศึกษา จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาใช้บริการซ้ำได้ค่าที่ไม่แน่นอน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรกำหนดปัจจัยที่ศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น และการวางแผนศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective study) อาจทำให้ข้อมูลและปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจมีความสมบูรณ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และอ.ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อ.นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย คุณกฤตนัย แก้วยศ นักวิชาการศึกษา ที่ได้ให้คำปรึกษา รวมถึงช่วยเหลือด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณเอกสิทธิ์ เอี่ยมมณฑา เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Psychiatric emergencies in adults. In: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Walters Kluwer: 2015; 774-5.
2. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2554 - 2558. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพ; 2558.
3. Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, et al. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. Hospital and Community Psychiatry 1993: 44; 376-80.
4. Schmoll S, Boyer L, Henry JM, et al. Frequent visitors to psychiatric emergency service: Demographic and clinical analysis. Encephale 2015: 41(2); 123-9.
5. Vandyk AD, VanDenKerkhof EG, Graham ID, Harrison MB. Profiling frequent presenters to the emergency department for mental health complaints: Soci-demographic, clinical, and service use characteristics. Archives of Psychiatric Nursing 2014; 28(6): 420-5.
6. Spooren DJ, De Bacquer D, Van Heeringen K, et al. Repeated psychiatric referrals to Belgian emergency departments: a survival analysis of the time interval between first and second episodes. European Journal of Emergency Medicine 1997: 4; 61-7.

นิ พ น ธ์ ต้ น ฉ บั บ

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ

นารีรัตน์ ทองยินดี, ดวงตา กุลรัตนญาณ*,*
*กลิ่นชบา สุวรรณรงค์**, อณิมา จันทรแสน**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ และอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 79 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 63 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 37 คน และอาการผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 123 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 2) แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 3) แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 4) เครื่องมือสำรวจอาการของผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทั้ง 4 ชุด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ผล : ความถูกต้องของการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถปฏิบัติตามข้อตกลงในการส่งผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าแบบระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 98.3 ร้อยละ 92.2 และร้อยละ 89.9 ตามลำดับ อาการผู้ป่วยภายหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ คือ มีอาการหลงลืม ร้อยละ 8.9 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้าพบเพียง ร้อยละ 0.8 คือความดันโลหิตสูง

สรุป : การปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกได้จริง โดยไม่มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ : การปฏิบัติการพยาบาล, การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

THE NURSING BEFORE, DURING AND AFTER THE TREATMENT BY ELECTRO-CONVULSIVE THERAPY THROUGH ANESTHETICS MEDICINES

Nareerat Thongyindee, Duanta Kulrattanayan*,*
*Klinchaba Suvarnarong**, Anima Juntarasaen**

Abstracts

Objective : Aims to study the nursing before, during and after the treatment by electroconvulsive therapy through anesthetics medicines and the result of symptoms after received the electroconvulsive therapy through anesthetics medicines.

Material and Method : This survey research the participants were 79 nurses who provide nursing to the patients before received electroconvulsive therapy through anesthetics medicines, 63 nurses who provide nursing to the patients while received electroconvulsive therapy through anesthetics medicines, 37 nurses providing nursing to the patients after receiving electroconvulsive therapy through anesthetics medicines and the result of treatment of electroconvulsive therapy through anesthetics medicines from 123 patients. The instruments were 1) The questionnaire of provide nursing to the patients before received electroconvulsive therapy through anesthetics medicines. 2) The observation of nursing to the patients while received electroconvulsive therapy through anesthetics medicines. 3) The observation of nursing to the patients after receiving electroconvulsive therapy through anesthetics medicines. 4) The observation of symptoms after treatment receiving electroconvulsive therapy through anesthetics medicines. The validity of treatment result was tested and the validity was 1 all 4 set and the data were analyzed for frequencies and mean.

Results : All nurses could provide nursing to the patients before, while and after receiving electroconvulsive therapy through anesthetics medicines with the correctness of 98.3%, 92.2% and 89.9% respectively. Amnesia was the most frequent side effect among 8.9% of patients undergoing electroconvulsive therapy received anesthesia while 0.8% were high blood pressure.

Conclusion : The study showed that the patient nursing before, during and after electroconvulsive therapy through anesthetics medicines can be applied in real treatment and can be taken as a standard practice nurses. Without any serious risks or complications.

Key words : nursing treatment, electroconvulsive therapy through anesthetics medicines

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาอาการทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดพฤติกรรมอารมณ์รุนแรงซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และผู้ป่วยที่ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ไหว รวมถึงผู้ป่วยรักษาด้วยยาทางจิตเวชแล้วไม่ได้ผล ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้ามี 2 แบบ คือ แบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก และแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ปัจจุบันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยานำยาระงับความรู้สึกมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้า เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยเชื่อว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้ระดับของสารสื่อประสาทเปลี่ยนแปลงกลับสู่ความสมดุล และมีผลเหมือนกับยากันชัก สามารถออกฤทธิ์ที่เฉพาะเจาะจงทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีระเบียบปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แต่เนื่องจากวิสัญญีพยาบาลไม่เพียงพอกับการให้บริการรักษา ศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าปรึกษาทางกลุ่มการพยาบาลเพื่อขอให้พยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนมาช่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ถูกส่งมานั้นมักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ บางคนมีประสบการณ์ในการช่วยในการรักษาด้วยไฟฟ้าน้อย ส่งผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างทำการรักษาได้ เช่น ฟันหัก ฟันโยก หรือบางรายมีการฉีกขาดของใต้ลิ้นได้ จากสถิติความเสี่ยงของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าในปี พ.ศ.2559

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำระเบียบปฏิบัติการพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า ปี พ.ศ.2548 มาทบทวนวรรณกรรม รวมถึงการประชุมปรึกษาปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในปี พ.ศ.2559 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาความถูกต้องของการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำระหว่างทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 79 คน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ได้คำสั่งจากแพทย์ เพื่อทำการรักษาด้วยไฟฟ้าจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 ทั้งหมด 95 คน

2. พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 63 คน ที่ถูกหมุนเวียนมาช่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้าจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วง

เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 ทั้งหมด 75 คน

3. พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 37 คน ที่ถูกหมุนเวียนมาช่วยทำการรักษาด้วยไฟฟ้า จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 ทั้งหมด 40 คน

กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และได้ลงนามยินยอมในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Informed Consent Form)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และแพทย์สั่งรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 123 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่รักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกจำนวน 180 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2559 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560

โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกนคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง[1] ตารางนี้ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเช่นเดียวกัน และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่ สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป

Inclusion criteria

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และแพทย์สั่งรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

Exclusion criteria

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ครบตามจำนวนครั้งในคำสั่งการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 4 ชุด ประกอบด้วย

1. เครื่องมือการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พัฒนามาจากระเบียบปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบตามข้อตกลงในการรักษาด้วยไฟฟ้าของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก มีทั้งหมด 16 ข้อ มีมาตรวัดแบบสองตัวเลือกโดยคะแนน 1 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ปฏิบัติ คะแนน 0 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ

2. เครื่องมือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พัฒนามาจากระเบียบการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างทำการ

รักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นแบบสังเกตพฤติกรรม พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก มีทั้งหมด 17 ข้อ มีมาตรวัดแบบสองตัวเลือกโดยคะแนน 1 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ปฏิบัติ คะแนน 0 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ

3. เครื่องมือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พัฒนามาจากและระเบียบการปฏิบัติการพยาบาลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นแบบสังเกตพฤติกรรม พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก มีทั้งหมด 7 ข้อ มีมาตรวัดแบบสองตัวเลือกโดยคะแนน 1 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ปฏิบัติ คะแนน 0 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ไม่ปฏิบัติ

4. เครื่องมือสำรวจอาการของผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยสร้างโดยผู้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก มีลักษณะเลือกตอบสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วยอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังการรักษาด้วยไฟฟ้ามีทั้งหมด 14 ข้อ มีมาตรวัดแบบสองตัวเลือกโดยคะแนน 1 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ มีอาการข้างเคียง 0 เกณฑ์การแปลคะแนน คือ ไม่มีอาการข้างเคียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจ (content validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามและแบบสังเกตความถูกต้องการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ ระหว่างทำ และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และแบบสำรวจอาการผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมตามเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษานำแบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบสำรวจมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและส่งกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบได้รับการยอมรับ แล้วนำแบบสำรวจมาหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทั้ง 4 ชุด มีความสอดคล้องมากกับเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าร้อยละ (Percentage)

ผล

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อน

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (n = 79)

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า	จำนวน (ร้อยละ)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. มีคำสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าในใบคำสั่งแพทย์	79 (100.0)	0 (0.0)
2. มีบันทึกการตรวจร่างกายและการซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายของแพทย์ผู้สั่งการรักษา	79 (100.0)	0 (0.0)
3. มีบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าของแพทย์ (Request) กำหนดเหตุผลของการรักษา พร้อมทั้งลายเซ็นของแพทย์ผู้สั่งการรักษา	79 (100.0)	0 (0.0)
4. มีประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัดที่เคยได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยและคนในครอบครัว	78 (98.7)	1 (1.3)
5. มีประวัติโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคทางกระดูก เป็นต้น	79 (100.0)	0 (0.0)
6. มีการส่งตรวจทางทันตกรรมโดยทันตแพทย์ รพจ 12	79 (100.0)	0 (0.0)
7. มีผลการตรวจตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อตกลง CBC, FBC, BUN, Cr, Electrolyte (ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์)	79 (100.0)	0 (0.0)
8. มีผลตรวจ CXR ภายใน 1 ปี และผล EKG ทุกครั้ง/คอร์ส ในผู้ป่วยทุกราย	79 (100.0)	0 (0.0)
9. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า	79 (100.0)	0 (0.0)
10. ได้รับการยินยอมจากญาติเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน คณะกรรมการสถานบำบัดตาม พรบ. สุขภาพจิต	79 (100.0)	0 (0.0)
11. งดน้ำและอาหารก่อนส่งรักษา M.ECT อย่างน้อย 6 ชั่วโมง	79 (100.0)	0 (0.0)
12. ตรวจวัดสัญญาณชีพพร้อมลงบันทึกก่อนส่งรักษา M.ECT ทุกครั้ง	79 (100.0)	0 (0.0)
13. ถอดฟันปลอมออก สำหรับผู้ป่วยที่มีฟันปลอม	79 (100.0)	0 (0.0)
14. ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน ปัสสาวะให้เรียบร้อยในตอนเช้าก่อนส่งรักษา M.ECT	79 (100.0)	0 (0.0)
15. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานต้องเจาะ DTX ก่อนส่งทำการรักษาทุกครั้ง	79 (100.0)	0 (0.0)
16. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ให้ทานยาลดความดันโลหิตมาก่อนทำการักษาทุกครั้ง	79 (100.0)	0 (0.0)

การรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนใหญ่ปฏิบัติตามเครื่องมือการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ยกเว้นข้อที่ 14 สอบถามมีประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัดที่เคยได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยและคนในครอบครัวที่มีการปฏิบัติร้อยละ 98.7 และไม่ปฏิบัติร้อยละ 1.3

จากตารางที่ 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มาช่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (n = 63)

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า	จำนวน (ร้อยละ)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. สอบถามผู้ป่วยถึงการงดอาหารและน้ำ	51 (81.0)	12 (19.0)
2. ตรวจสภาพช่องปาก / ฟันว่ามีฟันปลอมหรือได้ถอดฟันปลอมหรือไม่ ถ้าปากแห้งให้ทา vasaline jelly	50 (79.4)	13 (20.6)
3. ตรวจความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ก่อนทำ M.ECT	63 (100.0)	0 (0.0)
4. วางขั้วไฟฟ้า (electrode) ที่ทา electric jelly บริเวณขมับทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยพร้อมต่อสายไฟจากเครื่อง ECT เข้ากับปุ่ม electrode	63 (100.0)	0 (0.0)
5. ใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปากและฟัน เช่น แผ่นยาง, mouth guard หรือ oral airway ตามความเหมาะสม เพื่อเปิดทางเดินหายใจ และป้องกันหรือลดแรงกัด ขณะผู้ป่วยชักเกร็งกระตุก	63 (100.0)	0 (0.0)
6. ภายหลังให้ยา Porpofol 1-2 mg/kg หรือ Thiopentone 3-5 mg/kg เพื่อให้ผู้ป่วยหลับทดสอบว่าผู้ป่วยหลับหรือไม่ โดยเขี่ยขนตาและดูปฏิกิริยา	57 (90.5)	6 (9.5)
7. เมื่อผู้ป่วยหลับจัดท่าผู้ป่วย (Jaw thrust หรือ Head tilt-chin lift) และให้ออกซิเจนก่อนด้วย self inflating bag with mask เปิดออกซิเจนประมาณ 10 ลิตร/นาที	63 (100.0)	0 (0.0)
8. ภายหลังให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ รอให้ยาออกฤทธิ์ประมาณ 1 นาที สังเกต การกระตุกของกลุ่มกล้ามเนื้อบริเวณแขนขา หรือรอบๆ กระบอกตา	63 (100.0)	0 (0.0)
9. ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะหยุดหายใจ ต้องช่วยหายใจด้วย self inflating bag ที่มีออกซิเจน 10 สิตร และมีจังหวะการบีบไม่น้อย 10 – 15 ครั้ง/นาที	63 (100.0)	0 (0.0)
10. ก่อนให้แพทย์กดกระแสไฟฟ้า พยาบาลและวิสัญญีพยาบาลช่วยกันตรวจสอบอุปกรณ์ในช่องปากอีกครั้ง	40 (63.5)	23 (36.5)
11. ในขณะที่ผู้ป่วยเกร็งกระตุก เจ้าหน้าที่ ช่วยประคองบริเวณหัวไหล่ ข้อมือ สะโพก หัวเข่า เป็นแบบประคับประคอง โดยใช้อุ้งมือจับ หรือใช้ผ้าห่มพันตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแรงกระแทกที่รุนแรง	63 (100.0)	0 (0.0)
12. มีการจับระยะเวลาในการชักของผู้ป่วย และมีการบันทึก	63 (100.0)	0 (0.0)
13. หลังจากผู้ป่วยหยุดชัก ดึงอุปกรณ์ในช่องปากออกพร้อมตรวจดูช่องปากว่ามีอุบัติเหตุกับช่องปากหรือไม่	33 (52.4)	30 (47.6)
14. หลังจากผู้ป่วยหยุดเกร็งกระตุก ให้วัดความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และความอิ่มตัวของ O_2 ทันที	63 (100.0)	0 (0.0)
15. ช่วยหายใจนานๆ ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง เปลี่ยนเป็น O_2 mask bag 10 ml/min	63 (100.0)	0 (0.0)
16. ประเมินว่าผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว หายใจสม่ำเสมอ จึงย้ายเข้าห้องพักฟื้น (recovery room) เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด	63 (100.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (n = 37)

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า	จำนวน (ร้อยละ)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ดูแลเรื่องความสุขสบายใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า หรือห่มผ้าให้ผู้ป่วยอบอุ่น	37 (100.0)	0 (0.0)
2. ติดตามและตรวจวัดและเฝ้าติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นจำนวน 4 ครั้ง (ค่าความดันโลหิตสูง/ต่ำกว่าปกติ < 20 mmHg)	37 (100.0)	0 (0.0)
3. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (SpO2) ไม่ต่ำกว่า 95%	37 (100.0)	0 (0.0)
4. ระดับความรู้สึกตัว โดยการกระตุ้นพร้อมเรียกชื่อผู้ป่วยและ ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้	35 (94.6)	2 (5.4)
5. ประเมินการหายใจโดยสังเกตจากการหายใจของผู้ป่วย ต้องมีการหายใจอย่างสม่ำเสมอ	37 (100.0)	0 (0.0)
6. ความสามารถในการเครื่องไหว และทำตามคำสั่งได้ดี	28 (75.7)	9 (24.3)
7. ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยทดลองให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ประมาณ 5 นาที ถ้าไม่มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง จึงให้ผู้ป่วยลงจากเตียงได้	22 (59.5)	15 (40.5)

ใช้ยาระงับ ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ในข้อ 13 คือ หลังจากผู้ป่วยหยุดชัก ดึงอุปกรณ์ในช่องปากออก พร้อมตรวจดูช่องปาก ว่ามีอุบัติเหตุกับช่องปากหรือไม่ ร้อยละ 47.6 รองลงมา ไม่ปฏิบัติ ในข้อ 10 คือ ก่อนให้แพทย์กดกระแสไฟฟ้า พยาบาลและวิสัญญีพยาบาลช่วยกันตรวจสอบอุปกรณ์ในช่องปากอีกครั้ง ร้อยละ 36.5 และไม่ปฏิบัติในข้อ 2 คือ ตรวจสภาพช่องปาก / ฟันว่ามีฟันปลอมหรือได้ถอดฟันปลอมหรือไม่ ถ้าปากแห้งให้ทา vasaline jelly ร้อยละ 20.6 ตามด้วยไม่ปฏิบัติ ในข้อ 1 สอบถามผู้ป่วยถึงการงดอาหารและน้ำ ร้อยละ 19 สุดท้ายคือ ข้อ 6 ภายหลังให้ยา Porpofol 1-2 mg/kg หรือ Thiopentone 3-5 mg/kg เพื่อให้ผู้ป่วยหลับทดสอบว่าผู้ป่วยหลับหรือไม่ โดยเขี่ยขนตาและดูปฏิกิริยา (eye lash reflex) ร้อยละ 9.5

จากตารางที่ 3 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่หมุนเวียนมาช่วยผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่ปฏิบัติก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยทดลองให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง 5 นาที ถ้าไม่มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง จึงให้ผู้ป่วยลงจากเตียงได้ ร้อยละ 40.5 รองลงมาพยาบาลวิชาชีพไม่ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำตามคำสั่งได้ดี ร้อยละ 24.3 สุดท้ายไม่ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยการกระตุ้นพร้อมเรียกชื่อผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ ร้อยละ 5.4

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงหลงลืมหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ร้อยละ 8.9 อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 2.4 อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 1.6 มีอาการท้องอืดและปวดกราม ร้อยละ 0.8 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้าพบเพียง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดอาการข้างเคียงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (n = 123)

อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก		
1. อาการหลงลืม	11 (8.9)	112 (91.1)
2. อาการปวดศีรษะ	2 (1.6)	121 (98.4)
3. อาการปวดเมื่อยตามตัว	2 (1.6)	121 (98.4)
4. อาการคลื่นไส้ อาเจียน	3 (2.4)	120 (97.6)
5. ท้องอืด	1 (0.8)	122 (99.2)
6. เดินเซ	2 (1.6)	121 (98.4)
7. ปวดกราม	1 (0.8)	122 (99.2)
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก		
1. การหยุดหายใจ	0 (0.0)	123 (100.0)
2. ระยะชักยาวเกิน 180 นาที	0 (0.0)	123 (100.0)
3. ความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติเกิน 30%	1 (0.8)	122 (99.2)
4. ฟันหัก ฟันโยก	0 (0.0)	123 (100.0)
5. กระดูกหัก หรือแตก	0 (0.0)	123 (100.0)
6. ข้อเคลื่อน	0 (0.0)	123 (100.0)
7. มีแผลในช่องปาก	0 (0.0)	123 (100.0)

ร้อยละ 0.8 คือความดันโลหิตสูง

อภิปราย

ความถูกต้องของการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

จากการตรวจสอบความถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า มีพยาบาลส่วนน้อยที่ไม่ตรวจสอบในเรื่องการซักประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัดที่เคยได้รับยาระงับความรู้สึก ของผู้ป่วยและคนในครอบครัว ร้อยละ 1.3 จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สามารถอภิปรายได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สามารถนำไปใช้ได้จริงกับพยาบาลในทุกหอผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อการเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และสามารถลดอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ แต่มีบางหัวข้อที่ต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยวิสัญญีพยาบาล เกี่ยวกับยาระงับความรู้สึก อาการข้างเคียงของยา อาการ

ทางกายที่มีความเสี่ยงสูง โรคประจำตัวของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต[2] ในมาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนข้อที่พยาบาลปฏิบัติน้อยคือ ไม่ได้ตรวจสอบในเรื่องการซักประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ประวัติการผ่าตัดที่เคยได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยและคนในครอบครัวนั้น อาจเป็นเพราะเป็นหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลที่จะต้องประเมินความพร้อมก่อนการรักษาอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในตำราวิสัญญีวิทยา[3] ที่กล่าวว่า วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ควรซักประวัติการใช้ยา การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การได้รับยาระงับความรู้สึก และโรคของระบบต่างๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ก็ควรซักประวัติที่อาจเป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาระงับความรู้สึก เช่นการได้รับยาระงับความรู้สึกครั้งสุดท้าย ประวัติการแพ้ยา และอาหาร โรคภูมิแพ้ และโรคหอบ

