



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ธมล บัวสถิตย์*, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ**

วันรับบทความ : 24 เมษายน 2561

วันแก้ไขบทความ : 27 สิงหาคม 2561

วันตอบรับบทความ : 10 กันยายน 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะที่แตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตครั้งแรกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยชนิดภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 342 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตครั้งแรก และมารักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ.2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และข้อมูลการมารักษาโรคจิตครั้งแรก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ระยะเวลาเก็บข้อมูล 1 เมษายน ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ.2560 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ Independent sample t-test, Mann-Whitney U test และ Chi-square

ผล : กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 194 คน (ร้อยละ 56.7) พบลักษณะที่แตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตครั้งแรก ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วย จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ชนิดสารเสพติดที่ใช้ การสูบบุหรี่ การวินิจฉัยโรค substance induced psychosis, major depressive disorder with psychotic features และ acute psychosis อาการก้าวร้าว/วุ่นวาย ความคิดทำร้ายตนเอง ความคิด/พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น อารมณ์ซึมเศร้า การใช้ยาชนิด antidepressant ปริมาณเริ่มต้นของยา anxiolytics ที่ใช้ และระยะเวลารวมทั้งมาติดตามการรักษาใน 2 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : พบลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตครั้งแรกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยข้อมูลสามารถนำไปประยุกต์เพื่อใช้ในการวางแผน คัดกรอง ป้องกันการให้ early intervention ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยโรคจิตครั้งแรกได้

คำสำคัญ : โรคจิตครั้งแรก, ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศ

*จิตแพทย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



THE DIFFERENCES OF CHARACTERISTICS BETWEEN GENDERS INPATIENTS WITH FIRST EPISODE PSYCHOSIS AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Tamol Buasathit, Pholphat Losatiankij***

Received : April 24, 2018

Revised : August 27, 2018

Accepted : September 10, 2018

Abstract

Objective: To study the differences of characteristics between male and female patients with first episode psychosis at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: This was a cross-sectional analytic study. The samples were recruited from medical record forms of patients whom were diagnosed of psychosis and came to treatment for the first time in year 2013 at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Demographic data, age at onset of psychosis, duration of untreated psychosis, psychotic symptoms, substance use, actual diagnosis, treatment profiles such as dose and type of antipsychotics including other medication treatment, duration of first admission and duration of follow up were collected. Data were analyzed by Independent sample t-test, Mann-Whitney U test and Chi-square test.

Results: Of all 342 samples, there were 194 male patients (56.7%). We found that the differences in characteristics between male and female patients with first episode psychosis were age of onset, occupational status, marital status, medical illness, substance use, actual diagnosis, violent behaviors and self-harm, depressive symptoms, antidepressant use, initial dose of anxiolytics and number of following up, statistically significant (p-value <0.05).

Conclusion: There were statistically differences in characteristics between male and female patients with first episode psychosis. These data told us that it may be useful to differentiate the management plan for different gender. The intervention should also be given appropriately for each sex as well.

Keywords: first episode psychosis, gender differences

*Psychiatrist, Srisangworn Sukhothai Hospital

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตครั้งแรก (First episode psychosis: FEP) หมายถึง ประสบการณ์ครั้งแรกของผู้ที่มีอาการทางจิต โดยความชุกตลอดชั่วชีวิตในประชากรทั่วไป จะเคยมีอาการทางจิตร้อยละ 3¹ และพบอัตราการเกิดโรคจิตครั้งแรก 30.25 ต่อประชากร 100,000 คน²

ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตครั้งแรกมากขึ้น เพศก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีการให้ความสนใจศึกษาอย่างมาก เนื่องจากความแตกต่างในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลต่อปัจจัยทางชีวภาพและการแสดงออกทางคลินิกของโรคได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในด้านอายุที่เริ่มป่วย (Age at onset psychosis) ระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา (Duration of untreated psychosis) พฤติกรรมรุนแรงทำร้ายผู้อื่น (violence behavior) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (suicidal attempt/suicidal behavior) การใช้สารเสพติด (substance use) โรคประจำตัว (past medical illness) สถานภาพทางสังคม (social status) อาการทางจิต ทั้งกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) และกลุ่มอาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) การวินิจฉัยโรค และลักษณะการรักษา ซึ่งหลายการศึกษามีผลการศึกษาที่แตกต่างกันและยังเป็นที่ถกเถียงถึงข้อสรุป³ จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2555 ถึง 2557 พบว่าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยนอกใหม่มารับบริการจำนวนมากถึง 5,500 - 5,900 คนต่อปี⁴ และ

ข้อมูลทางสถิติพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 2,000 - 2,500 คนต่อปี ที่มารับการรักษาด้วยโรคจิตครั้งแรก แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

การทราบข้อมูลส่วนนี้ จะเป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาการวินิจฉัย การให้ early intervention และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกลายเป็นอย่างโรครุนแรงซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านต่างๆ ตามมาได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตครั้งแรก และมารักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยสุ่มมา 3 เดือน จาก 12 เดือน ขนาดตัวอย่างได้จากการสำรวจประชากรทั้งหมดที่วินิจฉัยโรคจิตครั้งแรก และสุ่มเลือกมาร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด เกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่ได้มารักษาครั้งแรกที่สถาบัน โดย 1) วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ในรหัสโรค F1x.5, F20-29, F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3 2) อายุ 16-60 ปี เกณฑ์การคัดออกคือ 1) เคยรักษาที่อื่นมาก่อน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางกายที่มีผลต่ออาการทางจิต ได้แก่ epilepsy, moderate to severe mental retardation, brain disease, traumatic brain injury 3) เวชระเบียนบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ประกอบด้วย

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลการมา
รักษาโรคจิตครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน
ผู้ป่วยนอกย้อนหลัง ระยะเวลาเก็บข้อมูล 1
เมษายน ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และควอไทล์ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Independent sample
t-test, Mann-Whitney U test และ Chi-square
เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างประชากร
โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
การศึกษครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเทพฯ เลขที่ 015/2560

ผล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามเพศ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย 194 คน (ร้อยละ
56.7) เพศชายกลุ่มอายุ 21 - 30 ปี มากที่สุด
(ร้อยละ 43.8) อายุเฉลี่ย 31.74 ปี มีการศึกษา
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ
34.0) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ
51.0) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 69.6)
มีโรคประจำตัวร้อยละ 6.2 เพศชายมีการใช้
สารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ
63.9 ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด 1 ชนิด (ร้อยละ
51.0) ชนิดของสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ สุรา
(ร้อยละ 31.4) รองลงมาคือยาบ้าและกัญชา
เพศชายมีการสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
ร้อยละ 52.3

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 148 คน (ร้อยละ

43.3) อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี มากที่สุด
(ร้อยละ 33.8) อายุเฉลี่ย 34.25 ปี มีการศึกษา
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.
มากที่สุด (ร้อยละ 31.8) การประกอบอาชีพ
ส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 44.6) สถานภาพโสด
มากที่สุด (ร้อยละ 53.4) สำหรับประวัติ
โรคประจำตัว พบว่า มีโรคประจำตัวร้อยละ
18.9 เพศหญิงส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดรวม
ร้อยละ 26.4 โดยไชยาบ้ามากเป็นอันดับหนึ่ง
(ร้อยละ 15.5) รองลงมาคือสุราและสารเสพติดอื่น
เช่น กาว กระตอม โปรโคดีว เพศหญิงสูบบุหรี่
ร้อยละ 2.0 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลของลักษณะโรคจิตครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างเพศชายวินิจฉัยโรค
substance induced psychosis มากที่สุด (ร้อยละ
39.7) รองลงมาคือ schizophrenia (ร้อยละ
28.4) และ acute psychosis (ร้อยละ 14.9) ส่วน
ใหญ่มารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ
54.1 อาการที่เข้ามารักษา คือ หูแว่วมากที่สุด
ร้อยละ 80.9 มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
ครั้งแรก ร้อยละ 42.8 ระยะเวลาเฉลี่ยในการ
รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก 4.92 สัปดาห์
ส่วนใหญ่ใช้ยารักษาในกลุ่ม typical antipsychotic
ร้อยละ 71.6 ปริมาณยาเริ่มต้นที่ใช้รักษาแบบ
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (CPZ equivalent dose) 201 -
500 mg ใช้ยาในกลุ่ม atypical antipsychotic ร้อยละ
25.8 ปริมาณยาเริ่มต้นที่ใช้ ≤ 100 mg ใช้ยา
กลุ่ม anxiolytics ร้อยละ 71.1 (Diazepam
equivalent dose) ปริมาณยาเฉลี่ย ≤ 5 mg ใช้
ยาในกลุ่ม antidepressant ร้อยละ 8.8 เพศชายมา
ติดตามการรักษาครั้งแรก ร้อยละ 65 ระยะเวลา
รวมที่มามีติดตามการรักษาภายใน 2 ปี เฉลี่ย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ (n = 342)

ข้อมูลพื้นฐาน	ชาย (n = 194)		หญิง (n = 148)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
16 - 20	29	14.9	15	10.2
21 - 30	85	43.8	48	32.4
31 - 40	55	28.4	50	33.8
41 - 60	25	12.9	35	23.6
อายุเฉลี่ย (mean±SD) ปี	31.74 ± 10.42		34.25 ± 10.30	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ประถมศึกษา	61	31.4	37	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	66	34.0	36	24.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ปวส.	44	22.7	47	31.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	11.9	28	18.9
อาชีพ				
ว่างงาน	64	33.0	66	44.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	4.1	12	8.1
รับจ้าง	99	51.0	57	38.5
ค้าขาย/อื่นๆ	23	11.9	13	8.8
สถานภาพสมรส				
โสด	135	69.6	79	53.4
คู่	43	22.2	43	29.1
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	16	8.2	26	17.6
โรคประจำตัว				
ไม่มี	182	93.8	120	81.1
มี	12	6.2	28	18.9
การใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา				
ไม่ใช้	70	36.1	109	73.6
ใช้ 1 ชนิด	99	51.0	35	23.6
ใช้มากกว่า 1 ชนิด	25	12.9	4	2.7

39.68 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงวินิจฉัยโรค
schizophrenia มากที่สุด (ร้อยละ 27.0) รองลงมา

คือ acute psychosis (ร้อยละ 24.3) และ MDD
with psychotic features (ร้อยละ 15.5) ส่วนใหญ่
มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 2 ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก	เพศ		p-value
	ชาย	หญิง	
Age at onset (years) (mean $\pm$ SD), ปี	30.54 $\pm$ 9.57	33.20 $\pm$ 9.59	0.011 ^a
ระยะเวลาป่วยก่อนเข้ามารักษา (mean $\pm$ SD)	66.17 $\pm$ 169.86	55.47 $\pm$ 166.41	0.737 ^b
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา (จำนวน) (ร้อยละ), ปี			
≤ 9 ($\leq$ มัธยมศึกษาปีที่ 3)	127 (65.5)	73 (49.3)	0.003*
> 9 ($>$ มัธยมศึกษาปีที่ 3)	67 (34.3)	75 (50.7)	
อาชีพ, จำนวน (ร้อยละ)			
ว่างงาน	64 (33.0)	66 (44.6)	0.031*
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (4.1)	12 (8.1)	
รับจ้าง	99 (51.0)	57 (38.5)	
ค้าขาย/อื่นๆ	23 (11.9)	13 (8.8)	
สถานภาพสมรส, จำนวน (ร้อยละ)			
โสด	135 (62.6)	79 (53.4)	0.004*
คู่	43 (25.1)	43 (29.1)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	16 (12.3)	26 (17.6)	
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่มี	182 (93.8)	120 (81.1)	< 0.001*
มี	12 (6.2)	28 (18.9)	
การใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่ใช้	70 (36.1)	109 (73.6)	< 0.001*
ใช้ 1 ชนิด	99 (51.0)	35 (23.6)	
ใช้ > 1 ชนิด	25 (12.9)	4 (2.7)	
ชนิดสารเสพติดที่ใช้, จำนวน (ร้อยละ)			
ยาบ้า, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่ใช้	135 (69.6)	125 (84.5)	0.001*
ใช้	59 (30.4)	23 (15.5)	
กัญชา, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่ใช้	168 (86.6)	143 (96.6)	0.001*
ใช้	26 (13.4)	5 (2.4)	
สุรา, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่ใช้	133 (68.6)	138 (93.2)	< 0.001*
ใช้	61 (31.4)	10 (6.8)	

*p-value < 0.05

a คำนวณโดยใช้ Independent sample t-test

b คำนวณโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test นอกนั้น คำนวณโดยใช้ Chi-square test

ตารางที่ 2 ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก	เพศ		p-value
	ชาย	หญิง	
สารอื่นๆ เช่น กาว กระเทียม โปรีโคดีว, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่ใช่	189 (97.4)	142 (95.9)	0.541
ใช่	5 (2.6)	6 (4.1)	
การสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่สูบ	75 (47.8)	144 (98.0)	< 0.001*
สูบ	82 (52.2)	3 (2.0)	

*p-value < 0.05

a คำนวณโดยใช้ Independent sample t-test

b คำนวณโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test นอกนั้น คำนวณโดยใช้ Chi-square test

ร้อยละ 54.7 อาการที่เข้ามารักษา คือ หูแว่วมากที่สุด ร้อยละ 80.4 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก ร้อยละ 35.1 ระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาในโรงพยาบาล 4.49 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ใช้ยารักษาในกลุ่ม typical antipsychotic ร้อยละ 66.2 ปริมาณยาเริ่มต้นที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (CPZ equivalent dose) 201-500 mg ใช้ยากกลุ่ม atypical antipsychotic ร้อยละ 33.1 ปริมาณยาเฉลี่ย ≤ 100 mg ใช้ยากกลุ่ม anxiolytics ร้อยละ 66.2 (Diazepam equivalent dose) ปริมาณยาเฉลี่ย ≤ 5 mg ใช้ยากกลุ่ม antidepressant ร้อยละ 24.3 เพศหญิงมาติดตามการรักษา ร้อยละ 70.3 ระยะเวลารวมที่มาติดตามการรักษาภายใน 2 ปีเฉลี่ย 51.11 สัปดาห์ (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

อายุที่เริ่มป่วย (age of onset) และระยะเวลาป่วยก่อนเข้ามารักษา

อายุที่เริ่มป่วย (age of onset) เฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 30.54 ปี เพศหญิงเท่ากับ 33.2 ปี

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้ independent sample t-test พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีอายุที่เริ่มป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.011)

ระยะเวลาป่วยก่อนเข้ามารักษา (duration of untreated psychosis, DUP) เพศชายมี DUP เท่ากับ 66.17 สัปดาห์ เพศหญิงมี DUP เท่ากับ 55.47 สัปดาห์ เมื่อวัด DUP ด้วยค่ามัธยฐานพบว่า เพศชายและหญิง มี DUP ที่ 8 และ 7 สัปดาห์ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ค่ามัธยฐานของทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney u test พบว่า DUP ของเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลพื้นฐาน (demographic data)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพศกับข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส และการมีโรคประจำตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

การใช้สารเสพติด (substance use)

เพศชายและเพศหญิงมีการใช้สารเสพติด

ตารางที่ 3 ลักษณะที่แตกต่างทางคลินิกกันระหว่างเพศในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก	เพศ		p-value
	ชาย	หญิง	
การวินิจฉัยโรคหลัก (Diagnosis), จำนวน (ร้อยละ)			
Schizophrenia	55 (28.4)	40 (27.0)	0.787
Substance induced psychosis	77 (39.5)	31 (20.9)	< 0.001*
Acute psychosis	29 (14.9)	36 (24.3)	0.029*
Others : Psychosis, NOS	19 (9.8)	9 (6.1)	0.215
Schizophreniform disorder	7 (3.6)	8 (5.4)	0.437
MDD with psychotic features	5 (2.6)	23 (15.5)	< 0.001*
Bipolar disorder with psychotic features	2 (1.0)	1 (0.7)	0.724
การวินิจฉัยโรคตามกลุ่ม, จำนวน (ร้อยละ)			
Affective psychosis	7 (3.6)	24 (16.2)	< 0.001*
Non-affective psychosis	187 (96.4)	124 (83.8)	
อาการที่เข้ามารับการรักษา (Symptoms), จำนวน (ร้อยละ)			
หูแว่ว	157 (80.9)	119 (80.4)	0.903
ระแวง/หลงผิด	153 (78.9)	116 (78.4)	0.913
ก้าวร้าว/วุ่นวาย	104 (53.6)	48 (32.4)	< 0.001*
ความคิดทำร้ายตนเอง	19 (9.8)	27 (18.2)	0.023*
พฤติกรรมทำร้ายตนเอง	14 (7.2)	11 (7.4)	0.939
ความคิดทำร้ายผู้อื่น	47 (24.2)	16 (10.8)	0.002*
พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น	36 (18.6)	11 (7.4)	0.003*
ความผิดปกติของคำพูด	67 (34.5)	43 (29.1)	0.282
อารมณ์ซึมเศร้า	34 (17.5)	53 (35.8)	< 0.001*
การรับไว้ในโรงพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่รับไว้ในโรงพยาบาล	111 (57.2)	96 (64.9)	0.152
รับไว้ในโรงพยาบาล	83 (42.8)	52 (53.1)	
ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก (สัปดาห์)	4.92±3.75	4.49±3.89	0.346 ^a
Typical antipsychotics			
ไม่ใช้	50 (25.8)	50 (33.8)	0.107
ใช้	144 (74.2)	98 (66.2)	
Atypical antipsychotics			
ไม่ใช้	139 (71.6)	99 (66.9)	0.346
ใช้	55 (28.4)	49 (33.1)	

*p-value < 0.05

^a คำนวณโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test นอกนั้น คำนวณโดยใช้ Chi-square test

ตารางที่ 3 ลักษณะที่แตกต่างทางคลินิกกันระหว่างเพศในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (ต่อ)

ลักษณะผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก	เพศ		p-value
	ชาย	หญิง	
Anxiolytics			
ไม่ใช้	56 (28.9)	50 (38.8)	0.330
ใช้	138 (71.1)	98 (66.2)	
Antidepressant			
ไม่ใช้	179 (92.3)	114 (77.0)	< 0.001*
ใช้	15 (6.7)	34 (23.0)	
Mood stabilizer			
ไม่ใช้	185 (95.4)	146 (98.6)	0.123
ใช้	9 (4.6)	2 (1.4)	
ปริมาณยาเริ่มต้นที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก			
Typical antipsychotics (CPZ equivalent dose) (mg)			
≤ 100	27 (18.8)	24 (24.5)	0.285
101 - 200	33 (22.9)	26 (26.5)	
201 - 500	68 (47.2)	43 (43.9)	
> 500	16 (11.1)	5 (5.1)	
ปริมาณยาเริ่มต้นที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก			
Atypical antipsychotics (CPZ equivalent dose) (mg)			
≤ 100	23 (41.8)	24 (59.2)	0.199
101 - 200	21 (38.2)	14 (28.6)	
201 - 500	11 (20.0)	6 (12.2)	
Anxiolytics (Diazepam equivalent dose) (mg)			
≤ 5	93 (67.4)	84 (85.7)	0.005*
5.1 - 10	30 (21.7)	8 (8.2)	
> 10	15 (10.9)	6 (6.1)	
การมาตามนัดหลังการรักษาครั้งแรกที่ OPD			
มาติดตามการรักษา	81 (81.0)	67 (75.3)	0.341
ไม่มาติดตามการรักษา	19 (19.0)	22 (24.7)	
การมาตามนัดหลังการรักษาครั้งแรกที่ IPD			
มาติดตามการรักษา	45 (75.0)	37 (80.4)	0.508
ไม่มาติดตามการรักษา	15 (25.0)	9 (19.6)	
ระยะเวลารวมที่มาติดตามการรักษาใน 2 ปี (สัปดาห์) (mean ± SD)	39.68±39.42	51.11±41.75	0.026 ^{a,*}

*p-value < 0.05

^a จำนวนโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test นอกนั้น จำนวนโดยใช้ Chi-square test

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ระหว่างเพศกับสารเสพติดแต่ละชนิด พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการใช้ยาบ้า กัญชา สุรา การสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีส่วนการใช้สูงกว่า

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อย ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น schizophreniform schizophrenia และ MDD with psychotic features พบว่าเพศชายมีการใช้สารเสพติดต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อาการทางจิตที่เข้ามารับการรักษา (Symptoms) และการวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

เมื่อใช้ Chi-square วิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีอาการก้าวร้าว/วุ่นวาย ความคิดทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นและอารมณ์ซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

เพศชายและเพศหญิงมีการวินิจฉัยโรค MDD with psychotic features, substance induced psychosis และ acute psychosis แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

Treatment characteristics

สถานที่ตรวจมารักษาครั้งแรก การรับไว้ในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกของทั้งสองเพศไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาชนิดของยาที่ใช้รักษาในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการใช้ยากลุ่ม antidepressant แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการใช้ยากลุ่ม typical antipsychotics, atypical antipsychotic, anxiolytics และ mood stabilizer ในทั้งสองเพศไม่แตกต่างกัน

เพศชายและเพศหญิงมีปริมาณเริ่มของยา anxiolytics ที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$) ในขณะที่ปริมาณยา antipsychotics เริ่มต้นที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งชนิด typical และ atypical ไม่แตกต่างกัน

เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนของการมาติดตามการรักษาครั้งแรกไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเพศชายมีระยะเวลาที่มาติดตามการรักษาภายใน 2 ปีแตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$) (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

อภิปราย

อายุที่เริ่มป่วย (age at onset)

เพศชายและเพศหญิงมีอายุที่เริ่มป่วย (age at onset) แตกต่างกัน โดยอายุเริ่มป่วยเฉลี่ยของเพศชายเท่ากับ 30.54 ปี เพศหญิงเท่ากับ 33.20 ปี เพศหญิงมีอายุเริ่มป่วยเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย 2.7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Hafner และคณะ⁵, Christy L-M Hui และคณะ⁶ และ Shirlene Pang และคณะ⁷ ที่พบว่าเพศหญิงมีอายุเริ่มป่วยเฉลี่ยมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาป่วยก่อนเข้ามารักษา (duration of untreated psychosis: DUP)

ในการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาป่วยก่อนเข้ามารักษาของเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ S.M. Cotton และคณะ⁸ ที่พบว่าระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาไม่แตกต่างกัน

สถานภาพทางสังคม (social status)

การศึกษาวิจัยนี้ พบว่า เพศชายมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาแตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) โดยเพศชายมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษามากกว่า (จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ≤ 9 ปี) สอดคล้องกับผลศึกษาของ Cotton และคณะ⁸ และ Wing และคณะ ด้วยที่พบว่าเพศชายมีระดับการศึกษาต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)⁹

เพศชายมีสถานภาพสมรสแตกต่างกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$) เพศชายมีสถานภาพโสดมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shirlene Pang และคณะ⁷ ในเรื่องของ การประกอบอาชีพ การศึกษานี้พบว่า การประกอบอาชีพในทั้งสองเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.031$) โดยเพศชายประกอบอาชีพรับจ้างมากกว่า ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ Anne Koster และคณะ¹⁰ ที่พบว่าเพศหญิงมีสภาพการจ้างงานที่มากกว่า

การใช้สารเสพติด (substance use)

ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีการใช้สารเสพติดแตกต่างกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Wing Chung และคณะ⁹, Anne Koster และคณะ¹⁰ และ Belen Arranz และคณะ¹¹ โดยการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบการใช้สารเสพติดแต่ละชนิด พบว่าเพศชายมีการใช้สารเสพติดทั้งสุรา กัญชา ยาบ้า แตกต่างจากเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเพศชายใช้สุรามากที่สุดร้อยละ 35.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Belen Arranz และคณะ¹¹

ที่พบว่าเพศชายมีการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุดเป็นลำดับแรก และ พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

แต่ผลการศึกษาวิจัยนี้เมื่อดูจำนวนของสารเสพติดที่ใช้ พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนสารเสพติดที่ใช้ไม่แตกต่างกัน ในผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดเฉลี่ย 1 ชนิด ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ Arranz และคณะ¹¹ ที่พบว่าเพศชายใช้สารเสพติดเฉลี่ยมากกว่า 2 ชนิด ซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะประชากรในภูมิภาคที่ศึกษาแตกต่างกัน

การวินิจฉัย (diagnosis)

ผลการศึกษาพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีการวินิจฉัย substance induced psychosis, MDD with psychotic features และ acute psychosis แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายได้รับการวินิจฉัยเป็น substance induced psychosis มากที่สุด เพศหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็น schizophrenia มากที่สุด ซึ่งมีผลการศึกษาบางส่วนสอดคล้องและบางส่วนแตกต่างกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยโรคจิตครั้งแรกได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค schizophrenia มากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9,10}

ผลการศึกษาเมื่อแบ่งกลุ่มการวินิจฉัยเป็น 2 กลุ่มคือ affective psychosis และ non-affective psychosis พบว่าการวินิจฉัยโรค 2 กลุ่มของทั้งสองเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยเพศหญิงวินิจฉัยกลุ่ม affective psychosis มากกว่าผลการศึกษาเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ Cotton และคณะ⁸, Foteini Tseliou และ

และคณะ¹² และ Antonio Lasalvia และคณะ¹³

อาการทางจิตที่เข้ามารับการรักษา (symptoms)

ผลการศึกษานี้พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมก้าวร้าว/วุ่นวาย ความคิดทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wing Chung และคณะ⁹ ว่าพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น (violence behavior) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การศึกษานี้พบว่า เพศหญิงมีความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างจากเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.023$) แต่พบว่า พฤติกรรมทำร้ายตัวเองในทั้งสองเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง (suicidal behavior) ในเพศหญิงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยเพศหญิงพบอาการซึมเศร้ามากกว่าประมาณ 2 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า เพศหญิงพบกลุ่มอาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10,14}

Treatment characteristics

ผลการศึกษาวิจัยนี้พบว่า ชนิดของยารักษาโรคจิต (antipsychotic) ยาในกลุ่ม anxiolytics และ mood stabilizer ที่ใช้ในทั้งสองเพศไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Christy และคณะ⁶ Wing Chung และคณะ⁹ และ Thorup และคณะ¹⁵ แต่การศึกษาวิจัยนี้ พบความแตกต่างของการใช้ยาในกลุ่ม antidepressant ในเพศชายและเพศหญิงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ต่างจากการศึกษาของ Rijcke และคณะ¹⁶ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแตกต่างกัน

การศึกษาวิจัยนี้ ไม่พบความแตกต่างของปริมาณยาเริ่มต้นของยา antipsychotics ที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษางานวิจัยก่อนหน้านี้บางส่วน^{6,10}

แต่พบความแตกต่างของปริมาณยาเริ่มต้นของยาชนิด anxiolytics ที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก ในเพศชายและเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$) โดยเพศชายมีแนวโน้มใช้ยา anxiolytics ในปริมาณสูงกว่าเพศหญิง ต่างจากการศึกษาของ Rijken และคณะ¹⁶ ที่พบว่า เพศหญิงมีการใช้ยา anxiolytics ในปริมาณสูงกว่า¹⁶ อาจเนื่องจากกลุ่มประชากรเพศชายโรคจิตครั้งแรกในการวิจัยนี้ มีการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสุรามากกว่าเพศหญิง จึงมีการใช้ anxiolytic ในการรักษาภาวะโรคร่วมที่เกิดจากภาวะถอนพิษของสารมากกว่า