ความถูกต้องของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

จากการตรวจสอบความถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า มีบางการพยาบาลที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามการพยาบาลระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ หลังจากผู้ป่วยหยุดชัก ดึงอุปกรณ์ในช่องปากออกพร้อมตรวจดูช่องปากว่ามีอุบัติเหตุกับช่องปากหรือไม่ ร้อยละ 47.6 รองลงมา คือ ก่อนให้แพทย์กดไฟฟ้า พยาบาลและวิสัญญีพยาบาลช่วยกันตรวจสอบอุปกรณ์ในช่องปากอีกครั้ง ร้อยละ 36.5 การตรวจสภาพช่องปาก/ฟันว่ามีฟันปลอมหรือได้ถอดฟันปลอดหรือไม่ ถ้าปากแห้งให้ทา vasaline jelly ร้อยละ 20.6 สอบถามผู้ป่วยถึงการงดอาหารและน้ำ ร้อยละ 19.0 และภายหลังให้ยา Porpofol 1 - 2 mg/kg หรือ Thiopentone 3 - 5 mg เพื่อให้ผู้ป่วยหลับทดสอบว่าผู้ป่วยหลับหรือไม่ โดยเขี่ยขนตาและดูปฏิกิริยา (eye lash reflex) ร้อยละ 9.5 จากการศึกษาข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า พยาบาลที่ถูกส่งมาช่วยถึงแม้จะเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าก็ตาม แต่มีข้อจำกัด เพราะเนื่องจากบริบทการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าสามารถให้บริการผู้ป่วยในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ประกอบกับภาระงานในการให้บริการของผู้ป่วยนั้นมีความต้องการมาก และอัตรากำลังของพยาบาลที่ขาดหายไปจำนวนมาก ซึ่งศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้ามีวิสัญญีพยาบาลประจำศูนย์ฯ 2 คน ไม่เพียงพอต่อการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต้องมาทำการรักษาด้วยไฟฟ้า นโยบายทางกลุ่มการพยาบาลของสถาบันฯ จึงขอให้จัดพยาบาลหมุนเวียนมาช่วยอาทิตย์ละ 3 หอผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยจะส่งพยาบาลมาช่วยเดือนละ 1 - 2 ครั้ง จึงทำให้พยาบาลบางคนลืมขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในบางขั้น วิสัญญีพยาบาลต้องคอยแจ้งและช่วยเหลือในระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ทั้งนี้การมีผู้ป่วยที่มี

จำนวนมากกว่าจำนวนพยาบาลย่อมส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียดสูงได้จากปริมาณงานที่มากแต่มีคนทำงานน้อยไม่เพียงพอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ[4] ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเครียดมากที่สุดคือ ปริมาณงานมากแต่คนทำงานมีน้อย และส่งผลกระทบให้พยาบาลหลงลืมขั้นตอนในการทำงานได้

ความถูกต้องของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

จากการตรวจสอบความถูกต้องของพยาบาลที่มาช่วยดูแลผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่าพยาบาลสามารถดูแลเรื่องความสุขสบายใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า หรือห่มผ้าให้ผู้ป่วยอบอุ่น ติดตามและตรวจวัดและเฝ้าติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นจำนวน 4 ครั้ง (ค่าความดันโลหิตสูง/ต่ำกว่าปกติ < 20 mmHg) ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (SpO_2) ไม่ต่ำกว่า 95% และประเมินการหายใจโดยสังเกตจากการหายใจของผู้ป่วย ต้องมีการหายใจอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 สามารถอภิปรายได้ว่าพยาบาลทุกคนที่ถูกหมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสามารถปฏิบัติงานได้ดี โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่มีบางการพยาบาลที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ทันที คือการก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ทดลองให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงประมาณ 5 นาที ถ้าไม่มีอาการเวียนศีรษะมึนงง จึงให้ผู้ป่วยลงจากเตียงได้ ร้อยละ 40.5 ประเมินความสามารถในการเครื่องไหว และทำตามคำสั่งได้ดี ร้อยละ 24.3 และการประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยการกระตุ้นพร้อมเรียกชื่อผู้ป่วยให้สามารถทำตามคำสั่งได้ ร้อยละ 5.4 เพราะเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในสถาบันฯ มีจำนวนมาก และส่งมาทางห้องพักฟื้นค่อยข้างรวดเร็ว พยาบาลที่อยู่ในห้องพักฟื้นใช้สังเกตอาการพร้อมกับประเมินอาการผู้ป่วยด้วยสายตา แต่ให้พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เข้าไปกระตุ้นผู้ป่วยด้วยการเช็ดหน้าผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบาย ถึงแม้พยาบาลจะประเมินทางด้านสายตา แต่พยาบาลเมื่อเสร็จจากผู้ป่วยคนอื่นรีบเข้ามาดูแลผู้ป่วยและประเมินอาการผู้ป่วยทันที ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยไฟฟ้า[2]

อาการของผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

อาการของผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ คือ มีอาการหลงลืม ร้อยละ 8.9 อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 2.4 อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 1.6 มีอาการท้องอืดและปวดกราม ร้อยละ 0.8 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้าพบเพียง ร้อยละ 0.8 คือความดันโลหิตสูงสามารถอภิปรายได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความปลอดภัยกับผู้ป่วย ซึ่งตรงกับการศึกษาของเครือวัลย์

แห่งชาติ[5] ที่ศึกษาการประเมินผลการใช้ข้อกำหนดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยไฟฟ้า ร้อยละ 97.1 ถึง ร้อยละ 100.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญู ชะนะกุล และคณะ[6] ที่ศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยไฟฟ้า พบว่า อาการข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ ปวดหัว ร้อยละ 3.7 คลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 0.9 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 0.9 และมีภาวะสับสน ร้อยละ 0.9 และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.3 ไม่พบอาการข้างเคียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธร ระพีพัฒน์ชัย[7] พบว่าผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.6 มีอาการดีขึ้นมาก โดยร้อยละ 83.5 ไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

สรุป

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบระงับความรู้สึกได้ถูกต้องสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ในมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตจึงสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้ ส่วนอาการอาการข้างเคียงของผู้ป่วยภายหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหลงลืม ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้ายังพบความดันโลหิตสูงหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงเล็กน้อยซึ่งควรมีการเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว อีกทั้งหากเกิดอาการอาการข้างเคียงภาวะแทรกซ้อนขึ้นพยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยและให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความถูกต้องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก จึงได้ข้อมูลพื้นฐานและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า อีกทั้งควรมีการศึกษาและพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก หรือควรศึกษาเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในแต่ละระยะของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มารยาท โยทองยศ, ปราณี สวัสดิสรรพ์. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. [online]. Available from://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf [2018 Jan 20].
2. มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข: 2556; 177-97.
3. อังกาบ ปราการัตน์, วรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2548.

4. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คัคนางค์ นาคสวัสดิ์, วรรณี สัตยวิวัฒน์, และชูชื่น ชีวพูนผล. ปัจจัยที่ทำให้เกิด ความเครียด และการจัดการกับความเครียดในพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2553; 28(1): 67-75.
5. เครือวัลย์ แห่งชาติ. ศึกษาการประเมินผลการใช้ข้อกำหนดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า.[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
6. วิญญู ชะนะกุล, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยไฟฟ้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2557; 8(1): 22-30.
7. พงศธร ระพีพัฒน์ชัย. ผลการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2550.

นิ พ น ธ์ ต้ น ฉ บั บ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ**, กฤตนัย แก้วยศ***, เกยูรมาศ อยู่ถิ่น****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 161 คน ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ.2559 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อหาความชุกของความเครียด และข้อมูลทั่วไป สถิติการทดสอบไคสแควร์ เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ผล : พยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.1 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 54.7 และมีอายุเฉลี่ย 39.1 ± 10.9 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.8 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานผู้ป่วยใน ร้อยละ 77.6 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.9 พยาบาลวิชาชีพมีภาวะเครียดร้อยละ 31.7 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

สรุป : พยาบาลวิชาชีพที่มีภาวะเครียด พบความชุกของร้อยละ 31.7 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และสถานที่ปฏิบัติงาน จากผลการศึกษานี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนช่วยเหลือในการลดความเครียดและการหาแนวทางการจัดการความเครียดในการทำงาน ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะเครียด, พยาบาลวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
***นักวิชาการศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

THE PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF STRESS AMONG NURSES AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Dussadee Udomittipong, Pholphat Losatiankij**,*
*Krittanai Kaewyot***, Keyunmart Yootin****

Abstract

Objective : To study the prevalence and associated factors of stress among nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Method : This was a cross-sectional descriptive study using subjects from 161 nurses in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, willing to participate research project and answer the questionnaires completely during October – December 2016. The instrument used for data collection was a 2 sectioned questionnaire as follow: general individual data and stress-5 questionnaires (ST-5). The data that involved general individual data and stress level were presented by percentage and mean. The associations between general individual data and stress level were analyzed by chi-square test.

Results : Most of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry nurses were female 90.1%, < 40 years old were 54.7% and mean age was 39.1 $\pm$ 10.9. 54.7% had a bachelor of nursing degree, 70.8 % without chronic diseases. 54.0% were registered nurse, professional level. Majority of nurses are working in psychiatric wards 77.6%. 55.9% had working experience more than 10 years. The level of nurses' stress scores determined cases with stress disease and stress problems at 31.7. Factors significant associated with nurses stress were gender, sufficient income and workplace.

Conclusion : The prevalence of nurses' stress was 31.7% and associated factors of stress were gender, sufficient income and workplace. The results from this study could be used to alleviate job stress and create stress management plan to help nurses cope with stress effectively.

Keywords : nurse, stress

*Registered Nurse, Songkhla Rajanakarindra Psychiatric Hospital
**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
***Education officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ความเครียดเป็นสภาวการณ์ที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในชีวิตประจำวัน[1] โดยเฉพาะในสภาพการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม[2] ที่ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้าน รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในองค์กรให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] ร่างกายและจิตใจจึงเกิดภาวะตื่นตัวเพื่อตอบสนองกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม หากไม่สามารถจัดการได้จะเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความไม่สมดุล รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ มีผลกระทบกับบุคลิกภาพและพฤติกรรมตามมา เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและสมรรถภาพรวมถึงความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน[4] พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพหนึ่งที่มีความกดดันและเต็มไปด้วยความเครียด ถูกคาดหวังจากสังคม ต้องปฏิบัติงานบริการที่หนัก มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ลักษณะและภาระงานที่ต้องปฏิบัติในหลายบทบาทหน้าที่และต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง[5] มีการศึกษาความเครียดในกลุ่มอาชีพพยาบาล พบว่าอาชีพพยาบาลเป็นหนึ่งใน 40 อาชีพทั่วโลกที่มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง[6] และในประเทศไทยมีการสำรวจความเครียดของพยาบาลไทยทั่วประเทศของโครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานพยาบาลร้อยละ 45.5 มีความเครียดจากการทำงานในระดับสูง และพบว่าพยาบาลร้อยละ 20 ที่เคยประสบความรุนแรงจากการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจะมีความตั้งใจที่จะออกจากงานภายใน 1 - 2 ปี หรือมากกว่า 2 ปีมากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยประสบความรุนแรงจากการทำงาน[7]