สรุป

ลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตครั้งแรก คือ อายุที่เริ่มป่วย จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด การวินิจฉัยโรคหลัก (Dual diagnosis) อาการที่เข้ามารับการรักษา (Symptoms) และ Treatment characteristic โดยพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการใช้ยาชนิด antidepressant ปริมาณเริ่มต้นของยา anxiolytics ที่ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก และระยะเวลารวมที่มอดิตตามการรักษาใน 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Baker S, Martens L. Promoting recovery from first episode psychosis: A Guide for Families: Centre for addiction & Mental health; 2009.
2. Reay R, Mitford E, McCabe K, Paxton R, Turkington D. Incidence and diagnostic diversity in first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2010; 121(4): 315-9.
3. Bertani M, Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Cristofalo D, Bissoli S, et al. The influence of gender on clinical and social characteristics of patients at psychosis onset: A report from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS). *Psychol Med* 2012;42(4): 769-80.
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2557.
5. Riecher-Rossler A, Hafner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum* 2000; 407: 58-62.
6. Hui CL, Leung CM, Chang WC, Chan SK, Lee EH, Chen EY. Examining gender difference in adult-onset psychosis in Hong Kong. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10(4): 324-33.
7. Pang S, Subramaniam M, Abidin E, Poon LY, Chong SA, Verma S. Gender differences in patients with first-episode psychosis in the Singapore Early Psychosis Intervention Programme. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10(6): 528-34.
8. Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, Foley DL, Morley KI, McGorry PD, et al. Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treated epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis. *J Schizophr Res* 2009; 114(1-3): 17-24.
9. Chang WC, Tang JY, Hui CL, Chiu CP, Lam MM, Wong GH, et al. Gender differences in patients presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a three-year follow up study. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45(3): 199-205.
10. Koster A, Lajer M, Lindhardt A, Rosenbaum B. Gender differences in first episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(12): 940-6.
11. Arranz B, Safont G, Corripio I, Ramirez N, Dueñas RM, Perez V. Substance use in patients with First-episode psychosis: Is gender relevant?. *J Dual Diagn* 2015; 11(3-4): 153-60.
12. Tseliou F, Johnson S, Major B, Rahaman N, Joyce J, Lawrence J, et al. Gender differences in one-year outcomes of first-presentation psychosis patients in inner-city UK early intervention services. *Early Interv Psychiatry* 2017; 11(3): 215-23.
13. Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, Zanatta G, Cristofalo D, Salazzari D, et al. First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. *BR J Psychiatry* 2014; 205(2): 127-34.
14. Morgan VA, Castle DJ, Jablensky AV. Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian national study of low prevalence (psychotic) disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(1): 74-82.
15. Thorup A, Albert N, Bertelsen M, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, et al. Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up-two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up. *Eur Psychiatry* 2014; 29(1): 44-51.
16. Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(6): 663-7.



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อ ระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

สาวิตรี แสงสว่าง*, ประเทือง ละออสุวรรณ*,
อัญชลี ศรีสุพรรณ*, กาญจนา สุกใจ*

วันรับบทความ : 9 เมษายน 2561

วันแก้ไขบทความ : 20 กรกฎาคม 2561

วันตอบรับบทความ : 4 สิงหาคม 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 – กันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังจำหน่ายตามปกติร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ 2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช และ 4) แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผล : กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 50 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 30 - 39 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการอยู่บ้านเท่ากับ 367.43 วัน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 339.59 วัน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติแล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตสงบร้อยละ 90.90 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย = 3.09, SD = 0.18) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 40.18, SD = 11.34)

สรุป : การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เป็นการพัฒนาทักษะการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้โดยไม่รู้สึกรับภาระมากเกินไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน, ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก, ระยะเวลาการอยู่บ้าน

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



THE EFFECT OF HOME VISITS PROGRAM ON LENGTH OF HOME STAY IN FIRST EPISODE SCHIZOPHRENIA

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

Received : April 9, 2018

Revised : July 20, 2018

Accepted : August 4, 2018

Abstract

Objective: To study the effect of home visits program on the length of home staying period in first episode schizophrenia.

Material and Methods: This was quasi-experimental study with two group conducting pretest – posttest design. The participants are first episode schizophrenic patients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during October 2013 to September 2014 and live in Bangkok. They was selected to control group and experimental group. The control group received treatment as usual. The experimental group participated in the 6 sessions of home visits program developed from skill and role development in psychiatric care giving of Tungpunkum P. The effectiveness was evaluated by the Brief Psychotic Rating Scale (BPRS), the Quality of Life Measurement of Psychiatric Patient, the burden of care questionnaires and length of home stay. The descriptive statistic and independent t-test were used to analyze.

Results: The participants consisted of 50 first episode schizophrenic patients. They was selected to be 22 patients in control group and 28 patients in experimental group. Their characteristic are similar, mostly are male between 30-39 years old, single, already held Bachelor's degree graduated work experience. After home visits program, The patients had 367.43 days of home staying period and the control group had 339.59 days, showing that there is no difference is significantly statistics. The experimental group were stable psychotic symptoms (90.90%) and high quality of life (average = 3.09, SD = 0.18). Their care givers had moderate burden of care (average = 40.18, SD = 11.34).

Conclusion: The home visits in the first episode schizophrenia could improve self-care skills of patients and support the participation of patient's family, community and health center. It assisted the patients took care of themselves and lived in community with good quality of life so that the caregivers were not feeling burden form care.

Keywords: home visits program in schizophrenia, first schizophrenic patient, length of home stay

*Registered nurse, Somdet Chaopraya Psychiatric Institute

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานและก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตนั้น มีโอกาสหายขาดไม่มากนัก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง¹ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก แต่ไม่ได้รับการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีพอ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 0.3 ของประชากรจะมีประสบการณ์เกิดอาการทางจิตครั้งแรกอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต² และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าสูงถึงร้อยละ 41 - 79³ ทำให้มีโอกาสดูแลเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว การงาน และสังคม อีกทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงมีความสำคัญในการแก้ปัญหาโรคจิตเภทเรื้อรังได้⁴

มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาป่วยซ้ำพบได้หลายปัจจัย ได้แก่ เพศ ความไม่ร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา การใช้สารเสพติดรวมถึงการสูบบุหรี่ อายุซึ่งพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยส่วนใหญ่มักจะมีโอกาสกลับกำเริบซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยอายุมาก ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีคนดูแลก็มีโอกาสมีอาการกำเริบซ้ำได้เช่นกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนการได้รับการรักษาก็มีผลต่อการป่วยซ้ำเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกส่วนใหญ่มักจะตอบสนองต่อการรักษาได้ดีแต่กลับมีอาการกำเริบซ้ำได้บ่อยในช่วงปีแรกของการเจ็บป่วย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ยา การรักษา

และการดูแลอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่ไม่ดี⁵ ในด้านชุมชน ทัศนคติของบุคคลในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง กล่าวคือ ชุมชนมีความรู้สึกสงสารที่เห็นผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ในขณะเดียวกันก็จะรู้สึกรำคาญเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ ดังนั้นในช่วงปีแรกจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ต้องให้มีการติดตามการดูแลรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน⁶ การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งมีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมที่ทำให้เรามองภาพการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของครอบครัว⁷ อีกทั้งกรุงเทพฯ เป็นชุมชนเมืองที่มีความเฉพาะเจาะจงการเยี่ยมบ้านจึงนับเป็นกิจกรรมสำคัญของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน⁸ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างหนึ่งที่เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งพาตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน⁹ โดยมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายในการร่วมดูแลผู้ป่วย¹⁰ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานใน

ชุมชนในด้านการดูแลและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งนำปัญหามาวางแผนแก้ไขร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น¹⁰

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จึงได้นำกิจกรรมการเยี่ยมบ้านมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นการติดตามดูแล เฝ้าระวัง และควบคุมอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนญาติและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังจำหน่ายออกจากสถาบัน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.0 - 20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เป็นครั้งแรก อายุ 20-59 ปี มีที่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับ

การรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2556 – กันยายน พ.ศ.2557 และญาติผู้ป่วยยินยอมให้มีการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามด้วยโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหลังจำหน่ายด้วยการพยาบาลตามปกติเท่านั้นซึ่งได้แก่ การนัดผู้ป่วยติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาและการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยรายบุคคลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการอยู่บ้านเมื่อจำหน่ายออกจากสถาบันฯ ซึ่งนับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลในครั้งถัดไปหรือจนครบ 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. โปรแกรมการเยี่ยมบ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา¹¹ ซึ่งได้พัฒนาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ¹² ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus and Dreyfus ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 เป็นการแนะนำและตกลงบริการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากสถาบันฯ และครั้งที่ 3 - 6 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี โดยการติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินปัญหาและการช่วยเหลือ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาและอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิต ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต จากทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งพยาบาลเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีหน้าที่ในการสนับสนุนข้อมูลด้านทรัพยากรในชุมชน โปรแกรมการเยี่ยมบ้านนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแล้ว

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham¹³ และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์¹⁴ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้

คะแนนระหว่าง 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹⁵ พัฒนาโดยกาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

มากที่สุด มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงมีตลอดเวลา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 มีการแปลผลเป็นการหาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.28 - 4.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 2.52 - 3.27 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.51 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบวัดการระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ให้เลือกคำตอบที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 มีการแปลผลเป็นการหาร้อยละคะแนนความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

ร้อยละ 81 - 100 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมากที่สุด

ร้อยละ 61 - 80 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 41 - 60 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 21 - 40 หมายถึง ความรู้สึก

เป็นการอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 0 - 20 หมายถึง ความรู้สึกเป็น
การอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ด้วยตนเองโดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง
จากเวชระเบียนผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการ
ทดสอบที (Independent t-test) กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่รับไว้รักษา
แบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยาระหว่างเดือนตุลาคม 2556 -
กันยายน 2557 มีทั้งหมด 50 คน คัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 28 คน
และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยพบว่า กลุ่มทดลอง
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มีอายุ
ระหว่าง 30-39 และ 40-49 ปีจำนวนเท่าๆ กัน
(ร้อยละ 32.1) สถานภาพโสด (ร้อยละ 78.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	57.1	15	68.2
หญิง	12	42.9	7	31.8
อายุ				
17 - 29 ปี	8	28.6	9	40.9
30 - 39 ปี	9	32.1	10	45.5
40 - 49 ปี	9	32.1	3	13.6
50 - 59 ปี	2	7.1	0	0.0
สถานภาพสมรส				
โสด	22	78.6	18	81.8
สมรส	1	3.6	2	9.1
หม้าย/หย่า/แยก	5	17.9	2	9.1
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	22	78.6	20	90.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	21.4	2	9.1
การศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	17.9	5	22.7
ปริญญาตรี	9	32.1	5	22.7
สูงกว่าปริญญาตรี	12	42.9	10	45.5
ไม่ระบุ	2	7.1	2	9.1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังสิ้นสุดการทดลอง

	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่บ้าน (SD)	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง	367.43 (127.23)	-41.87, 97.54	0.42
กลุ่มควบคุม	339.59 (114.17)		

สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 78.6) จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 42.9) สำหรับกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.2) อายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 45.5) สถานภาพโสด (ร้อยละ 81.8) สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 90.9) จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 45.5) ดังตารางที่ 1

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านของกลุ่มทดลองเป็น 367.43 วัน (SD = 127.23) และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่บ้านเป็น 339.59 วัน (SD = 114.17) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านมีอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อยร้อยละ 72.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย = 3.08, SD = 0.18) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย (เฉลี่ย = 39.78, SD = 11.33)

อภิปราย

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านนั้นเป็นกิจกรรมที่มีการพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ทักษะการจัดการกับอาการของโรค การดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์และทักษะการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านจึงทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้อีกทั้งในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมินปัญหา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง ด้านอาการทางจิต ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านทักษะการใช้ชีวิตด้านพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์ และด้านคุณภาพชีวิต ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาลจิตเวชจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและอยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยทำให้มีความคุ้นเคยกับผู้นำชุมชนและแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน เมื่อชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมธา พันธุ์รัมย์¹⁷ และ David¹⁸ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลและชุมชนสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลในชุมชน และแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สามารถสร้างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรกส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และการดูแลผู้ป่วย¹⁹ และลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่มีการศึกษาดี อยู่ในวัยทำงาน เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลและช่วยเหลือจนสามารถดูแลตนเองได้แล้วจึงกลับสามารถกลับดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและด้านการทำงาน ซึ่งทั้งโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลตามปกติที่มีการนัดพบผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกก็มีการให้ความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรกญาติหรือผู้ดูแลมีความกดดันในการดูแลและรู้สึกหวั่นกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงให้ความสำคัญและสนใจในเรื่องการดูแลรักษาของผู้ป่วยมาก ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี²⁰

การประเมินปัญหาและช่วยเหลือในด้านการบริหารยาเป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยาและมีกำลังใจในการรักษา ซึ่งปัจจัยด้านความร่วมมือในการรับประทาน

ยาเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบและไม่กลับเป็นซ้ำอีก²¹ อีกทั้งทีมเยี่ยมบ้านที่มีพยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการอยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย สนับสนุนด้านข้อมูลของแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการให้ความช่วยเหลือ และประสานงานกับพยาบาลจิตเวชของสถาบันฯ ได้อย่างสะดวก เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง²²

สรุป

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกให้สามารถดูแลตนเองได้และสนับสนุนให้ครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยที่ดีแล้วก็จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้นาน ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและครอบครัวนั้นสามารถทำได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: บี ขอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2547.
2. Martens L, Baker S. Promoting recovery from first episode psychosis: a guide for families. Canada: Christine Harris; 2009.

3. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophr Res* 2013; 152: 408-14.
4. Burns T, Fiander M, Audini B. A Delphi approach to characterizing 'relapse' as used in UK clinical practice. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46: 220-30.
5. Delbert R, Margaret GW, Jose JA, Robert B, Robert G, Stephen G, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(3): 241-247.
6. Suchanya L, Yajai S, Yupapin S, Chukiat V. Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2016; 20(3): 183-95.
7. สุพัฒนา สุขสว่าง, สิริลักษณ์ สว่างสิน. การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ; 2548.
8. อรุณี โสถถิวนิชขังค์, นิตยา สุริยะพันธ์. ผลการใช้โปรแกรม PDSO ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2554; 12(2): 22-7.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2555.
10. Crisp AH, Gelder MG. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
11. กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. คู่มือปฏิบัติการรายกรณี สำหรับพยาบาลเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2551
12. ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปิทธิพรศ ศิลปกิจ และ สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ. เชียงใหม่; 2548.
13. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psycho Rep* 1962; 10: 799-812.
14. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประชุมอาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
15. กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(3): 28-40.
16. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
17. เมธา พันธุ์รัมย์. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสาดิษฐ์ อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. [online]. Available from: <http://203.157.162.13/~nonghong/modules.php?name=News&file=article&thold=-1&mode=flat&order=0&sid=9> [2015 Nov 26].
18. David MC, Wendy E. Thinking outside the pillbox - medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med* 2010; 362: 1553-55.
19. เรณูการ์ ทองคำรอด. ผลของการจัดกระทำแบบหลายปัจจัยต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

20. Suchanya L, Yajai S, Yupapin S, Chukiat V. Psychological distress of family member caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2016; 20(3): 183-95.
21. สินเงิน สุขสมปอง, คุณฤๅ อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61(4): 331-40.
22. เอมิกา กลยนิ, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อารีย์วรรณ อ่วมตานี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2558; 7(1): 128-40.



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาล วิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คุณฉวี อดมอิทธิพงศ์*, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ**,
ศศิธร เก็มเส้น***, กฤตณัย แก้วยศ****, เกษรมาศ อยู่ถิณ****

วันรับบทความ : 18 เมษายน 2561
วันแก้ไขบทความ : 21 สิงหาคม 2561
วันตอบรับบทความ : 3 กันยายน 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 144 คน ระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม พ.ศ.2559 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบสอบถามการจัดการความเครียด แสดงความชุกของระดับความเครียดเป็นความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการความเครียดและระดับความเครียดโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในและกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน 144 คน ยินดีตอบแบบสอบถาม 139 คน (ร้อยละ 96.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.2 และมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีร้อยละ 61.2 (อายุเฉลี่ย 37.4 ± 10.4 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.4 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในร้อยละ 89.9 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 48.9 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดร้อยละ 67.6 การจัดการความเครียดรายด้านของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริงร้อยละ 91.4 รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุนร้อยละ 61.9 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่สงสัยว่ามีความเครียดหรือมีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง

สรุป: พยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในและกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน มีการจัดการความเครียดที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริง รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุน พบว่าการจัดการความเครียดด้วยวิธีการบิดเบือนความจริงมีความสัมพันธ์กับพยาบาลวิชาชีพที่สงสัยว่ามีความเครียดหรือมีความเครียด

คำสำคัญ : การจัดการความเครียด, ความเครียด, พยาบาลวิชาชีพ

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

****นักวิชาการศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



STRESS AND STRESS MANAGEMENT OF PROFESSIONAL NURSES AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

*Dussadee Udomittipong**, *Pholphat Losatiankij***,
*Sasithorn Kemsan****, *Krittana Kaewyot*****, *Keyumart Yootin*****

Received : April 18, 2018

Revised : August 21, 2018

Accepted : September 3, 2018

Abstract

Objective: To study stress & stress management of nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: This is a cross sectional descriptive study. The sample included 144 registered nurses working in the inpatient, outpatient and emergency department during October - December 2016. The data were collected by using the questionnaires including personal data, Stress-5 questionnaires (ST-5) and stress coping questionnaire. The prevalence of stress level was presented by frequency and percentage, and the association between stress management and stress level was analyzed by using chi-square test at the p-value 0.05.

Results: From 144 registered nurse worked in psychiatric inpatient and outpatient, emergency department, 139 of them responded the questionnaires (96.5%). Most of the respondents were females 89.2%, aged < 40 years (mean age 37.4 ± 10.4). 59.7% had a bachelor of nursing degree, 73.4% without chronic diseases. 48.2% were registered nurse, professional level. 89.9% were majority of nurses in psychiatric wards. 48.9% had working experience more than 10 years. 67.6% of registered nurse had normal stress levels or no stress level. Considering coping aspects: accepting the truth 91.4%, followed by social support seeking 61.9% were rated on always/often. The correlation scores determined with stress problems or with stress disease among nurses were statistically significant to use coping aspect of the distortion of truth.

Conclusion: Most coping considered each aspects used by registered nurse were accepting the truth, followed by social support seeking. Using coping of the distortion of truth was correlated to cases with stress problems or stress diseases.

Keywords: professional nurse, stress, stress management

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

*** Registered Nurse, SongKhla Rajanagarindra Psychiatry Hospital

****Education officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ความเครียดจากการทำงานเป็นภาวะตอบสนองที่เกิดขึ้นในบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าจากสภาวะการทำงานมากระทบทางร่างกายหรือจิตใจ บุคคลจึงพยายามปรับสภาวะด้วยการปรับตัวรูปแบบต่างๆ เพื่อรักษาความสมดุลไว้¹ แต่หากการปรับตัวนั้นเกิดการเสียสมดุลจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสมรรถภาพการทำงาน มีความขัดแย้งบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

กลุ่มวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งในระบบบริการสุขภาพที่ใช้กำลังคนเป็นหลักไม่สามารถทดแทนด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกลุ่มทรัพยากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดูแลและพัฒนาสุขภาพประชาชนท่ามกลางบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหมด และเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีสัดส่วนกำลังคนมากที่สุดที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ² ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า³ กลุ่มวิชาชีพพยาบาลนี้เป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีความกดดันและความเครียดจากการทำงานที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ มีลักษณะและภาระงานที่ต้องปฏิบัติในหลายบทบาทหน้าที่ เป็นงานบริการที่ต้องสัมผัส สัมพันธ์กับบุคคลที่เจ็บป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งมีชีวิตจิตใจและร่างกายจากภาวะของโรค ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความตาย รวมทั้งยังเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังจากสังคม ต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งที่น่าสนใจแม้พยาบาลจะปฏิบัติงานท่ามกลางความเครียด

เหนื่อยล้ายากลำบากเพียงใด ยังมีการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการจัดการความเครียดของพยาบาล Mina Blandina Ayomi⁴ ศึกษาความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาล Inyowar พบพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียด จะมีอายุระหว่าง 21-40 ปี วุฒิการศึกษาประกาศนียบัตรการพยาบาล แต่งงานแล้วและทำงานหอผู้ป่วยใน จะมีความสัมพันธ์ของการจัดการความเครียดที่จะลดความเครียดในการทำงานลงได้ด้วยการได้รับการสนับสนุนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการใกล้ชิดกับศาสนา Gandhi Sailaxmi และคณะ⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของพยาบาลจิตเวชเนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตอาจต้องเผชิญกับอารมณ์รุนแรงและพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เครียดได้มาก พบว่าการสร้างทักษะให้พยาบาลในการรับมือกับความเครียดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้พยาบาลมีกลยุทธ์การจัดการความเครียดเชิงบวกและช่วยลดความเครียดของพยาบาลได้ Asem Ahmed Abdalrahim⁶ ทบทวนวรรณกรรมความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจิตเวชพบพยาบาลที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในที่ทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน พยาบาลจิตเวชเหล่านี้จะใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นแก้ปัญหา การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวในการรับมือกับความเครียด Canan Demir Barutcu และคณะ⁸ พบความแตกต่างการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพใน generation X และ Y คือ generation X จะมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในกลุ่ม

ได้มากกว่าพยาบาล generation Y Adazakpah Godwin และคณะ⁹ ศึกษาความเครียดจากการทำอาชีพพยาบาลพบ สาเหตุได้แก่ มีแรงจูงใจไม่เพียงพอ คนทำงานไม่เพียงพอ มีผู้ป่วยจำนวนมากคนเดียว ไม่มีช่วงพักระหว่างงาน ดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก พยาบาลใช้กลยุทธ์เพื่อจัดการความเครียดบางเวลา คือ หาวเวลาพักช่วงการทำงาน ทำสมาธิ ออกกำลังกาย และผ่อนคลาย

ปัจจุบันในสภาพการณ์ยุคโลกาภิวัตน์ มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ การต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงตนและดำเนินชีวิตให้อยู่ในสังคมปัจจุบันได้นั้นจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกๆ ด้าน รวมถึงปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรต่างๆ เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติงานในองค์กรนั้นๆ ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะได้ข้อมูลการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในการให้บริการดูแลผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้มีแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและสามารถแปลวิกฤตให้เป็นโอกาสในการทำงานให้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพเกิดความภาคภูมิใจ มีความสุขทั้งเป็นผลที่ดีต่อตนเอง ผู้ป่วย และองค์กร รวมทั้งผู้บริหารหรือหน่วยงานการพัฒนาบุคลากร สามารถนำไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือจัดการความเครียดที่เหมาะสมอันจะเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้พยาบาลและสถาบันฯ ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง

คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินทั้งหมดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 144 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ 139 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และมากกว่า 40 ปี¹¹⁻¹²

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ พัฒนาโดย Boonua Zhou¹³

2. แบบประเมินความเครียดแบบศิริชัยญาพัฒนาโดยอรรถพร ศิลปกิจ¹⁴ พบว่าเกณฑ์การประเมินของแบบประเมินความเครียด (ST-5) มีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.293 ที่ระดับนัยสำคัญ .000 แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อยๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 – 15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่มากกว่า 4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มี ความเครียด (< 4 คะแนน) สงสัยว่ามีปัญหา ความเครียด (5 – 7 คะแนน) และน่าจะป่วยด้วยความเครียด (มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน)

3. แบบสอบถามการจัดการความเครียดสร้างและพัฒนาโดย Nitipun Boonperm¹⁵ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .920 แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับความจริง ในข้อ 1- 6 การบิดเบือนความจริงในข้อ 7 - 14 การผ่อนคลายในข้อ 15 - 21 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมในข้อ 22 - 26 การระบายความเครียดในข้อ 27 - 33 และการแสวงหา

ความเพี้ยนในข้อ 34 - 38 รวมทั้งหมด 38 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน เป็นครั้งคราว เท่ากับ 2 คะแนน เป็นบ่อย เท่ากับ 3 คะแนน เป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน

สถิติที่ใช้คือ ความถี่และร้อยละ หาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการจัดการความเครียดกับระดับความเครียดโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.2 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 61.2 (อายุเฉลี่ย 37.4 ± 10.4 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.4 มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการ ร้อยละ 48.2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน ร้อยละ 89.9 และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 48.9

ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 67.6 สงสัยว่ามีความเครียดร้อยละ 26.6 และน่าจะป่วยด้วยความเครียดร้อยละ 5.8

จำนวนและร้อยละการจัดการความเครียดรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 3 พบว่า การจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริง ร้อยละ 91.4 รองลงมาคือด้านการแสวงหา

ความสนับสนุน ร้อยละ 61.8 ส่วนการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคย/นานๆ ที่จะใช้มากที่สุด คือด้านการระบายความเครียด ร้อยละ 99.3

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 4 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่น่าจะป่วยด้วยความเครียดหรือสงสัยว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง ($p\text{-value} = 0.002$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปราย

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 67.6 Sharifah Zainiyah และคณะ¹⁶ ศึกษาภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและความเครียดพยาบาล 144 คน ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 5 แผนก รวมทั้งแผนกจิตเวชโรงพยาบาลรัฐกรุง Kuala Lumpur พยาบาลส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามพบว่ามีความเครียดโดยรวมในระดับปกติ Mwinga และคณะ¹⁷ ศึกษาความทุกข์และสาเหตุความเครียดพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ Ndola ประเทศแซมเบีย พบพยาบาล ร้อยละ 93.4 มีประสบการณ์ความเครียด และพบว่าพยาบาล ร้อยละ 66.7 มีความเครียดจากการทำงาน มีปัญหาการนอนร้อยละ 89.1 ปวดหัว ร้อยละ 85.2 สาเหตุของความเครียดของพยาบาลแซมเบีย คือ มีจากการจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่ต่ำ มีภาระงานมาก และความเสียของการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานในสถานพยาบาลสูง ซึ่งประเทศแซมเบียเป็นประเทศที่มี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (n = 139)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	10.8
หญิง	124	89.2
อายุ (เฉลี่ย 37.4 ± 10.4 ปี) (max = 59 ปี, min = 23 ปี)		
< 40 ปี	85	61.2
> 40 ปี	54	38.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	83	59.7
สูงกว่าปริญญาตรี	56	40.3
สถานภาพสมรส		
โสด	70	50.4
สมรส	64	46.8
หม้าย/หย่า/แยก	4	2.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	102	73.4
มี	37	26.6
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	49	35.3
เพียงพอ	90	64.7
ลักษณะการทำงาน		
หัวหน้า/รองหัวหน้า	30	21.6
ผู้ปฏิบัติงาน	109	78.4
ตำแหน่ง		
ระดับปฏิบัติการ	66	47.5
ระดับชำนาญการ	67	48.2
ระดับชำนาญการพิเศษ	6	4.3
สถานที่ปฏิบัติงาน		
งานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน	14	10.1
งานผู้ป่วยใน	125	89.9
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
0 – 3 ปี	31	22.3
4 – 10 ปี	40	28.8
> 10 ปี	68	48.9

ตารางที่ 2 ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ (n = 139)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเครียด	94	67.6
สงสัยว่ามีความเครียด	37	26.6
น่าจะป่วยด้วยความเครียด	8	5.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการจัดการความเครียดรายด้านของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดการความเครียดรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
การยอมรับความจริง	0 (0.0)	12 (8.6)	67 (48.2)	60 (43.2)
การบิดเบือนความจริง	9 (6.5)	73 (52.5)	55 (34.6)	2 (1.4)
การผ่อนคลาย	13 (9.4)	76 (54.7)	46 (33.1)	4 (2.9)
การแสวงหาการสนับสนุน	3 (2.2)	50 (36.0)	69 (49.6)	17 (12.2)
การระบายความเครียด	71 (51.1)	67 (48.2)	1 (0.7)	0 (0.0)
การแสวงหาความเพลิดเพลิน	1 (0.7)	65 (46.8)	73 (52.5)	0 (0.0)