มีการศึกษาปัจจัยทั้งข้อมูลทั่วไปและสิ่งแวดล้อมจากการทำงานที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลที่ผ่านมา พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และคณะ[8] พบว่าระดับความเครียดโดยรวมของการทำงานพยาบาลชายเกาหลีมีความเครียดสูงกว่าพยาบาลหญิงอย่างมีนัยสำคัญ Yada และคณะ[9] พบว่าพยาบาลจิตเวชชายชาวญี่ปุ่นจะมีรายงานอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ที่เกิดจากจิตใจได้มากกว่าพยาบาลหญิง มีการศึกษาพบความเครียดพยาบาลชายสูงถึงร้อยละ 66[10-13] มีข้ออธิบายที่เกี่ยวข้องเฉพาะในสังคมไทยที่มองวิชาชีพพยาบาลว่าเป็นวิชาชีพที่เหมาะกับบทบาทเพศหญิงมากกว่าชาย จึงทำให้มีผู้ชายจำนวนน้อยในวิชาชีพพยาบาลด้วยเหตุผลทางเพศของผู้ชายคือความเป็นผู้นำ กล้าหาญ กล้าท้าทายต่องานที่ยากลำบาก แข็งแรง และมีความทะเยอทะยานมากกว่าการทำอาชีพทางการพยาบาล[13] จึงเลือกหรือถูกเลือกให้ปฏิบัติงาน[11-13] ดวงรัตน์ และคณะ[14] ศึกษาปัจจัยความเครียดของพยาบาลผู้บริหารระดับต้นและพยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย คือการที่ต้องฝึกทักษะให้กับพยาบาลใหม่ๆ ซ้ำ เป็นผลจากการลาออกอยู่ตลอดเวลาที่ไม่มีตำแหน่งที่มั่นคงให้กับพยาบาลจบใหม่ Mwinga และคณะ[15] ศึกษาสาเหตุของความเครียดของพยาบาลแซมเบีย คือมีค่าตอบแทนต่ำ ภาระงานมาก

และความชุกของผู้ป่วยเอชไอวีที่สูงถึงร้อยละ 67 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานโอกาสติดเชื้อสูง Lu และคณะ[16] พบว่าพยาบาลแผนกฉุกเฉินมีความเครียดเกิดจากการมีภาระงานมาก การใช้ทักษะทางวิชาชีพอย่างสูง เพื่อประเมินอาการผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การต้องจัดทำเอกสารในการส่งต่อและการรับผู้ป่วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นหน่วยงานหนึ่งของกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และประสาทจิตเวชศาสตร์ มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติจริง[17-18] จำนวน 175, 170, 170 คน ในช่วงเวลา 3 ปีของปีงบประมาณ 2557 - 2559 และมีข้อมูลพยาบาลที่มีการลาออกและย้ายงานจำนวน 15, 3, 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8, 1.8, 2.4 ตามลำดับ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องความเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องด้วยจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด้านจิตเวชในประเทศไทย เพื่อให้ทราบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องความเครียดของพยาบาลสถาบันฯ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลมาวางแผนป้องกัน และช่วยเหลือจัดการความเครียดของพยาบาลให้มีสุขภาพจิตดี ส่งผลต่อคุณภาพการทำงานของพยาบาลต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องความเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ.2559 ยินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวน 161 คน การศึกษาครั้งนี้ผ่านพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 002/2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปะกิจ[19] มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 มีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.3 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.001 พบความสอดคล้องภายในสูงสุด เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 – 15 คะแนน

0 - 4 คะแนน คือ ไม่มีความเครียด

5 - 7 คะแนน คือ สงสัยมีความเครียด

8 - 15 คะแนน คือ มีความเครียด

สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อหาความชุกของความเครียด และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ผล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (n = 161)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	9.9
หญิง	145	90.1
อายุ (เฉลี่ย 39.1 + 10.9 ปี)		
≤ 40 ปี	88	54.7
> 40 ปี	73	45.3
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	88	54.7
สูงกว่าปริญญาตรี	73	45.3
สถานภาพสมรส		
โสด	82	50.9
สมรส	74	46.0
หม้าย/หย่า/แยก	5	3.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	114	70.8
มี	47	29.2
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	55	34.2
เพียงพอ	106	65.8
ลักษณะการทำงาน		
หัวหน้า/รองหัวหน้า	44	27.3
ผู้ปฏิบัติงาน	117	72.7
ตำแหน่ง		
ระดับปฏิบัติการ	66	41.0
ระดับชำนาญการ	87	54.0
ระดับชำนาญการพิเศษ	8	5.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
งานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	14	8.7
งานผู้ป่วยใน	125	77.6
อื่น ๆ	22	13.7
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
0 – 3 ปี	31	19.3
4 – 10 ปี	40	24.8
> 10 ปี	90	55.9

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ (n = 161)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเครียด	110	68.3
มีภาวะเครียด		
สงสัยว่ามีความเครียด	40	24.8
มีความเครียด	11	6.9

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ (n = 161) (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความเครียด		p-value
	สงสัยว่ามีความเครียด/มีความเครียด (ร้อยละ)	ไม่มีความเครียด (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	9 (56.3)	7 (43.8)	0.026*
หญิง	42 (29.0)	103 (71.0)	
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่เพียงพอ	26 (47.3)	29 (52.7)	0.002*
เพียงพอ	25 (23.6)	81 (76.4)	
สถานที่ปฏิบัติงาน			
งานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	9 (64.3)	5 (35.7)	0.023*
งานผู้ป่วยใน	36 (28.8)	89 (71.2)	
อื่น ๆ	6 (27.3)	16 (72.7)	

*p-value < 0.05, chi-square test

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.1 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (อายุเฉลี่ย 39.1 $\pm$ 10.9 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.8 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการร้อยละ 54.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานผู้ป่วยในร้อยละ 77.6 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.9

ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ

จากตารางที่ 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดร้อยละ 68.3 มีภาวะเครียด ร้อยละ 31.7 จำแนกเป็นสงสัยว่ามีความเครียด ร้อยละ 24.8 และมีความเครียดร้อยละ 6.9

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ

จากตารางที่ 3 พบว่า เพศ ความเพียงพอ

ของรายได้ และสถานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.026, 0.002 และ 0.023 ตามลำดับ)

อภิปราย

ความเพียงพอของรายได้มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กาญจนา และคณะ[20] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้อธิบายความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความเครียด เพราะการที่มีภาวะเศรษฐกิจดี มีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้บุคคลมีอำนาจในการซื้อเพิ่มขึ้น สามารถแสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพกายใจได้มากกว่า การมีรายได้ที่ต่างกันทำให้เกิดความแตกต่างในการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร และคณะ[21] ศึกษาระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพและความสัมพันธ์กับปัจจัยบางประการ พบว่าระดับรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียด คือหากพยาบาลมีรายได้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้พยาบาลมีความเครียดในการใช้ชีวิต Pratibha Kane[22] ศึกษาสาเหตุความเจ็บป่วยกายใจในพยาบาลประเทศอินเดีย พบพยาบาลประเทศอินเดียมีสาเหตุของความเครียดมาจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล ความขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย การทำงานล่วงเวลาและการมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผลของความเครียดเหล่านี้ทำให้พยาบาลมีความผิดปกติของจิตใจคือพยาบาลจะหลงลืม มีความโกรธและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ในขณะด้านร่างกายพยาบาลจะมีอาการโรคกรดในกระเพาะ ปวดตึงกล้ามเนื้อ ปวดหลังอย่างมีนัยสำคัญ

สถานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สอดคล้องกับการศึกษาของดุษฎี และคณะ[23] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติและจิตเวชฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าด้านการลดความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ McCarthy และคณะ[24] ศึกษาความเครียดจากการทำงานของพยาบาลตามแผนกต่างๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาลประเทศไอร์แลนด์ พบการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ส่งผลต่อความเครียดของพยาบาล นอกจากนี้ยังมีงานในแผนกผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยในอายุรกรรม และหอผู้ป่วยในเด็ก ส่งผลต่อความเครียดของพยาบาลเช่นกัน กมลพรรณ และคณะ[25] ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยฉุกเฉินไทย พบว่า งานหน่วยฉุกเฉินเป็นมีลักษณะงานของงานด่านหน้าที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล ต้องจัดการในการบริการที่มีผู้ป่วยมากมาย อยากได้การดูแลรวดเร็วเกือบทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องพร้อมเรียกกำลังเสริม การจัดการความเสี่ยงที่มีผลของโรคทางจิตเวช ต้องทำงานประสานหลายด้านหลายประการที่ต้องแก้ไข นอกจากนี้

ยังต้องรับผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกที่ฝากนอนรอสังเกตอาการ การเตรียมส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องมีตลอดเวลา ความขัดแย้งกับหอผู้ป่วยในการส่งผู้ป่วยเข้ารับไว้ และการประสานกับแพทย์ที่มีตลอดเวลา การศึกษาของ Gray-Toft และคณะ[26] ศึกษาแหล่งความเครียดของพยาบาลพบว่าพยาบาลแผนกจิตเวชฉุกเฉินมีความเสี่ยงที่จะโดนการกระทำจากอาการความรุนแรงของผู้ป่วย Lu และคณะ[16] ศึกษาความเครียดจากการทำงานแผนกฉุกเฉินประเทศจีน พบความเครียดในการเป็นพยาบาลแผนกฉุกเฉินเกิดจากการที่มีภาระงานมากในการบริการที่ต้องใช้ทักษะความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วย ความสามารถและมีความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การต้องจัดทำเอกสารในการส่งต่อและการรับผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ความสามารถทางวิชาชีพสูง Yang และคณะ[27] ศึกษาการรับรู้การทำงานสัมพันธ์กับความเครียด และความสัมพันธ์ของการตรวจหาสารความเครียด IgA และ Lysosome ในร่างกายจากน้ำลายของพยาบาลแผนกฉุกเฉินเปรียบเทียบกับพยาบาลแผนกทั่วไป ประเทศสิงคโปร์ พบว่าความเครียดของพยาบาลแผนกฉุกเฉินเกิดจากความขัดแย้งกันในการทำงานกับกลุ่มวิชาชีพเดียวกันและต่างสาขา ความไม่พร้อมหรือการได้รับอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอมากกว่าพยาบาลแผนกทั่วไป และเมื่อตรวจหา IgA และ Lysosome พบว่าพยาบาลที่ทำงานในแผนกฉุกเฉินมีค่าต่ำกว่าพยาบาลในแผนกทั่วไป และเมื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดพบว่าความขัดแย้งกันในการทำงานกับกลุ่มวิชาชีพเดียวกันและต่างสาขา ความไม่พร้อมหรือการได้รับอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์ IgA และ Lysosome อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านเพศ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และคณะ[8] ศึกษาแตกต่างทางเพศในความเครียดการทำงานและกลวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลประเทศเกาหลี 93 คน ใน 3 โรงพยาบาล พบว่า ระดับความเครียดโดยรวมของการทำงานพยาบาลชายเกาหลีมีความเครียดสูงกว่าพยาบาลหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านความความขัดแย้งระหว่างบุคคล ระยะเวลาการทำงานของพยาบาลชายที่ทำงานมานานกว่า 5 ปี และขาดการให้รางวัลตอบแทนจากการทำงาน Yada และคณะ[9] ศึกษาความแตกต่างประสบการณ์ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลจิตเวชชายและหญิงชาวญี่ปุ่น พบว่าพยาบาลจิตเวชชายจะมีรายงานอาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการทางกายที่เกิดจากจิตใจได้มากกว่าพยาบาลหญิง วีรวัฒน์ และคณะ[28] ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลชายไทยได้อธิบายสังคมมักมองวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เหมาะสมกับบทบาทของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทำให้มีผู้ชายจำนวนน้อยในวิชาชีพพยาบาล[13] จึงเลือกหรือถูกเลือกให้ปฏิบัติงานในแผนกจิตเวช ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤต หรือในเขตทุรกันดาร[28] ด้วยเหตุผลลักษณะทางเพศของผู้ชายคือจะมีความเป็นผู้นำ กล้าหาญ กล้าท้าทายต่องานที่ยากลำบาก แข็งแรง และมีความทะเยอทะยาน[14] แต่สิ่งเหล่านี้