ความทุกข์ของผู้ป่วยเอชไอวีที่เข้ารับการรักษา ถึงร้อยละ 67 Teris Cheung และคณะ¹⁸ ศึกษาความทุกข์ความเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลห้องกักขังพบความเครียดและความวิตกกังวลร้อยละ 41.1 และ 37.3 ตามลำดับ กล่าวคือ พยาบาลห้องกักขังมีความเครียดถึงเกือบครึ่งหนึ่ง เพราะพยาบาลมีแหล่งความเครียดที่เกิดจากภายนอกนั้นคือการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นอยู่เป็นประจำในประเทศ โดยเฉพาะการระบาดของโรคซาร์ส ไข้หวัดนก ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและพร้อมที่จะเกิดการติดต่อเข้ามาสู่ตนเองได้ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความกดดัน ความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญภายใต้การทำงาน

การจัดการความเครียดเมื่อพิจารณา

เป็นรายด้านที่พยาบาลวิชาชีพใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือด้านการยอมรับความจริง ร้อยละ 91.4 รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุนร้อยละ 61.9 ในขณะที่พิจารณาเป็นรายข้อพยาบาลวิชาชีพใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำคือการมองหาความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์หรือฟังเพลง Lazarus และ Folkman¹⁹ กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีปัญหาหรือเหตุการณ์มากระทบแล้ว บุคคลนั้นได้ใช้กระบวนการทางความคิดในการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามต่อบุคคลว่าจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง หรือมีผลร้ายแรงหรือเกิดผลในทางบวกกับตนเอง การยอมรับความจริงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะสามารถลดความรุนแรงหรือความเครียดที่มาคุกคามได้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดการความเครียดรายด้าน	จำนวนระดับความเครียด (ร้อยละ)			p-value
	น่าจะป่วยด้วย ความเครียด	สงสัยว่ามี ความเครียด	ไม่มี ความเครียด	
การยอมรับความจริง				
ไม่เคย	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.756
นาน ๆ ครั้ง	1 (8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)	
บ่อยครั้ง	2 (3.0)	19 (28.4)	46 (68.7)	
เป็นประจำ	5 (8.3)	15 (25.0)	40 (66.7)	
การบิดเบือนความจริง				
ไม่เคย	1 (11.1)	0 (0.0)	8 (88.9)	0.002*
นาน ๆ ครั้ง	0 (0.0)	15 (20.5)	58 (79.5)	
บ่อยครั้ง	7 (12.7)	21 (38.2)	27 (49.1)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	
การผ่อนคลาย				
ไม่เคย	2 (15.4)	6 (46.2)	5 (38.5)	0.136
นาน ๆ ครั้ง	2 (2.6)	22 (28.9)	52 (68.4)	
บ่อยครั้ง	4 (8.7)	8 (17.4)	34 (73.9)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	
การแสวงหาการสนับสนุน				
ไม่เคย	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	0.201
นาน ๆ ครั้ง	1 (2.0)	13 (26.0)	36 (72.0)	
บ่อยครั้ง	6 (8.7)	17 (24.6)	46 (66.7)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	6 (35.3)	11 (64.7)	
การระบายความเครียด				
ไม่เคย	3 (4.2)	15 (21.1)	53 (74.6)	0.224
นาน ๆ ครั้ง	5 (7.5)	21 (31.3)	41 (61.2)	
บ่อยครั้ง	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
การแสวงหาความเพลิดเพลิน				
ไม่เคย	0 (0.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	0.129
นาน ๆ ครั้ง	1 (1.5)	19 (29.2)	45 (69.2)	
บ่อยครั้ง	7 (9.6)	17 (23.3)	49 (67.1)	
เป็นประจำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

*p-value < 0.05

สอดคล้องกับคำกล่าวของ Engel²⁰ การยอมรับความจริงจะทำให้บุคคลนั้นมีการแสดงพฤติกรรมการตอบสนองจัดการความเครียดในทางบวก จากผลการศึกษาที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยการยอมรับความจริง จึงทำให้พยาบาลสามารถใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนไปมากกว่าการใช้อารมณ์²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Anong และคณะ²² พบผู้บริหารในตำแหน่งหัวหน้างานใช้วิธีปรับความคิดด้านการยอมรับความจริงในการจัดการความเครียดมากที่สุด อภิปรายผลการศึกษาหัวหน้างาน หัวหน้าควรต้องรับผิดชอบการตัดสินใจ ตั้งการ วางแผน คำนวณโยบายควบคุมดูแลผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้มีปัญหาคือต้องแก้ไขอยู่เสมอ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นกับบุคคลผู้ร่วมงาน ก็จะก่อให้เกิดอารมณ์ไม่ดีมีความวิตกกังวล ทุกข์ใจไม่สบายใจ จิตใจแปรปรวนบุคคลที่เกิดความเครียดจึงประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วพยายามหาวิธีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น พบว่าการปรับความคิดให้ยอมรับความจริงที่หัวหน้างานส่วนใหญ่จะช่วยปัญหาที่เกิดขึ้นจะช่วยเปลี่ยนแปลงชีวิตไปในทางที่ดีได้ ด้านการสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของปาณิภา และคณะ²³ พบความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการความเครียดของพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็ง ร้อยละ 50.3 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานมีผลให้เกิดความเครียดจากการทำงานน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน อภิปรายผลคือลักษณะการทำงานของพยาบาลจำเป็นต้องทำ

เป็นทีมไม่สามารถทำงานเพียงคนเดียวได้ ต้องอาศัยความร่วมมือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการปฏิบัติงาน หากพยาบาลได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหรือผู้ป่วย ทั้งด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและการได้รับคำปรึกษาแนะนำจะทำให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อมและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นการช่วยป้องกันความเครียดจากการทำงานและส่งผลดีต่อคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวม

พยาบาลวิชาชีพที่น่าจะป่วยด้วยความเครียดหรือสงสัยว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง Takashi Ohue และคณะ²⁴ ศึกษาผลของการใช้ Cognitive Behavior Therapy ต่อความเหนื่อยล้าของพยาบาล ได้อธิบายการที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดของพยาบาลนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้แบบบิดเบือนความจริงได้ คือ สิ่งกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดมีความสัมพันธ์อย่างตรงไปตรงมาด้วยความเหนื่อยล้าจึงส่งผลให้พยาบาลมีความเครียดเกิดการแก้ไขปัญหาได้ไม่ดี มีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผล เกิดความคิดเชิงลบโดยอัตโนมัติ เกิดการหลีกเลี่ยงต่อการแก้ปัญหา เกิดความรู้สึกถึงการหมกหมุ่นทางรู้สึกความไม่มีประโยชน์ Happell และคณะ²⁵ ศึกษาวิธีการ และกลยุทธ์เพื่อรับมือกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลด้วยการทำ focus group 6 กลุ่มพยาบาล พบ 11 วิธี ในวิธีการรับมือกับความเครียดหนึ่งใน 11 วิธีคือ การใช้กลไกป้องกันตัวเองแบบบิดเบือนความจริงในรูปแบบการแทนที่ (Displacement) นอกจากนี้มีการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การใช้เครือข่ายทางสังคมออนไลน์

social club ออกกำลังกาย การมีกิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมกลางแจ้ง หลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน และการนอน แม้ว่าพยาบาลจะมีกลยุทธ์การปรับตัวกับความเครียดที่ดี เช่นการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมในบ้าน แต่มีพยาบาลบางคนใช้วิธีการรับมือกับความเครียดจากการทำงานด้วยพฤติกรรมที่ไม่ดีกับสุขภาพ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ผลการศึกษาแบบคุณภาพครั้งนี้มีคุณค่าในแง่ที่ว่าสามารถขยายผลไปยังพยาบาลอื่นๆ ในโรงพยาบาล และเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนากลยุทธ์ขององค์กรเพื่อเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้มากขึ้นแก่พยาบาล McMeekin และคณะ²⁶ ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลแผนกวิกฤต 490 คนที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด พบกลวิธีเผชิญความเครียด 4 แบบที่พยาบาลเหล่านี้ใช้ อันดับแรกคือการปฏิเสธ (Denial) ตามมาด้วยการทำร้ายตนเอง การตำหนิตนเอง และการถอยห่างจากงานของตนเอง Amal และคณะ²⁷ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ด้านการควบคุมอารมณ์และรูปแบบการใช้กลไกป้องกันตัวเองของพยาบาลฝึกหัดที่ Alexandria, Main University Hospital พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกลไกการป้องกันตนเองแบบการแสดงปฏิกิริยาตรงข้าม (Reaction formation) กับกลวิธีควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้กลไกการป้องกันตนเองแบบการปฏิเสธ (Denial) พบได้มากในพยาบาลฝึกหัด เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ มีการอภิปราย คือจำนวนผู้หญิงมีมากกว่าสองในสามของเพศชายที่แสดงให้เห็นว่าอารมณ์ของผู้หญิงโดยธรรมชาติจะมีสูงกว่าเพศชาย และการใช้กลไก

ในผู้หญิงเป็นเสมือนการป้องกันตนเองจากการประสบความคิดหรือความรู้สึกที่ยอมรับไม่ได้ ดังนั้นหากมีการใช้กลไกนี้ซ้ำๆ จะส่งผลให้เกิดการบิดเบือนความจริงบางแง่มุมไปได้²⁸

สรุป

พยาบาลส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว มีตำแหน่งทางวิชาการระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด มีการจัดการความเครียดที่ใช้บ่อยครั้ง/เป็นประจำมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับความจริง รองลงมาคือด้านการแสวงหาความสนับสนุน ส่วนการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคย/นานๆ มากที่สุด ครึ่งคือการระบายความเครียด และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่น่าจะป่วยด้วยความเครียดหรือสงสัยว่ามีความเครียดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดด้านการบิดเบือนความจริง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสามารถนำมาวางแผนและหาโปรแกรมที่เหมาะสมในการจัดการความเครียดให้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะในพยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยในและกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานผู้ป่วยใน และกลุ่มงานผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหมดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
2. สมชัย ตั้งพร้อมพันธ์. การบริหารความเครียดของผู้นำ. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเกษมราษฎร์; 2556.
3. Sawaengdee K, Teerawanviwat D, Lorchirachoonkul V, Jitthavech J. Working life table of registered nurses in Thailand. Thai Population Journal 2009; 1: 73-93.
4. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงวงศ์. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(1): 5-12.
5. Ayomi MB. Factors affecting nurses' workplace stress Inyowari hospital of Sentani District, Jayapura. International conference on social science and biodiversity of Papua and Papua New Guinea 2016: Jayapura, Indonesia.
6. Sailaxmi G, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. Asian J Psychiatr 2015; 14: 42-5.
7. Abdalrahim AA. Stress and coping among psychiatric nurse. Middle East J Nur 2013; 7(4): 30-7.
8. Barutcu CD, Ergin S. Examination of professional commitment and stress management among nurses from different generations. Int J of Caring Sci 2017; 10(1): 456-63.
9. Godwin A, Suuk LA, Selorm FH. Occupational stress and its management among nurses at St. Dominic hospital, Akwatia, Ghana. Health Sci J 2016; 10(6): 1-7.
10. Nualsuwan K, Prasittivatechakool A, Prajankett O. Stress and coping strategies of the Royal Thai Army new privates. J Royal Thai Army Nurs 2012; 13(2): 72-81.
- 11.Sizer FS, Whitney E. Nutrition: Concepts and controversies. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning; 2011.
12. ภิรญา ราชสันเทียะ, ปิยดิถี เจริญสุข. ความสุขของพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2559; 10(1): 1-14.
13. Zhou B. Factors affecting nurses' work burnout: a case study of Bangkok metropolitan authority's medical college hospital and Vajira hospital [Master thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2009
14. Silpakit O. Srithanya stress scale. J Ment Health Thai 2010; 16(3): 177.
15. Boonperm N. Stress and coping of Thai traditional medicine students of Rajamangala University of Technology Thanyaburi [Master thesis]. Nakhon Prathom: Silpakorn University; 2014.
16. Sharifah ZSY, Afiq IM, Chow CY, Siti SD. Stress and its associated factors among in-patient ward nurses in a public hospital in Kuala Lumpur. Malaysian J Pub Health Med 2011; 11(1): 78-85.
17. Mwinga C, Mugala D. Prevalence and causes of stress among nurses at Ndola Central Hospital – A nurses' perspective. Int J Novel Res Healthc Nurs 2015; 2(3): 158-65.
18. Cheung T, Yip PSF. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2015; 12: 11072-100.
19. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
20. Engel GL. Psychological development in health and disease. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1962.

21. Lertsakornsiri M. The stress, stress management of nursing students during practice in the labor room. *Kuakarun J Nurs* 2015; 22(1): 7-16.
22. Bunpoon A, Sonsupap R. *Journal of finance, investment, marketing and business management* 2014; 4(1): 316-30.
23. Siangpror P, Rawiworrakul T, Kaewboonchoo O. Factors correlated to job stress among nurses in specialised cancer hospitals, central region of Thailand. *J Health Sci Res* 2014; 8(1): 17-27.
24. Ohue T, Moriyama M, Nakaya T. The Effect of the group cognitive behavior therapy in a nurse's burnout and. *Health* 2015; (7): 1243-54.
25. Happell B, Reid-Searl K, Dwyer T, Caperchione CM, Gaskin CJ, Burke KJ. How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian* 2013; 20(3): 195-9.
26. McMeekin DE, Hickman RL Jr, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care* 2017; 26(2): 128-35.
27. Shehata AMGH, Ramadan FH. Relationship between Emotional Regulation Strategies and self-reported ego defense styles among nursing interns at Alexandria, Main university hospital. *J Nurs Health Sci* 2017; 6(1): 14-23.
28. Malone JC, Cohen S, Liu SR, Vaillant GE, Waldinger RJ. Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personal Individ Differ* 2013; 55(2): 85-9.