ไม่ได้ทำให้ความเครียดของพยาบาลชายลดลง แต่กลับพบว่าระดับความเครียดจากการทำงานสูงของพยาบาลชายสูงถึงร้อยละ 66[11-13]

สรุป

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพมีความชุกร้อยละ 31.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพ คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และสถานที่ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สามารถนำไปวางแผนในการช่วยลดความเครียดและหาแนวทางการจัดการความเครียดในการทำงานของพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมความต้องการความช่วยเหลือในการจัดการความเครียด และผลกระทบของความเครียดที่มีต่อผู้รับบริการและองค์กร

ข้อจำกัดในการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานเฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกรมสุขภาพจิตได้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. Lertsupangkakul W. Potential sources and consequences of stress of personel in the National Institute of health [Master of Commerce thesis]. Chonburi: Graduate School, Burapha University; 2012.
2. Nualsuwan K, Prasittivatechakool A, Prajankett O. Stress and Coping Strategies of The Royal Thai Army New Privates. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2012: 13(2); 72-81.
3. Wongwan T, Supapong S, Kanchanatawan B. Prevalence and Related Factors of Occupational Stress among Correctional Officers in Maximum Security Prisons. Buddhachinaraj Medical Journal 2015: 32(1); 25-33.
4. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
5. Golshiri P, Pourabdian S, Najimi A, Zadeh HM, Hasheminia J. Job stress and its relationship with the level of secretory IgA in saliva: a comparison between nurses working in emergency wards and hospital clerks. J Pak Med Assoc 2012: 62(3); 26–30.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตของประชาชน พ.ศ.2545 - 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์; 2557.
7. กฤษดา แสวงดี, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, ฑิณกร โนรี, นงลักษณ์ พะไกยา. รายงานสรุปโครงการศึกษาติดตามสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
8. Lee J. Job stress and stress coping strategies among male and female Korean nurses. Advanced Science and Technology Letters 2015: 120; 692-5.

9. Yada H, Abe H, Omori H, Matsuo H, Masaki O, Ishida Y, Katoh T. Differences in job stress experienced by female and male Japanese psychiatric nurses. International journal of mental health nursing 2013: 23(5); 468-76.
10. Amanda S. Issues in the socialization process of the male student nurse: implications for retention in undergraduate nursing courses. Nurs edu today 2004: 24; 91-7.
11. Lou JH, Yu HY, Hsu HY, Dai HD. A study of role stress, organizational commitment and intention to quit among male nurses in southern Taiwan. J Nurs Res 2007: 15(1); 43–53.
12. Ozdemir A, et al. Gender and career: female and male nursing student perceptions of male nursing role in turkey. Health Sci J 2008: 2(3); 153-61.
13. Nantamongkolchai S. Male nurses: A way of professional life, social condition and adaptation. Master of Arts (Sociology) thesis. Graduate School, Thammasat University; 1995.
14. Wattanakitkraileart D, Naksawasdi K, Cheewapoonphon C, Sattayawiwat W. Stress management and stress related factors in nurse. Journal of Nursing Science 2010: 28(1); 67-76.
15. Mwinga C, Mugala D. Prevalence and causes of stress among nurses at Ndola Central Hospital – A nurses' perspective. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing 2015: 2(3); 158-65.
16. Lu DM, Sun N, Hong S, Fan YY, Kong FY, Li QJ. Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. Arch Psychiatr Nurs 2015: 29(4); 208-12.
17. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Annual report 2014. Bangkok: Somdet Chaopraya Insitute of Psychiatry; 2014.
18. Udomittipong D, Samranvedhya W, Yootin K. Factors related to burnout among nurses in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2015: 9(2); 9-23.
19. Silpakit O. Srithanya stress scale. Journal of Mental Health of Thailand 2010: 16(3); 177-185.
20. Vichianpradit K, Yingratanasuk T, Lormpong S. Factors related to occupational stress among registered nurses. The 2nd National and International Graduate Study Conference. May 14, 2013 Nonthaburi: Richmond Hotel.
21. Kasemsan S, Armartpundit T, Kumsuparb S. The stress level of professional nurse in Sakon Nakhon hospital and association with selected factors. Journal of Sirindhorn College of Public Health Khon-Kaen 2011 - 2012: 4(1).
22. Kane P. Stress causing psychosomatic illness among nurses. Indian journal of occupational and environmental medicine 2009: 13(1); 28-32.
23. Udomittipong D, Kaewyot K, Yootin K. Burnout syndrome among nurses (Review Article). Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2014: 8(2); 40-53.
24. McCarthy VJC, Power SBA. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. Greiner Occup Med (Lond) 2010: 60(8); 604-10.
25. Ramkaew K, Oumtanee A. Working experience of emergency nurses in tertiary care hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014: 15(3); 226-34.
26. Gray-Toft P, Anderson JG. The nursing stress scale: development of an instrument. Journal Behavioral Assessment 1981: 3; 11-23.

27. Yang Y, Koh D, Ng V, Lee CY, Chan G, Dong F, Goh SH, Anantharaman V, Chia SE. Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. Occup Environ Med 2002: 59; 836-41.

28. Thangthum W, Kalampakorn S, Lagampan S. Factors predicting job strain among male nurses in Thailand. Journal of Nursing 2013: 41(2); 6-22.

บทความฟื้นฟูวิชาการ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

*สุวรรณี ตุ่มทอง**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า และเสนอแนวทางในการดูแลฟันและอวัยวะในช่องปากผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า

วัสดุและวิธีการ : ค้นหาบทความที่เกี่ยวข้องกับ ฟัน และอวัยวะช่องปาก กับ การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า จาก Pubmed[R], google scholar และตำรารวมถึงเอกสารทางวิชาการ แล้วคัดเลือกเฉพาะบทความที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากในการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า

ผล : มีบทความที่กล่าวถึงฟัน และอวัยวะช่องปากกับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าจำนวนเพียง 15 บทความ การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ให้ผลการรักษาที่ดีวิธีหนึ่ง ปัจจุบันได้ประยุกต์โดยใช้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าภายใต้การระงับความรู้สึก แต่ก็ยังคงพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีทันตสุขภาพไม่ดี เป็นโรคปริทันต์ระดับรุนแรง ทำให้ฟันมีโอกาสโยกและหลุดระหว่างการรักษาได้ และปัจจุบันงานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม และงานทันตกรรมรากเทียมได้พัฒนาไปมาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้ มีการแนะนำให้ตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากก่อนการให้รักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า และใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปากในผู้ป่วยทุกคนขณะให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า

สรุป : ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากพบได้เป็นประจำระหว่างให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า ผู้ให้การรักษาต้องให้ความสำคัญและมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลฟันและอวัยวะในช่องปากผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าอย่างชัดเจน

คำสำคัญ : การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า, ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก

*ทันตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

DENTAL COMPLCATIONS IN PATIENT WHO RECIEVED ELECTROCONVULSIVE THERAPY: REVIEW ARTICLE

*Suwannee Toomtong**

Abstract

Objective : To review the complications associated with tooth and intraoral organs in patients treated with electroconvulsive therapy (ECT) and strategies to protect and avoid dental and intraoral organs in these patients.

Material and Method : Literature searching was aimed for dental and oral injuries associated with ECT from Pubmed[R], google scholar and textbooks including published articles. Articles were mainly focused on the ECT associated dental and oral complications.

Results : Few articles focused on ECT associated dental and oral injuries are found. ECT is definitely a good choice for psychiatric patient management. Although anesthetic management is delivered to the patients during ECT, the dental and oral injuries are still common in psychiatric patient, the reasons may be linked to their poor oral hygiene and severe periodontal disease, leading to tooth mobility and avulsion during the procedure. Nowadays, the aesthetic dentistry and dental implant are so common, therefore serious dental complications in these patients may lead to close claims for compensation or other legal redress. Dental and oral assessment should be preformed prior to ECT including wearing the mouth guard in every single patient needing such procedure.

Conclusion : Dental and oral complications associated with ECT are common, therefore the personal should play more attention to and follow the practice guidelines for those patients requiring the ECT.

Key words : dental complications, eletroconvulsive therapy

*Dentist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) หมายถึง การรักษาที่ใช้กระแสไฟฟ้าเหนี่ยวนำให้เกิดอาการชักติดต่อกัน[1] เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวชวิธีหนึ่ง สำหรับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงมาก เพื่อควบคุมอาการอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการให้ยา ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา[2] สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (1990)[3] ให้คำจำกัดความการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (ECT) ว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้กระแสไฟฟ้าความถี่ต่ำเพื่อให้เกิดการชักเป็นเวลาสั้น ๆ ภายใต้การใช้ยาระงับความรู้สึกเพื่อรักษาโรคทางจิตเวชหลัก ปัจจุบันการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าได้รับการยอมรับว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดี มีประสิทธิภาพ[2] โดยเฉพาะโรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว, โรคซึมเศร้า, โรคจิตเภทในระยะเฉียบพลัน[1,2] รวมถึงมีผลการศึกษายืนยันว่าการใช้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการรักษาด้วยยาทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น[4] สำหรับในประเทศไทยมีการให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง และโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีจิตแพทย์ประจำ[4] ผู้ป่วยร้อยละ 93.6 ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช[5]

แม้ว่าการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า จะให้ผลการรักษาที่ดีแต่ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (Unmodified ECT) ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาระงับความรู้สึก และยาหย่อนกล้ามเนื้อ มีผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็งอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อกระดูกสันหลังส่วนคอหักและข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนขณะทำการรักษาด้วยไฟฟ้า[2] เพื่อลดและหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าว จึงได้ประยุกต์โดยใช้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT (m-ECT)) แต่ก็ไม่ได้แก้ไขปัญหาการบาดเจ็บที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก[2] ยังคงพบฟันโยก ฟันหลุด การฉีกขาดของลิ้นและริมฝีปาก ระหว่างการรักษา[6] ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องความสวยงาม และการทำหน้าที่ของฟัน[7] ขณะที่ทีมผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้ายังไม่มีแนวทางในการดูแลฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าอย่างชัดเจน[8] ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า และเสนอแนวทางในการดูแลฟันและอวัยวะในช่องปากผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า

วัสดุและวิธีการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่ปี 1990 - 2016

พบบทความที่เกี่ยวข้องจำนวน 4,820 บทความ แต่มีบทความที่เกี่ยวข้องกับ การบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปากเพียง 45 บทความ ในบทความฟื้นฟูวิชาการนี้ได้คัดเลือกเฉพาะบทความที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากในการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า จำนวน 15 บทความ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า

แม้ว่าจะให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก modified ECT (m-ECT) แล้ว แต่ยังคงพบการบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปากได้เสมอ Watt และคณะ ในปี ค.ศ.2011 รายงานว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าคือการบาดเจ็บที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก[6] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากมากที่สุด[9] Beli และ Bentham (1998) พบการบาดเจ็บที่ฟัน วัสดุบูรณะฟันรวมถึงลิ้น ริมฝีปาก เนื้อเยื่อในช่องปากประมาณร้อยละ 20 โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกรมากที่สุด รองลงมาคือการฉีกขาดของเนื้อเยื่อในช่องปาก ฟันโยก ฟันหลุด[10] Jirakulsawat และคณะ ในปี ค.ศ.2011 โรงพยาบาลศิริราช พบการบาดเจ็บที่เกี่ยวกับอวัยวะในช่องปากร้อยละ 10.1 โดยพบแผลที่ริมฝีปากและเนื้อเยื่อในช่องปากมากที่สุด รองลงมาคือเลือดออกบริเวณขอบเหงือก และฟันหลุด ตามลำดับ[11] Muzyka และคณะ พบว่า การบาดเจ็บที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากพบได้เป็นประจำ แต่พบมีการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากคำสั่งให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าหนึ่งชุดในคราวเดียวกันจะกำหนดให้การรักษาเป็นจำนวนประมาณ 6 - 12 ครั้ง (3 ครั้งต่อสัปดาห์) การรายงานเป็นจำนวนรายผู้ป่วยทำให้จำนวนรายงานน้อยกว่าจำนวนครั้งที่พบอุบัติการณ์ และมักจะไม่รายงานการบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ ที่พบในแต่ละครั้ง[8]

ฟันที่โยกหลุดระหว่างการรักษาทำให้มีเลือดออกบริเวณนั้น และยังอาจก่อให้เกิดปัญหาในการห้ามเลือด (stop bleeding)[7] ฟันที่โยกหลุดรวมถึงชิ้นส่วนของฟันและวัสดุบูรณะฟันที่แตกหักระหว่างการรักษา มีโอกาสสำลักลงไปในหลอดอาหารหรือหลอดลมผู้ป่วยได้ กรณีที่หลุดเข้าไปในหลอดอาหารอาจไม่ก่อให้เกิดอันตราย ยกเว้นเป็นชิ้นส่วนขนาดใหญ่อาจจะทำให้หลอดอาหารอุดตันหรือทะลุได้ แต่ถ้าชิ้นส่วนนั้นหลุดเข้าไปในหลอดลมอาจจะทำให้ปอดอักเสบรุนแรงจนถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตได้[12] นอกจากนี้การฉีกขาดของเนื้อเยื่อในช่องปาก บริเวณลิ้น แก้ม เหงือก และริมฝีปาก ทำให้มีเลือดออกและทำให้บวมได้[13]

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก เกิดจากตำแหน่งการวางขั้วไฟฟ้าที่อยู่บริเวณขมับทั้งสองข้างของผู้ป่วย ซึ่งอยู่บนกล้ามเนื้อบดเคี้ยว temporalis กระแสไฟฟ้าผ่านไปกระตุ้นกล้ามเนื้อบดเคี้ยวนี้ทั้งมัด กระแสไฟฟ้ายังกระจายไปรอบ ๆ บริเวณกล้ามเนื้อบดเคี้ยว massester และกล้ามเนื้อแสดง

ความรู้สึกของใบหน้า (muscle of facial expression) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อแล้ว กระแสไฟฟ้าก็ยังสามารถกระตุ้นกล้ามเนื้อบดเคี้ยวนี้ได้โดยตรง แต่ความแรงของการกระตุ้นจะลดเหลือ 60 - 75% ร่วมกับขณะที่ผู้ป่วยได้รับยานำสลบทำให้ร่างกายสูญเสียกลไกการป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บ[14-15] การวางขั้วไฟฟ้าบริเวณขมับข้างเดียวจะพบการบาดเจ็บที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากน้อยกว่าการวางขั้วไฟฟ้าบริเวณขมับทั้งสองข้าง[14]

นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ที่มีทันตสุขภาพไม่ดีมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บต่อฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้ามากขึ้น[8,14] ได้มีการแนะนำให้บุคลากรในทีมผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าตรวจประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากก่อนให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก[16] ถ้าพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างการรักษาควรส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาทันตแพทย์ นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกา แนะนำให้ใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard) ในผู้ป่วยทุกคนขณะให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า[17] แต่ก็ยังพบการบาดเจ็บที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปาก[6,13] พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากเทคนิคการจับยึดขากรรไกรผู้ป่วยให้คงที่ขณะรักษาไม่ดีพอ ไม่ถูกวิธี ไม่ถูกตำแหน่ง ทำให้มีการขยับเคลื่อนตำแหน่งของอุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard) และจากตำแหน่งการวางอุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard) ไม่คลอบคลุมถึงตำแหน่งฟันกราม[6-7,10]

พยาธิสรีรวิทยาที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปาก

สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทันตสุขภาพรุนแรง มีโรคฟันผุลุกลาม โรคเหงือกอักเสบรุนแรง โรคปริทันต์ และพบรอยโรคในช่องปากสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาทันตสุขภาพรุนแรง เนื่องจากสภาพร่างกายและสภาวะช่องปากที่เปลี่ยนไปจากอาการของโรค ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ไม่สนใจและละเลยในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง สูบบุหรี่ ติดสุรา และ/หรือสารเสพติด ขณะเดียวกันผลข้างเคียงของยาจิตเวชบางชนิดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย (xerostomia) ซึ่งน้ำลายเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยทำความสะอาดช่องปาก เมื่อน้ำลายลดลงส่งผลให้ระดับความเป็นกรดด่าง (Ph) ในน้ำลายเปลี่ยนแปลงร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชมักเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงเป็นประจำ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชมักกลัวการทำฟันและยังมีข้อจำกัดในการไปพบทันตแพทย์ ปัจจัยร่วมดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีสภาวะทันตสุขภาพไม่ดี[18]

การบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าจะเกิดมากขึ้นเมื่อมีพยาธิสรีรวิทยาดังนี้[10]

- โรคฟันผุที่มีรอยผุขนาดใหญ่ สูญเสียเนื้อฟันส่วนที่แข็งแรงไปมาก

- ฟันที่มีวัสดุบูรณะฟันขนาดใหญ่
- ฟันที่มีรอยร้าว (crack tooth syndrome)
- ฟันที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้วแต่ยังไม่ได้รับการบูรณะถาวร
- ฟันสึกบริเวณคอฟันที่มีรอยสึกขนาดใหญ่ (severe cervical abrasion)
- โรคปริทันต์อักเสบ ที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) เหงือกร่น มีการละลายตัวของกระดูกรองรับรากฟันไปมากทำให้ฟันโยก
- ฟันหน้ามีรากฟันรากเดียว การเรียงตัวของฟันหน้าบนที่ยื่นไปข้างหน้ามากกว่าปกติ (proclamation) แนวแกนฟันจะเอียงไปด้านหน้า เมื่อมีแรงแนวเฉียงมากระทำอาจทำให้ฟันหลุด หรือแตกหักได้
- การสบฟันที่ผิดปกติ (malocclusion) การสบฟันลึก (deep overbite) ฟันที่ไม่มีคู่สบ
- ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟัน
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อต่อขากรรไกร
- ผู้ป่วยที่มีรอยโรคในช่องปาก การติดเชื้อที่เกิดจากฟัน

ความเสี่ยงที่ควรตระหนัก (Risk awareness)

จิตแพทย์ต้องตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าให้มากขึ้น นอกจากผู้ป่วยจิตเวชจะมีพยาธิสรีรวิทยาก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวมาแล้ว ยังต้องตรวจดูชิ้นงานทันตกรรมในช่องปากผู้ป่วยด้วย เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านทันตกรรมได้พัฒนาไปมาก โดยเฉพาะงานทันตกรรมรากเทียม งานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม การพัฒนาของเซรามิกหรือพอร์ซเลนที่ใช้ในงานทันตกรรมทำให้การบูรณะฟันมีความสวยงาม ทันสมัยและสลับซับซ้อนมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง แนวโน้มผู้ป่วยเลือกรับบริการทันตกรรมด้านนี้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ในอนาคตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีการบูรณะฟันด้วยงานทันตกรรมเหล่านี้จะเป็นภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง (serious injury)[14] ทั้งในเรื่องความสวยงามและการทำหน้าที่ของฟัน (cosmetic and function) เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้[7,14] จิตแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาลที่ให้การรักษา จำเป็นต้องประเมินสภาพฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยและบันทึกใบแบบยินยอมรับการรักษาก่อนให้การรักษา[14]

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีของงานทันตกรรม

ปัจจุบันงานทันตกรรมเฉพาะทางบางชนิด อาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ได้แก่

วีเนียร์[19] (veneer /laminate) เป็นวิธีการรักษาทางทันตกรรมอนุรักษ์เพื่อความสวยงามวิธีหนึ่ง ใช้ในการแก้ไขความผิดปกติของสีหรือรูปร่างของฟัน หรือการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเพียงเล็กน้อย เพื่อความสวยงามในฟันหน้า วีเนียร์อาจถูกเรียกว่าเคลือบผิวฟันเทียมหรือฉาบฟัน สามารถบูรณะได้จากวัสดุบูรณะฟันที่มีสีเหมือนฟัน (composite) หรือจากพอร์ซเลน (porcelain laminate veneer) ซึ่งอาจถูกเรียกว่าเคลือบมุก