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ความเครียด การดูแล และความต้องการ การสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อُنจิตร คุณารักษ์*

วันรับบทความ : 30 มกราคม 2561

วันแก้ไขบทความ : 24 สิงหาคม 2561

วันตอบรับบทความ : 5 กันยายน 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความเครียด การดูแล และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ต่อความเครียดและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยแบบผสม แบ่งการศึกษาเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน เพื่อศึกษาความเครียด การดูแลและความสัมพันธ์ และ 2) การสัมภาษณ์ผู้ดูแลเพื่อศึกษาความต้องการการสนับสนุน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 92 คน เครื่องมือ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดความเครียด แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระและแนวคำถามถึงโครงสร้างเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผล : กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ย 50.7 ± 14.39 ปี ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.43 ± 10.59 ปี ร้อยละ 61.0 คิดว่าผู้ป่วยซึมเศร้าปานกลาง ความเครียดของผู้ดูแลระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 36.3 ± 15.39) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระ 28.6 ± 12.76 คะแนน ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์พบว่า อายุของผู้ดูแล ภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย การป่วยด้วยโรคอื่นนอกจากโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลาง ส่วนความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วย ภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถทำกิจวัตรเองและความเครียดสัมพันธ์กับภาระการดูแลปานกลาง ส่วนความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลคือต้องการคำแนะนำการดูแลและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ

สรุป : กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลางและรู้สึกเป็นภาระการดูแลน้อย หากมีภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อความเครียดและการดูแล และระดับความเครียดสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ส่วนความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลคือต้องการคำแนะนำการดูแลและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นการให้คำแนะนำหรือความรู้ในการดูแลและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการลดความเครียดในการดูแล ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะน้อยลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ถูกทอดทิ้งจากผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความเครียด, ความต้องการการสนับสนุน, ภาระการดูแล, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



STRESSOR, BURDEN AND SUPPORTS NEEDED BY THE CAREGIVERS OF THE ELDERLY WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Unjit Khunarak*

Received : January 30, 2018

Revised : August 24, 2018

Accepted : September 5, 2018

Abstract

Objective: To study stress, care burden, support needs, and relationship between factors related to the stress and care burden of caregivers in elderly depression.

Material and Methods: This research used combined methods, which was divide into 2 steps. The first process was data collection from questionnaire and evaluation form in order to study stress, care burden and relationships. The second process was the interview in order to investigate the support needs. The sample consisted of 92 caregivers in charge of caring elderly patients diagnosed with depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric. Research Instruments included a questionnaire to obtain the patients and caregivers' demographic data, a stress assessment form a caregiver burden assessment form and semi-structured questions addressing the caregiver's need for supports. Data was analyzed using variables such as frequency, percentage and pearson product moment correlation coefficient.

Results: 64.9% of the caregivers were female with the average aged of 50.65 ± 14.39 years. The average of patients care was 11.43 ± 10.59 years. 60% of the caregivers felt that the patients were moderately depressed. The caregivers' stress was moderate (mean = 36.34 ± 15.39) and a score of burden feeling was an average of 28.61 ± 12.76 . The results of this study found that caregivers' age, responsibilities for other works other than caring for patients, as well as other illnesses besides depression were associated with moderate level of stress. The caregiver's feeling toward the patient's symptoms, other responsibilities besides caring for the patients, abilities to carry out a daily routine and stress were associated with moderate care burden. The administrative support requirement is the need of suggestion about the care and the place where they can be aided.

Conclusion: The group of samples have a moderate stress and felt mild of care burden. Other responsibilities besides caring for the patients will affect the stress level and care burden. Stress levels are correlated to feeling of burden. The administrative support requirement the need of suggestion about the care and the place where they can be aided. Therefore, providing care or guidance to caregivers not only to reduces the stress on care but also mitigate the feeling of care burden. By this solution, the number of elderly depressive disorders neglected by caregivers would be declined.

Keywords: administrative support, burden of care, caregivers, elderly with depressive disorder, stress

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

จากการสำรวจพบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 7,274,000 คน ประชากรวัยแรงงาน 42,710,000 คน¹ โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14.9 ในปี 2557² ในประเทศอังกฤษพบประชากรผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 10 - 15³ ในประเทศตะวันตกพบความชุกของโรคซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 19.47⁴ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยพบในชุมชน และมักไม่ได้รับการดูแลรักษาซึ่งมีความชุกประมาณ ร้อยละ 15⁵ และมีความเสี่ยงต่อซึมเศร้ารุนแรง 5 ครั้งใน 1 ปี⁶ สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.6⁷

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมลงของสุขภาพ และความสามารถทางสังคม นำไปสู่ความสัมพันธ์ต่อโอกาสเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด^{1,8} และพบว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี⁹ โดยเมื่อติดตาม ที่ 24 เดือน พบเพียงร้อยละ 33 เท่านั้นที่มีอาการดีขึ้น แต่ร้อยละ 33 ยังคงมีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ร้อยละ 21 มีการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นภาระต่อทั้งตัวผู้ป่วยและต่อผู้ดูแล ในปี 1990 โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นภาระ (burden of disease) อยู่ในลำดับที่ 4 แต่ต่อมาได้มีการคาดการณ์ว่า จะเลื่อนขึ้นมามี

ในลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี 2020¹¹ การเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตได้สูงกว่าโรคอื่น ๆ โดยคนไทยฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้าติดอันดับ 3 ของโลก¹² ขณะที่ประชาชนไทยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักรู้ในความเสี่ยงที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การเข้าถึงบริการมีน้อยมากและขาดแนวทางการส่งเสริมป้องกันที่เหมาะสม¹³

สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ที่มารักษาแบบ ผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในวังประมาณ 2556 - 2558 สูงถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมดคือ มีจำนวน 4,077 ราย 3,925 ราย และ 4,083 ราย ตามลำดับ และแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 49 ราย 37 ราย และ 41 ราย¹⁴ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญการดูแลที่บ้าน การรับประทานยา การช่วยดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคซึมเศร้า¹⁵ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ¹⁶ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า¹⁷ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยจากปัญหาทางการเงิน เหตุการณ์การสูญเสีย การขาดการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ¹⁸ ญาติจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุน นอกจากนี้การรักษาหากไม่ต่อเนื่องอาจมีโอกาสป่วยซ้ำ ก่อให้เกิดความเครียดและภาระการดูแลของญาติ ดังนั้นหากทราบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาระการดูแลของ

ผู้ดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแล้ว ข้อมูลนี้สามารถเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมเพื่อศึกษาระดับความเครียด ภาระการดูแลของผู้ดูแลและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed method) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ป่วยต่อความเครียดและภาระการดูแลของผู้ดูแล และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจาก power analysis¹⁹ กำหนด effect size .3 power .90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน การสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล ด้วยการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขั้นตอนที่ 1 การใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า 2) แบบวัดความเครียดสวนปรง จำนวน 20 ข้อเป็นการสำรวจในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาที่มีเหตุการณ์ใน

ข้อใด เกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้น ให้ประเมินว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 – 24 เครียดน้อย คะแนน 25 – 42 เครียดปานกลาง คะแนน 43 – 62 เครียดสูง คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง 3) แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระ จำนวน 16 ข้อ (Burden Scale - 16) (BS-16) พัฒนาโดย ทินกร วงศ์ปาริณัย²⁰ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ ภาระในเรื่องเกี่ยวกับการใช้เวลา (time dependence) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลสูญเสียเวลาในการใช้ชีวิตส่วนตัวหรือสังคม ผลกระทบในเรื่องสุขภาพ (physical) จากการดูแลผู้ป่วย ผลกระทบในเรื่องค่าใช้จ่าย การเงิน (financial) และความเครียดที่เกิดจากการดูแล เป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ “ไม่เลย” จนถึง “เป็นประจำ” ผลการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในผู้ดูแลจำนวน 30 ราย พบว่ามีค่า Cronbach's α รวม = 0.86 ขั้นตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 15 คนโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ 2 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่จบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์

1 ท่าน โดยถือเกณฑ์เป็นความสอดคล้องตรงกันร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ แบบวัดความเครียดและแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และนำมาวิเคราะห์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .964 และ .950 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วยต่อความเครียดและการดูแลด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product moment Correlation coefficient) และวิเคราะห์เชิงคุณภาพเกี่ยวกับข้อมูลความต้องการการสนับสนุนการดูแลของผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ผล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ย 50.7 ± 14.39 ปี สถานภาพคู่ร้อยละ 55.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.8 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.7 โดยมีความสัมพันธ์เป็นบุตรร้อยละ 54.3 ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.4 ± 10.59 ปี ร้อยละ 60.9 คิดว่าผู้ป่วยซึมเศร้าปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่มีผู้สนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 58.7 ความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระ 28.6 ± 12.76 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n = 92)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	32.6
หญิง	62	67.4
อายุ (อายุเฉลี่ย 50.7 ± 14.39 ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	1	1.1
20 - 30 ปี	7	7.6
31 - 40 ปี	16	17.4
41 - 50 ปี	23	25.0
51 - 60 ปี	21	22.8
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	24	26.1
สถานภาพ		
โสด	23	25.0
คู่	51	55.4
ม่าย/หย่า/แยก	18	19.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	33.7
มัธยมศึกษา	27	29.3
ปวส./อนุปริญญา	5	5.4
ปริญญาตรี	22	23.9
ปริญญาโท	7	7.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	29	31.5
รับจ้าง	38	34.8
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	12	13.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19	20.7
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	43	46.7
5,000 - 20,000	29	31.5
มากกว่า 20,000	20	21.7
สถานภาพทางการเงิน		
พอใช้ มีเงินเหลือเก็บ	38	41.3
พอใช้ ไม่มีเงินเหลือเก็บ	36	39.1
ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	15	16.3
ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	3	3.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	50	54.3
หลาน	13	14.1
สามี/ภรรยา	13	14.1
พี่/น้อง	14	15.2
สะใภ้	2	2.2
ระยะเวลาที่ดูแล (ระยะเวลาเฉลี่ย 11.4 ± 10.59 ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	11	12.0
1 - 5 ปี	23	24.9
6 - 10 ปี	34	37.0
11 - 20 ปี	9	9.8
มากกว่า 20 ปี	15	16.3
อาการของผู้ป่วยที่ท่านคิด		
เล็กน้อย	28	30.4
ปานกลาง	56	60.9
รุนแรง	8	8.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม		
ไม่มี	54	58.7
มี	38	41.3
ระดับความเครียด		
น้อย	30	32.6
ปานกลาง	31	33.7
สูง	27	29.3
รุนแรง	4	4.3
คะแนนความรู้สึกเป็นภาระ	mean $\pm$ SD = 28.6 $\pm$ 12.76, Min = 16, Max = 80	

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.8 อายุเฉลี่ย 71.6 ± 7.08 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 10.9 ± 8.75 ปี แพทย์วินิจฉัย Mild depressive episode (F 32.2) ร้อยละ 41.3 สามารถทำกิจวัตรเองร้อยละ 58.7 มีโรคร่วมหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์พบว่า อายุของผู้ดูแล ภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย การป่วยด้วยโรคอื่นนอกจากโรคซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระสัมพันธ์กับความเครียดปานกลาง ($r = -.289, .302, .222, .446$) อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ส่วนความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วย ภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถทำกิจวัตรเองและระดับคะแนนความเครียดสัมพันธ์กับภาระการดูแลปานกลาง ($r = .369, .216, .286, .446$) อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ดังตารางที่ 3

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าเมื่อสัมภาษณ์ผู้ดูแลในประเด็นมุมมอง ความคิดเห็น การรับรู้ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่ารับรู้ “การเป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้ร้ายแรง การดูแลก็ได้เป็นภาระอะไร

เพราะผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรเองได้” ส่วนเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคือต้องการให้หายจากโรค หรืออาการไม่แย่ไปกว่าเดิม สำหรับความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำการดูแลและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ

อภิปราย

การศึกษานี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.7 ปี ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.43 ปี สถานภาพคู่ จบประถมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน เนื่องจากพบว่าสังคมไทยมักให้ผู้หญิงเป็นแม่บ้าน เป็นผู้ดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยคนในครอบครัว และผู้หญิงมักจะถูกคาดหวังจากสังคมให้ได้รับบทบาทการดูแล²¹ สำหรับความเครียดของผู้ดูแลระดับปานกลาง ถือว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย²² สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่พบว่าผู้ดูแลมีภาระตึงเครียดร้อยละ 12.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 92)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	15.2
หญิง	78	84.8
อายุ (อายุเฉลี่ย 71.6 ± 7.08 ปี)		
60 - 70 ปี	43	46.7
71 - 80 ปี	42	45.7
> 80 ปี	7	7.6
ระยะเวลาที่ป่วย (ระยะเวลาเฉลี่ย 10.9 ± 8.75 ปี)		
< 1 ปี	9	9.8
1 - 5 ปี	25	27.2
6 - 10 ปี	30	32.5
11 - 20 ปี	17	18.5
> 20 ปี	11	12.0
ความสามารถในการทำกิจวัตร		
สามารถทำกิจวัตรเอง	54	58.7
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	34	37.0
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	4	4.3
โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากการเป็นโรคซึมเศร้า		
ไม่มี	22	23.9
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	46	50.0
ระบบต่อมไร้ท่อ/ ฮอร์โมน	9	9.8
อื่นๆ	15	16.3
การวินิจฉัยของแพทย์		
Mild depressive episode (F 32.2)	9	9.8
Severe depressive episode (F 32.2)	38	41.3
Severe depressive episode with psychotic (F 32.3)	11	12.0
Depressive disorder (F 32.9)	8	8.7
Recurrent depressive episode (F 33.0)	2	2.2
Recurrent depressive disorder, currently in remission (F 33.4)	2	2.2
Recurrent depressive disorder, unspecified (F 33.9)	4	4.3
Dysthymia (F 34.1)	18	19.6

ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.6²³ จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 28.61 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ โดยโรคซึมเศร้า

เป็นโรคที่ไม่มีผลกระทบที่เด่นชัดเท่าโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงไม่รู้สึกรู้สึกเป็นภาระเท่ากับโรคทางกายอื่นๆ ที่ต้องช่วยดูแลใน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางคลินิกของผู้ดูแลกับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระ

ข้อมูลทางคลินิก	ความเครียด	p-value	ความรู้สึกเป็นภาระ	p-value
อายุของผู้ดูแล	-.289	.005	-.039	.737
ความรู้สึกละอายของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วย	.107	.353	.369	.001**
ภาระอื่นๆนอกจากการดูแลผู้ป่วย	.302	.003	.216	.038*
การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ	.222	.033	.210	.069
ความสามารถในการทำกิจวัตร	.159	.167	.286	.006**
ความเครียด	1		.446	.001**
ความรู้สึกเป็นภาระ	.446	.001	1	

* $p < .05$, ** $p < .01$

การทำกิจวัตร จึงพบว่าหากผู้ป่วยสูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีโรคร่วมทางกายที่รุนแรงและเรื้อรัง ความรู้สึกเป็นภาระก็จะน้อย และจากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีความสุข ส่วนความต้องการของผู้ดูแลคือต้องการเวลาพักผ่อนโดยมี ผู้ช่วยเหลือคอยสับเปลี่ยนเวลาในการดูแล²² นอกจากนี้พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความเครียดปานกลาง นั่นคือ หากผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าผ่านประสบการณ์การทำงานที่มากกว่า การแก้ไขหรือจัดการปัญหา ย่อมดีกว่า และพบว่าภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย การป่วยด้วยโรคอื่นนอกจากโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเครียดปานกลาง นั่นคือ ผู้ที่มีภาระอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ย่อมมีความเครียดมากกว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว และในกรณีที่ผู้ดูแลต้องรับภาระทำงานนอกบ้านด้วย ย่อมมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแล แล้วการที่บุคคลต้อง

ปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ย่อมทำให้เกิดความเครียดได้มาก²⁴ และหากผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่น ผู้ดูแลก็ต้องทำหน้าที่เพิ่มขึ้นอีก จึงอาจทำให้เกิดความเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นได้ ส่วนความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วย ภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถทำกิจวัตรเองและความเครียดสัมพันธ์กับการดูแลปานกลาง นั่นคือหากผู้ดูแลคิดว่าอาการของผู้ป่วยเล็กน้อย ย่อมมีความรู้สึกเป็นภาระน้อย ในขณะที่เดียวกัน หากผู้ดูแลมีภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วย แล้วความรู้สึกเป็นภาระก็มากขึ้นด้วยและในผู้ที่ระดับความเครียดสูงความรู้สึกเป็นภาระการดูแลจะสูงด้วย

ส่วนลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย เช่นเดียวกับการศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าพบความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงเป็น 2 เท่าของความชุกในเพศชาย²⁵ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่าเช่นกัน²⁶ และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีก็พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย²⁷ นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ถูกกดดันภายใต้การแสดงบทบาททางสังคม ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องอยู่ในบ้านทำให้ขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนนอกบ้าน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า²⁸ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรเอง เช่นเกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเรื้อรังในเขตเมืองพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = .306$)²⁹ และมีอีกการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ($OR = 9.023$, $p\text{-value} < .024$, $95\% CI: 1.343 - 60.636$)³⁰ การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย สอดคล้องกับข้อมูลผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 594 ล้านคนในปี 1975 เป็น 1.13 พันล้านคนในปี 2015 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเทศที่รายได้ต่ำถึงปานกลาง³¹ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานระหว่างปี 2555 - 2558 มีแนวโน้มอัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 12.1 ต่อแสนเป็น 19.4 ต่อแสน²⁴ นอกจากนี้พบการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าการมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ($OR = 5.691$, $p\text{-value} < .001$ $95\% CI: 2.194 - 14.764$) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง³⁰

สรุป

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเรื้อรคปานกลางและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลน้อย หากผู้ดูแลมีภาระอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อความเครียดและภาระการดูแล และระดับความเครียดสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระส่วนความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลคือต้องการคำแนะนำการดูแลและแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยาฯ ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Population and Society. Population information. Mahidol University [online]. Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic_006.php [2010 May 10].
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557: 5-7.
3. Anderson AN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Aging* 2011; 30: 13-7.
4. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. *Aging Res Rev* 2013; 12: 339-53.
5. Gottfries CG. Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251 (Suppl.2).

6. Lyness JM, Heo M, Datto C, Ten Have TR, Katz IR, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006; 144(7): 496-505.
7. วลัยพร นันทสุกวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานันท์, พร้อมจิตร์ ห่อนบุญheim. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2552; 27(1): 27-32.
8. Khalsa SB. Yoga as a therapeutic intervention: a bibliometric analysis of published research studies. *Indian J Physiol Pharmacol* 2004; 48(3): 269-85.
9. Kirkwood GR, Tuffrey H, Richardson V, Pilkington JK. Yoga for anxiety : a systematic review of the research evidence. *Br J Sports Med* 2005; 39: 884-91.
10. Conwell Y, Brent D. Suicide and aging I: Patterns of psychiatric diagnosis. In: Pearson JL, Conwell Y, editors. *Suicide: international perspectives*. Springer 1996: 15-30.
11. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา. ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2556.
12. พจนา เปลี่ยนเกิด. โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(1): 18-21.
13. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา คำริการเลิศ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
14. ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สถิติการรับบริการของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2559.
15. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med* 2007; 37(3): 307-17.
16. อรพิน คำโต, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2557; 28(2): 74-87.
17. นุชรากัม จิตอารีย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชน จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
18. อรสา ไชยทอง, พิรพันธ์ ลือบุญวัชรชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 117-28.
19. สุมณฑิพย์ บุญเกิด, ปวีณา ระบายโพธิ์, สมฤดี คินวนพะเนา, ศรีญญา นาคสระน้อย, กัลยา ไผ่เกาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19(1): 182-90.
20. ณหทัย วงศ์ปการันย์. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 53 (ฉบับผนวก 1): S39- S46.
21. รสรินทร์ เกรย์. เอกสารทางวิชาการการดูแลผู้สูงอายุ ความสุขและความเครียด สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม; 2556.
22. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาส ตาปัญญา. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20) รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
23. ณัฐกฤต เชนาวรรักษ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(1):110-22.

24. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, สันชัย ชาสสมบัติ. สำนักโรคไม่ติดต่อ: การศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย [online]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable disease> [2017 Dec 30].
25. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2553.
26. สาวิตรี สิงหาด. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2559; 18(3): 15-24.
27. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2558; 2(1): 63-74.
28. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศหญิงหรือความเป็นหญิงจึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(1): 61-74.
29. พัทธภักดิ์ ไชยสังข์, สิริกร สุรวัณฐษา, ปริมวิญา อินตะกัน, สาบใจ ลิชนะเชียร. ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. การพยาบาลและการศึกษา 2556; 6(1): 27-37.
30. สายพิน ชอดกุล, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2555; 30(3): 50-7.
31. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 191 million participants. Lancet 2017; 389: 37-55.



บทความฟื้นฟูวิชาการ (REVIEW ARTICLE)

การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามมุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา

อภิสิทธิ์ ประเคนกะชา*, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์**

วันรับบทความ : 22 มีนาคม 2561

วันแก้ไขบทความ : 31 กรกฎาคม 2561

วันตอบรับบทความ : 14 สิงหาคม 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมพยาธิสภาพในโรคจิตเภทที่เชื่อมโยงกับการพร่องหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดทางสังคม แนวคิดการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท และการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

วัสดุและวิธีการ : เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจากเอกสารวิชาการ นิพนธ์ต้นฉบับ วารสารออนไลน์ และบทความวิจัยที่รวมถึงการวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมด 13 เรื่อง

ผล : การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดความเสียหายทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองที่รับผิดชอบทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหลายด้าน ทั้งการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า การเข้าใจความคิดความรู้สึกของบุคคลอื่น และการแปลความเจตนาของบุคคลอื่น การศึกษาในปัจจุบันพบว่า การฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่ดีขึ้น แต่การรับรู้ใบหน้าที่ดีขึ้นนี้สัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญกับการเข้าใจความคิดความรู้สึกและการแปลความตั้งใจของบุคคลอื่น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการคาดเดาและแปลความเจตนาของผู้คนนั้น ต้องพึ่งพาความสามารถด้านการรู้คิดเชิงบริหารร่วมด้วย

สรุป : ในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วย พยาบาลควรใช้ตนเองเป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้อารมณ์และแสดงความรู้สึก มีความสอดคล้องกันของคำพูดและการแสดงออก จัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ให้การสะท้อนกลับถึงทักษะพื้นฐานปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และจัดกิจกรรมกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับระดับการสูญเสียความสามารถของโรคผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน

คำสำคัญ : การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคม, ผู้ป่วยจิตเภท, สมองและประสาทวิทยา

*นักศึกษานิเทศศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



SOCIAL COGNITIVE REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS: NURSING CARE FROM BRAIN AND NEUROSCIENCE PERSPECTIVE

Apisit Prakenkacha, Chanokruthai Chuen-arom***

Received : March 22, 2018

Revised : July 31, 2018

Accepted : August 14, 2018

Abstract

Objective: To review literature on the psychopathology of schizophrenia relating to deprived brain's social cognitive function; concept of social cognitive interaction training in schizophrenic patients; and application in nursing care.

Material and Methods: Literature review on social cognitive function and social interaction in schizophrenic patients from academic papers, original articles, online journals, and 13 research articles including systematic review and meta-analysis regarding effectiveness of the Social Cognitive Interaction Training program.

Results: Being afflicted by schizophrenia causes damages in brain function responsible for social function skills including facial emotional perception, recognition of other's will and feeling, and attribution of other's motivation. Existing studies found that Social Cognitive Interaction Training (SCIT) can increase facial emotional perception in schizophrenic patients; however, the increased facial emotional perception does not significantly correlated with theory of mind and attribution ability. This finding might be explained that the ability to identify and interpret other people's action relies on brain's executive function.

Conclusion: To promote rehabilitation of patient's social cognitive function, nurses should set themselves as the role model to appropriately perceive and express emotion, show consistency in verbal communication and nonverbal expression, foster the environment that stimulates social interaction, regularly give feedback to patients about their interaction skills, and set up activities that promote interpersonal interaction appropriate to individual patient's disability and course of illness.

Keywords: brain and neuroscience perspective, schizophrenic patients, social cognitive rehabilitation

*Graduate student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ความจริงที่ว่ามนุษย์เป็นสัตว์สังคม นั้นแสดงให้เห็นได้ว่า มนุษย์ไม่สามารถดำรง อยู่ได้เพียงลำพัง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นไปตามความต้องการตามสัญชาตญาณ ทางสังคม เพื่อให้ได้รับการยอมรับนับถือและมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต¹ อย่างไรก็ตาม ความสามารถและทักษะการเข้าสังคมของแต่ละ บุคคลนั้น มีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ชีวิต ผู้ที่มีการรับรู้ทางสังคมที่สอดคล้องกับ ความเป็นจริงและค่านิยมวัฒนธรรมก็จะสามารถ คงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ในสังคมอย่างเหมาะสม และดำรงภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้ ความสามารถ ดังกล่าวนี้นี้สะท้อนถึงระดับของการทำหน้าที่ และวงจรของสมองในส่วนการคิดเชิงบริหาร (Executive Function) และการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition)² ในการตีความประสบการณ์ ทางสังคม วิเคราะห์ วางแผน และเลือกแสดงออก ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม หากเกิดความผิดปกติขึ้น ในการทำหน้าที่ของสมองส่วนนี้ บุคคลจะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพจิตและเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มหนึ่งที่มี อาการแสดงถึงความผิดปกติและบกพร่องใน ทักษะทางสังคมอย่างชัดเจน ตั้งแต่การแยกตัว ไม่สบตา สีหน้าเรียบเฉยไม่แสดงอารมณ์ ไม่มี ปฏิสัมพันธ์กับใคร ไม่เข้าใจในเจตนาของผู้อื่น สื่อสารและแสดงพฤติกรรมตามนัยที่เหมาะสม ของสังคมไม่ได้ ไปจนถึงมีอาการหวาดระแวง และสูญเสียความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ ทางสังคมของตน อาการแสดงเหล่านี้ เชื่อว่า เป็นผลมาจากความบกพร่องของสมองและ สารสื่อประสาท จนเป็นที่มาของมาตรฐานใน

การให้การบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยจิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy)⁴ ร่วมกับการฝึกทักษะ พื้นฐานทางสังคม (Social Skill Training)⁵ ภายใต้อาสาสมัครของจิตเวชเภทศึกษา เกิดการอย่างถาวรยากจะกลับคืน อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าในองค์ความรู้ด้านสมองและ ประสาทวิทยาทางจิตในปัจจุบันได้ขยายความ เข้าใจเกี่ยวกับการสูญเสียทักษะทางจิตสังคม ในผู้ป่วยจิตเภท โดยอธิบายให้ชัดเจนขึ้นว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นในสมองของผู้ป่วย จิตเภทนั้น ไม่ได้เป็นการเสียหายอย่างถาวร ทั้งหมด เนื่องจากสมองมีศักยภาพในการฟื้นฟู ตนเองหากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมจาก สิ่งแวดล้อม⁶ ความเข้าใจในหลักการนี้เป็นโอกาส ที่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจิตจะช่วย ให้ผู้ป่วยจิตเภทคืนสู่ศักยภาพของตนเองอย่าง เต็มที่ ใช้ชีวิตร่วมกับสังคมและมีบทบาททาง สังคมได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ผลการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสมอง และประสาทวิทยาทางจิต ที่อธิบายความบกพร่อง ในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิดในการบำบัดเพื่อฟื้นฟูความ สามารถทางจิตสังคมดังกล่าว โดยแบ่งเนื้อหา ออกเป็นสามส่วน ในส่วนแรก ผู้เขียนนำเสนอ เกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์และความต้องการ ในการเข้าสังคม ส่วนที่สองเป็นการอธิบายสมอง รวมทั้งประสาทวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดทาง สังคม และการสูญเสียหน้าที่ในการรู้คิดทาง สังคมในผู้ป่วยจิตเภท และในส่วนที่สามจะ เป็นการทบทวนแนวคิดการฟื้นฟูการรู้คิดทาง สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมแล้ว สรุปเป็นข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท โดยการประยุกต์ใช้ฟื้นฟูการรู้จักทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