ครอบฟัน[20] (crown) เป็นการบูรณะฟันธรรมชาติที่สูญเสียเนื้อฟันไปมากเกินกว่าจะบูรณะด้วยวิธีทั่วไป เพื่อให้ฟันซี่นั้นแข็งแรงขึ้น ด้วยวัสดุที่เป็นโลหะหรือเซรามิกหรือทั้งโลหะและเซรามิก ครอบคลุมทั้งซี่ฟันเป็นฟันปลอมติดแน่น โดยทั่วไปใช้ในการบูรณะฟันที่มีรอยผุขนาดใหญ่มากไม่สามารถอุดได้ ฟันร้าว ฟันแตกหัก ฟันที่มีรอยสึกด้านบดเคี้ยวมาก และฟันที่ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้ว

สะพานฟัน[20] (bridge) เป็นการทดแทนฟันที่สูญเสียไปด้วยการยึดซี่ฟันปลอมติดกับฟันซี่ข้างเคียงอย่างถาวร โดยฟันซี่ข้างเคียงจะถูกกรอเพื่อใช้เป็นฟันหลักของสะพานฟัน ทำในกรณีช่องฟันที่หายไปมีขนาดเล็ก (1 - 2 ซี่) และมีฟันหลักเพื่อใช้ยึดสะพานฟันข้าง ๆ ช่องฟันที่หายไป โดยใช้วัสดุบูรณะเช่นเดียวกับครอบฟัน

รากฟันเทียม[21] (dental implant) คือวัสดุที่ฝังลงไปในกระดูกขากรรไกรเพื่อทดแทนส่วนที่เป็นรากฟันของฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป โดยวัสดุที่ใช้เป็นรากเทียมได้รับการยอมรับแล้วว่ามีความแข็งแรงและเข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อในร่างกาย ปัจจุบันใช้สกรูไททาเนียมอัลลอย ทำเพื่อรองรับครอบฟัน สะพานฟัน ฟันปลอมทั้งปาก

การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1990)[3] แนะนำให้ใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard) ที่ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่นในผู้ป่วยทุกคนขณะให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า โดยวางอุปกรณ์คลอบคลุมถึงตำแหน่งฟันกรามและวางให้สามารถป้องกันฟันตรงข้ามกัดลิ้นและเนื้อเยื่อด้านข้างแก้ม (buccal mucosa) และไม่มีแรงกระทำต่อฟันหน้า ปัจจุบันยังไม่มีชนิดและรูปแบบของอุปกรณ์ป้องกันช่องปากที่ใช้เป็นมาตรฐาน การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับวิสัญญีแพทย์ อย่างไรก็ตามควรมีให้เลือกหลายแบบ หลายขนาดตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากสภาพช่องปากของผู้ป่วย[14]

- ผู้ป่วยที่มีฟันปกติครบทุกซี่ สามารถใช้แผ่นกัด bite guard

- ผู้ป่วยที่ไม่มีฟันในช่องปาก (edentulous patient) ใช้แท่งกัด bite block เพื่อป้องกันไม่ให้ขากรรไกรบน-ล่างสบชิดกัน (อันตรายต่อกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อขากรรไกร)

- ผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมทั้งปาก (full denture) ให้ถอดฟันปลอมออก แล้วใส่แท่งกัด bite block

- ผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้ (partial denture)

กรณีเป็นฟันปลอมถอดได้ฐานอคิริก (temporary plate, TP) ให้ถอดฟันปลอมออก

กรณีเป็นฟันปลอมถอดได้ฐานโครงโลหะ (removable partial denture; RPD) ถ้าใส่ในฟันหน้าและ/หรือใส่ในฟันหลังด้านเดียวของขากรรไกรให้ถอดฟันปลอมออก ถ้าใส่ในฟันหลังทั้งสองข้างของขากรรไกรให้พิจารณาว่าใส่แล้วฟันปลอมมีเสถียรภาพ การยึดอยู่ดีให้ใส่ไว้ขณะทำการรักษาเพื่อช่วยกระจายแรงและช่วยยึดฟันข้างเคียงได้

- ผู้ป่วยที่มีทั้งครอบฟัน สะพานฟัน

รากฟันเทียม ในช่องปาก (Complex restoration) ต้องมีเทคนิคในการวางอุปกรณ์ป้องกันช่องปากให้เหมาะสมเพื่อลดแรงกระทำต่อฟันเหล่านั้น รากฟันเทียมมีขนาดเล็กกว่ารากฟันธรรมชาติจึงรับแรงได้น้อยกว่า ต้องเพิ่มความระมัดระวังในรากฟันหน้าที่มีแรงกัดแนวเฉียงมากระทำขณะทำการรักษา แนะนำให้วางขั้วไฟฟ้าบริเวณขมับข้างเดียว เพื่อลดแรงกัดที่ลงบนตัวฟัน

ในประเทศไทย โรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ใช้แผ่นกัด bite guard ที่พัฒนาจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา[22] เริ่มแรกผลิตจากยางพารา มีรูปร่างและขนาดเท่ากับถาดพิมพ์ปาก (Rim-lock tray) ขนาดเบอร์ 13 แต่เมื่อใช้ไปนาน ๆ พบว่าแผ่นยางมีความยืดหยุ่นน้อยลง แข็งขึ้น ปัจจุบันจึงผลิตจากซิลิโคน อย่างไรก็ตามมีการผลิตเพียงขนาดเดียว ในอนาคตควรมีการพัฒนาให้มีหลายขนาดต่อไป

แนวทางในการดูแลฟันและอวัยวะในช่องปากผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า[10]

1. สอบถามข้อมูล ปัญหาทางทันตกรรม การรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วย เช่น ปวดฟัน ฟันโยกปัญหาข้อต่อขากรรไกร การใส่ฟันปลอมติดแน่น และฟันปลอมถอดได้

2. ตรวจประเมินฟันและอวัยวะในช่องปาก เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ได้แก่ ฟันโยก ฟันผุขนาดใหญ่ที่เหลือเนื้อฟันน้อย ฟันที่มีวัสดุอุดขนาดใหญ่ ฟันปลอมถอดได้ (ฟันปลอมทั้งปาก และฟันปลอมบางส่วนถอดได้) ฟันปลอมติดแน่น (ครอบฟันและสะพานฟัน) งานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม งานทันตกรรมรากเทียม รอยโรคในช่องปาก การสบฟันที่ผิดปกติ ประเมินการเคลื่อนที่ของข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปาก-หุบปาก

3. ผู้ป่วยที่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างการรักษา ควรส่งผู้ป่วยไปปรึกษาทันตแพทย์

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการรักษารวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ให้ข้อมูลความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อฟันและอวัยวะในช่องปากแก่ผู้ป่วยก่อนทำการรักษาและบันทึกในแบบยินยอมรับการรักษาโดยมีรายละเอียดครอบคลุมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนและให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อ

5. ใส่อุปกรณ์ป้องกันช่องปาก (mouth guard) ในผู้ป่วยทุกรายขณะให้การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า โดยเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและวางให้คลอบคลุมถึงตำแหน่งฟันกราม

6. บุคลากรในทีมมีเทคนิคในการจับยึดขากรรไกรให้คงที่ขณะทำการรักษา ไม่ให้อุปกรณ์ป้องกันช่องปากขยับ และขณะผู้ป่วยชักควรฟังว่ามีเสียงผิดปกติที่ข้อต่อขากรรไกรหรือไม่

7. เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาใช้ความระมัดระวังในการถอดอุปกรณ์ป้องกันช่องปาก สอบถามและตรวจดูว่ามีการบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปากหรือไม่ ถ้าพบมีการบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปากต้องส่งผู้ป่วยไปพบ

ทันตแพทย์ทันที และบันทึกรายละเอียดในแบบบันทึกการรักษา โดยเฉพาะเศษฟันที่หักหรือหลุดต้องหาให้พบ เพื่อแน่ใจว่าไม่หลุดลงไปในหลอดลมหรือหลอดอาหาร

สรุป

ในประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าจากโรงพยาบาลจิตเวช โดยผู้ให้การรักษาหลักเป็นจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ แต่สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้าไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร[8] ยกเว้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีทันตสุขภาพไม่ดี เป็นโรคปริทันต์ค่อนข้างรุนแรง มีโอกาสฟันโยกและหลุดระหว่างการรักษามาก และปัจจุบันงานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม และงานทันตกรรมรากเทียมได้พัฒนาไปมาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อเรียกร้องค่าเสียหายได้ ทีมผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าควรจะทำการตรวจฟันและอวัยวะในช่องปากผู้ป่วย เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา แจ้งผู้ป่วยและบันทึกในแบบยินยอมรับการรักษา และส่งต่อไปปรึกษาทันตแพทย์ นอกจากนี้ต้องเลือกอุปกรณ์ป้องกันช่องปากให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และใช้ความระมัดระวังในการใส่ถอดอุปกรณ์ป้องกันช่องปาก รวมถึงต้องมีเทคนิคในการจับยึดขากรรไกรให้คงที่ขณะทำการรักษาด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ ลีลานันทกิจ. การรักษาด้วยไฟฟ้าทฤษฎีและภาคปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
2. รัตนา สายพานิชย์. Electroconvulsive therapy (ECT). [online]. Available from: http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/ECT%20(mechanism%20and%20procedure).pdf [2016 Dec 10].
3. American Psychiatric Association. The practice of ECT: recommendation for practice, training and privileging. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1990.
4. วรวัฒน์ จันทร์พัฒนะ. การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543: 44; 156-69.
5. Chanpattana W, Kramer BA. Electroconvulsive Therapy Practice in Thailand. J ECT 2004: 20; 94-98.
6. Watts BV, Groft A, Bagian JP, Mills PD. An examination of mortallity and other adverse events related to electroconvulsive therapy using a national adverse events report system. J ECT 2011: 27; 105-08.
7. McCall WV, Minneman SA, Weiner RD, Shelp FE, Austin S. Dental pathology in ECT patients piror to treatment. Convuls Ther 1992: 8; 19-24.
8. Muzyka BC, Glass M, Glass OM. Oral health in electroconvulsive therapy a neglected topic. J ECT 2016: 33(1); 12-5.
9. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี 2557-2559. ศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้า. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
10. Beli N, Bentham P. Nature and extent of dental pathology and complications arising in patients receiving ECT. Psychiatric Bulletin 1998: 22; 562-65.

11. Jirakulsawat A, Siriussawakul A, Triyasunant N, Wangdee A, Yutica J, Chiripu M. Incidence of oral injury and risk factors associated with oral injury in psychiatric patients undergoing electroconvulsive therapy in Siriraj hospital. Siriraj Med J 2012: 64(5); 145-48.
12. Yasny JS. Perioperative dental considerations for the Anesthesiologist. Anesth Analg 2009: 108; 1564-73.
13. Woo SW, Do SH. Tongue laceration during electroconvulsive therapy. KJA 2012: 62(1); 101-102.
14. Martin D. Dental issues related to ECT. In: Waite J & Easton A, editors. The ECT Handbook. Glasgow: Bell&Bain Limited: 2013; 87-93.
15. Kiran S, Bala R, Singh T. Dental protection during modified electroconvulsive therapy using Roll-Guaze mouth gag [Letter]. J ECT 2009: 25; 74-5.
16. Weiner RD, McCall WV. Dental consultation in ECT [Letter]. Convuls Ther 1992: 8; 146.
17. Minneman SA. A history of oral protection for the ECT patient: past, present, and future. Convuls Ther 1995: 11; 94-103.
18. Kisely S. No mental health without oral health. Can J Psychiatry 2016: 61(5); 277-82.
19. เฉลิมพล ลี้ไวโรจน์. วีเนียร์: ศาสตร์และศิลป์ชั้นสูงงานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พรรษาดีไซด์; 2546.
20. นวภรณ์ จิตตภิรมย์ศักดิ์, ตวงรัชต์ เลิศบุษยานุกูล. ครอบฟัน และสะพานฟัน แตกต่างกันอย่างไร? เกร็ดความรู้ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร. [online]. Available from: http://www.info.dent.nu.ac.th/dentalHospital/index.php/2012-09-18-18-57-27/8-2013-03-25-09-21-57/32-2013-03-25-09-24-12 [2017 Jan 18].
21. ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก. เรามารู้จักรากฟันเทียมกันดีกว่า เกร็ดความรู้ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร. [online]. Available from: http://www.info.dent.nu.ac.th/dentalHospital/index.php/2012-09-18-18-57-27/7-2013-01-05-23-27-44/88-2016-09-16-09-59-05 [2017 Jan 18].
22. องอาจ ชาลีภา, รัตนาลักษณ์ ชาลีภา, นารีรัตน์ ไกรวิทย์, ดารา ศัตรูลี้, สายฝน นันทจิต. เปรียบเทียบการใช้ไม้พันสำลีและก๊อซกับแผ่นยางในการรักษาด้วยไฟฟ้า. J Psychiatr Ass Thailand 1989: 34(1); 31-8.

ISSN 1905-8586

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คณะที่ปรึกษา	พญ.สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	นพ.สินเงิน สุขสมปอง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	นพ.ฐานันดร์ ปิยะศิริศิลป์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	พญ.ปัทมา ศิริเวช	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บรรณาธิการ	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
บรรณาธิการรอง	ภญ.ดร.อรภรณ์ สวนชัง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา)		
	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท
	พญ.ฐิติมา สงวนวิชัยกุล	ดร.วิภาวี เผ่ากันทรากร
	น.ส.จิตรพรรณ โพธิ์ไพโรจน์	น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย
	นางฐปนีย์ ฟูมูลเจริญ	น.ส.นิรมล ปะนะสุนา
	น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์
	น.ส.สาวิตรี สุริยะฉาย	นางฉัตรสุดา จุงสกุล
	นางดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์	
ผู้จัดการ	น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒน์ธนนท์	น.ส.เกยูรมาศ อยู่ถิ่น
	นายกฤตนัย แก้วยศ	

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
	Nopphorn 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

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
Dussadee Udomittipong	

Manager	Chonsinun Thanapatthanon	Keyunmart Yootin
	Krittanai 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

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กันยายน 2560

	หน้า
สารบัญ	**ค**
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	**จ**
บรรณาธิการแถลง	**ฎ**
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ความชุกและรูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อต่อการรักษา กิติรัฐ เนตรแก้ว ฐิติมา สงวนวิชัยกุล	**1**
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หยก วิญญาณ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	**16**
การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ นารีรัตน์ ทองยินดี, ดวงตา กุลรัตนญาณ, กลิ่นชบา สุวรรณรงค์, อณิมา จันทรแสน	**28**
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, กฤตนัย แก้วยศ, เกยูรมาศ อยู่ถิ่น	**41**
บทความฟื้นฟูวิชาการ	
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า สุวรรณี ตุ่มทอง	**52**

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Volume 11 Number 2 September 2017

	Page
Contents	ง
Instruction to Authors	จ
Preface	ฌ
Original Article :	
Prevalence and Antipsychotic Drug Prescription for Treatment Resistant Schizophrenia Kitirat Netrkaew Thitima Sanguanvichaikul	2
Factors Related to Frequent Use of Psychiatric Emergency Services at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Yok Vinyan Pholphat Losatiankij	17
The nursing before, during and after the treatment by electroconvulsive therapy through anesthetics medicines Nareerat Thongyindee, Duanta Kulrattanayan, Klinchaba Suvarnarong, Anima Juntarasaen	29
The Prevalence and Associated Factors of Stress Among Nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry Dussadee Udomittipong, Pholphat Losatiankij, Krittanai Kaewyot, Keyunmart Yootin	42
Review Article :	
Dental complications in electroconvulsive therapy: Review Article Suwannee Toomtong	53

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จัดทำขึ้นเพื่อประชาสัมพันธ์นโยบาย และกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

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 ในกรณีที่มีผู้นิพนธ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้ วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ (Matserials 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 และการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียบเรียงตามขั้นตอน

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 แสดงความมีน้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนด้วย

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 โดยด้านหลังเขียนลูกศรด้วยดินสอดำเป็นแนวตั้งตามที่ผู้นิพนธ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียนหมายเลขกำกับไว้ว่ารูปที่ 1 รูปที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วย คำอธิบายรูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบ ดังนี้

* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
* ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ภาษาไทยและอังกฤษ
* บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและอังกฤษ
* คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ
* บทนำ (Introduction)
* บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วนๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุ ประสงค์ 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) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วย ถ้าแสดงรูปภาพต้องเฉพาะที่จำเป็นจริงๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ

รายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ

* ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด 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

* ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด 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 โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับ คำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทย ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียน ค่าสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ ให้ใช้กระดาษสีขาวขนาด $8\frac{1}{2}$ x 11 นิ้ว หรือ ISO A4 พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for window ขนาดตัวอักษร ภาษาไทยอังสนา 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

ในกรณีที่มีผู้นิพนธ์ 2 คนขึ้นไป ให้แนบต้นฉบับหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ร่วมนิพนธ์ไปด้วย ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในมนุษย์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 28 ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

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

ตัวอย่างที่ 1 Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative stydy of Bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patiemts. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 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 ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

โปรดสังเกต

* ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัว พิมพ์ใหญ่
* ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็น ไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก http:// www.nlm.nih.gov
* ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย นิยม ใช้ชื่อเต็มของวารสาร เนื่องจาก ตัวย่ออาจทำให้ค้นหาลำบาก
* ระหว่างชื่อย่อวารสารภาษา อังกฤษกับปีที่พิมพ์ไม่มีเครื่องหมายวรรคตอนใดๆ คั่นอยู่
* หลังเครื่องหมายวรรคตอน (;) (:) ที่คั่นระหว่าง ปี ปีที่ และหน้าของวารสารให้เขียนติดต่อกันไม่มีเว้นวรรค 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 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.3 ดังนี้

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

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

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 fatique syndrome.Rev InfDis 1991; 11 suppll: 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 fatique syndrome [letter]. Lancet 1996; 347: 1770.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้นิพนธ์ อักษรย่อชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่...(กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง) ชื่อเมือง:สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

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

ตัวอย่างที่ 8 สงัน สุวรรณเลิศ. ผีปอปผีเข้าในทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์; 1974.

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย และคณะ
- ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 9 ธนู ชาติธนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536

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

2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

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

ตัวอย่างที่ 12 Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washingron: 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 Willey & son; 1989: 211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference Proceeding)

ตัวอย่างที่ 14 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติประจำปี 2545 เรื่อง สุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 - 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2545.

ตัวอย่างที่ 15 Bengstsson S, SolheimBG. Enforcemen 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 stydt of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 17 พนิษฐา พานิชาชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. 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. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยโดยคอมพิวเตอร์. 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 cooumbia quide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml [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 : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง.ชื่อย่อวารสาร [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. ชื่อหนังสือพิมพ์. วันเดือนปี : section (ถ้ามี) : เลขหน้า (คอลัมภ์).

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 (ซึ่งเป็นส่วนหน้าสุดโดยอ้างอิงส่วนที่พิมพ์ในหน้า 3 คอลัมน์ 5)

6.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

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

6.3 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน์

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

ตัวอย่างที่ 27 พจน์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอดของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ] กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย; 13 เมษายน 2520.

6.4 เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง.ชื่อย่อวารสาร In press ปีที่พิมพ์.

6.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นสื่อรวมทางการศึกษา (Citing Multimedia Material)

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อเรื่อง. [วีดีทัศน์]. ชื่อเมือง: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต

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

บรรณาธิการแถลง

วารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความวิชาการทั้งหมด 5 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัย 4 เรื่อง และบทความฟื้นฟูวิชาการอีก 1 เรื่อง วิจัยสองเรื่องแรก เป็นผลงานของแพทย์ประจำบ้านที่น่าสนใจ ได้แก่ เรื่องความชุกและรูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่ดื้อต่อการรักษา มีประมาณร้อยละ 9.7 และแม้ว่าจะดื้อต่อการรักษาแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ได้รับยาเพียงขนานเดียวในการรักษา และที่ใช้บ่อยที่สุดได้แก่ ยา Clozapine และมีบางรายที่ต้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่อง เรื่องที่สองเป็นเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรับบริการซ้ำที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินของสถาบันฯ พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน มีโอกาสกลับมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินซ้ำ ภายใน 1 ปี หลังจากการนอนโรงพยาบาล ซึ่งในอนาคตควรจะมีงานวิจัยค้นหาสาเหตุต่อไป งานวิจัยเรื่องที่สาม เป็นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ก่อน ระหว่างและหลังการทำการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช แต่เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึก จึงมีการสร้างแนวปฏิบัติขึ้นเพื่อให้ลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่า แนวปฏิบัติดังกล่าว สามารถทำตามได้และไม่มีความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง วิจัยเรื่องสุดท้ายของวารสารฉบับนี้ เป็นเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของพยาบาลวิชาชีพมีความเครียด ซึ่งเป็นเรื่องท้าทายของผู้บริหารที่จะนำผลการศึกษาดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการลดภาวะเครียดของพยาบาล ส่วนบทความฟื้นฟูวิชาการเป็นเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เรื่องราวจะเป็นอย่างไรโปรดติดตามได้ภายในฉบับ

ท่านที่ต้องการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โปรดติดต่อมายังคุณกฤตนัย แก้วยศ โทรศัพท์ 02-4422500 ต่อ 59286 หรือส่งบทความมายังอีเมลล์ researchsomdet@gmail.com

บรรณาธิการ