ความต้องการในการเข้าสังคมของมนุษย์

ความเป็นสัตว์สังคมสะท้อนให้เห็นในรูปแบบการดำรงชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การอยู่ร่วมกันเป็นสิ่งจำเป็นในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น เมื่อตกอยู่ในภัยอันตราย การมีคู่คิดช่วยเหลือจะทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย (Safety needs) การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแปลกแยก (Belonging needs) การได้รับความชื่นชมจากบุคคลอื่นนำไปสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง (Esteem needs) เป็นต้น ความต้องการพื้นฐานเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพทางจิตได้ มีเหตุการณ์มากมายที่สนับสนุนทฤษฎีนี้ ตั้งแต่เหตุการณ์ในห้องทดลอง ที่ Harry Harlow ที่ได้เลี้ยงลูกลิง ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตที่ใกล้เคียงกับมนุษย์ไว้ในกรงขังเดี่ยว มีเพียงขวดขวดที่ขึ้นโครงเป็นรูปลิงอยู่ด้วยโดยไม่เคยอยู่ร่วมกับลิงอื่นจริงๆ ผลปรากฏว่าลิงนั้นมีอารมณ์ร้าย เอาแต่เอาตนเองไม่ได้ และมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองโดยไม่มีสาเหตุ⁸ ไปจนถึงเหตุการณ์น่าสลดใจที่เกิดขึ้นจริงกับมนุษย์ เช่น รายงานกรณีเด็กหมาป่าที่เด็กถูกทอดทิ้งให้เติบโตมาในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จนเกิดความบกพร่องในทักษะทางสังคมที่ยากจะฟื้นคืน⁹

จากมุมมองของทฤษฎีจิตวิทยา ความต้องการในการเข้าสังคมนี้เป็นไปตามสัญชาตญาณการอยู่รอด (Survival instinct)

ของมนุษย์ ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์มาแล้วที่มนุษย์เรียนรู้ว่าการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มทำให้โอกาสการรอดชีวิตมีมากกว่าการอยู่เพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดการปรับตัวโดยผสานความต้องการส่วนตัวเข้ากับกฎเกณฑ์และความคาดหวังของกลุ่ม เพราะหากมีข้อขัดแย้งหรือขัดผลประโยชน์กับคนส่วนมากในกลุ่ม ก็จะเป็นความเสี่ยงต่อการถูกกันให้เป็นคนนอกและไม่ถูกปกป้องจากกลุ่ม นำไปสู่อันตรายได้ ดังนั้นมนุษย์จึงถูกหล่อหลอมตั้งแต่ระดับพันธุกรรมให้มีแรงจูงใจและพฤติกรรมแสวงหาความรัก ความอบอุ่นและการยอมรับจากบุคคลอื่น รวมทั้งพัฒนาทักษะในการเข้าสังคม ที่นำไปสู่วุฒิภาวะและสุขภาวะทางจิต การเติบโตทางจิตสังคมนี้เริ่มจากเรียนรู้ที่จะไว้วางใจ (Trust) บุคคลอื่นในสังคมได้ แล้วจึงเรียนรู้ที่จะรักษาสัมพันธภาพพึ่งพาตัวเองกับพึ่งพาผู้อื่นอย่างเหมาะสม (Autonomy) ไปจนถึงการร่วมมือกับผู้อื่นและทำงานเป็นกลุ่ม (Industry) การสานสัมพันธ์ใกล้ชิด (Intimacy) สร้างประโยชน์ให้กับสังคม (Generalization) อันนำไปสู่การได้รับการยอมรับและเคารพนับถือ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี และชีวิตมีความหมาย (Integrity)¹

คำอธิบายทางจิตวิทยานี้สอดคล้องกับองค์ความรู้เรื่องโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง¹⁰ ว่าสมองของมนุษย์นั้นมีความซับซ้อนมากกว่าสมองของสัตว์เลื้อยคลานและสัตว์เลื้อยคลานด้วยนมชนิดอื่น ในขณะที่สมองของสัตว์เลื้อยคลาน (Reptilians) เป็นสมองรุ่นเก่า มี Reptilian complex และระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เป็นหลัก ทำหน้าที่รักษาสสมดุลร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ ความหิวหรืออิ่ม การขับถ่าย และวงจร

การตื่นหลับ พฤติกรรมของสัตว์เลื้อยคลานจึงถูกกำหนดให้เป็นไปตามการกระตุ้นเร้าจากร่างกาย เช่น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นด้วยความหวาดกลัว ทำให้มีพฤติกรรมออกไล่เหยื่อ จนเมื่ออิ่มแล้วจึงสงบได้ หรือเมื่อถูกกระตุ้นให้ตกใจจนร่างกายตื่นตัว พฤติกรรมการต่อสู้เพื่อป้องกันตัวจึงเกิดขึ้นจนเมื่อจัดสิ่งคุกคามแล้วและร่างกายคลายความเขม็งเกลียวลง จิตใจจึงสงบได้ เป็นต้น พฤติกรรมของสัตว์เลื้อยคลานจึงเกิดขึ้นจากความรู้สึกถูกกระตุ้นหรือสงบผ่อนคลายจากร่างกาย (Aroused/Relaxed) โดยไม่ขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมมากนัก

ส่วนสมองของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (Paleo-mammals) นั้นมีวิวัฒนาการสูงกว่า เพราะได้พัฒนาระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งมีอมิกดาลา (Amygdala) และฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่ทำหน้าที่สร้างอารมณ์และความทรงจำ ทำให้สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมต่างจากสัตว์เลื้อยคลานตรงที่สามารถเรียนรู้ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมได้มากกว่า และเก็บเป็นบทเรียนเพื่อใช้ในอนาคต โดยอารมณ์ช่วยประเมินตัดสินสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาว่าคุกคามหรือไม่ เพื่อที่อารมณ์จะได้ชี้นำปฏิกิริยาทางร่างกายอีกทอดหนึ่ง¹¹ ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลประเมินจากประสบการณ์เดิมว่าสิ่งเร้าเป็นอันตราย จึงรับรู้สิ่งคุกคาม เกิดความกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกจะตื่นตัว แกนไฮโปทาลามิก-พิทูอิทารี-อดรีนอล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis) ทำงาน ฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol hormone) ถูกหลั่งออกมา ร่างกายจึงเข้าสู่รูปแบบสลายพลังงานเพื่อเตรียมการสู้หรือหนี แต่ถ้านักคิดประเมินจากประสบการณ์เดิมว่าสิ่งเร้านั้นไม่มีอันตราย จึงรู้สึกปลอดภัย ระบบประสาทอัตโนมัติ

พาราซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นให้ร่างกายเข้าสู่รูปแบบพักเพื่อย่อยอาหารและสะสมพลังงาน นอกจากนี้ ระบบอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงสังคมอย่างยิ่ง เพราะหากบุคคลได้รับความรัก ความรู้สึกอบอุ่นผูกพัน จะกระตุ้นต่อมได้สมองส่วนหลังให้หลั่งสารสัมพันธ์ คือ ฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมร่วมสังคม (Social engagement behavior) มากขึ้น และเมื่อได้รับยอมรับนับถือจากกลุ่มจนเกิดเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง ต่อมได้สมองส่วนหน้าจะถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขอีกด้วย¹²

ส่วนมนุษย์นั้น ถือเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมรุ่นใหม่ (Neo-mammals) ที่มีวิวัฒนาการทางสมองซับซ้อนขึ้นไปอีก¹³ เพราะมีการพัฒนาเปลือกสมอง (Neo-cortex) เพิ่มขึ้นมาอีกชั้นหนึ่งสมองส่วน Reptilian complex ในมนุษย์นั้นอยู่ชั้นล่างสุด ถัดขึ้นมาเป็นระบบลิมบิก (Limbic system) อยู่ในส่วนกลาง และส่วนของเปลือกสมองครอบอยู่ด้านบน ทำหน้าที่รับข้อมูลประสาทสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้วนำมาประมวลผล การทำงานของสมองส่วนบนโดยเฉพาะเปลือกสมองด้านหน้า (Prefrontal cortex) เป็นการทำหน้าที่ส่วนการคิดเชิงบริหารของสมอง ช่วยให้นักคิดมีจิตสำนึก สามารถสังเกตและรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนได้ (Self-awareness) จึงสามารถยังคิด ปรับแต่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมให้สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคม นอกจากนี้ สมองส่วนบนยังช่วยให้พัฒนาความสามารถในการรู้คิดทางสังคม เพื่อใช้จัดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความซับซ้อนได้ ช่วยให้นักคิดสามารถ

อ่านความรู้สึกจากสีหน้าของผู้อื่น รับรู้อารมณ์ของอีกฝ่ายได้เข้าใจแม้กระทั่งว่าผู้อื่นรู้สึกอย่างไร เหมือนหนึ่งว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์นั้นเอง ความสามารถเหล่านี้มีความจำเป็นในการอยู่ร่วมกับสังคม เพราะการรับรู้ว่าการกระทำของใครจะทำให้ผู้อื่นรู้สึกเจ็บปวดอย่างไรจะช่วยยับยั้งไม่ให้ทำร้ายผู้อื่น ทำให้มนุษย์ไม่ได้มีชีวิตอยู่ภายใต้สัญชาตญาณดิบเพียงเพื่อให้มีชีวิตรอดเท่านั้น แต่เรายังมีสัญชาตญาณทางสังคม ที่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมด้วยความช่วยเหลือเกื้อกูล มนุษย์ที่เข้าร่วมสังคมได้จึงสามารถข้ามผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิต และเพิ่มโอกาสในการอยู่รอด¹⁴

สมองสังคมและการสูญเสียหน้าที่ในการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ทฤษฎีจิตวิวัฒนาการ¹⁵ ได้กล่าวถึงสมมุติฐานเรื่องสมองในเชิงสังคมเอาไว้ว่า เพื่อตอบโจทย์ในการเพิ่มโอกาสอยู่รอดให้สูงขึ้นตามกระบวนการคัดเลือกทางธรรมชาติ มนุษย์จึงได้สร้างกลยุทธ์ที่จะร่วมมือกันในกลุ่มเพื่อต่อสู้เอาชนะศัตรูหรือสัตว์อื่นที่แข็งแกร่งกว่า การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันต้องอาศัยสติปัญญา และทักษะการรู้คิดระดับสูงเพื่อให้สามารถจัดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนได้ มนุษย์จึงต้องพัฒนาเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น มีโครงสร้างและการเชื่อมต่อวงจรการทำงานของสมองที่มีศักยภาพ สามารถรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่บุคคลอื่นได้เข้าใจความหมายของอารมณ์ แปลความ ตัดสิน ให้ความหมายได้ว่าอารมณ์นั้นเกิดจากอะไร เชื่อมโยงกับความคิด ความต้องการ แรงจูงใจและพฤติกรรมของบุคคลอื่นอย่างไร

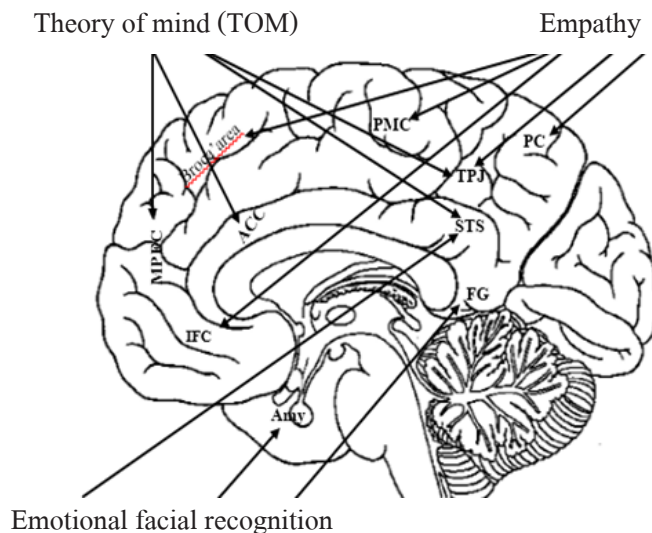
ความสามารถด้านรู้คิดทางสังคมนั้น การรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่¹⁶ (Emotional facial recognition) จัดว่ามีความสำคัญเป็นลำดับแรกๆ เนื่องจากสมองของมนุษย์นั้น มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อใบหน้าที่ของมนุษย์ด้วยกันเองมากที่สุด การอ่านสีหน้าผู้อื่นออกเป็นด่านแรกที่ช่วยนำทางให้บุคคลรู้ว่าควรรู้สึกหรือตอบสนองอย่างไร สมองส่วนที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ประกอบด้วย สมองส่วนที่เป็นรอยนูนรูปกระสวย (Fusiform Gyrus; FG) ตรงสมองกลีบขมับ ด้านล่างที่ช่วยให้บุคคลรู้จักและจำใบหน้าที่ อมิกดาลา (Amygdala; Amy) ที่ช่วยในการตัดสินใจว่าใบหน้าที่เห็นเป็นสิ่งที่คุกคามที่ควรหลีกเลี่ยง หรือเป็นโอกาสของการสานสัมพันธ์ทางสังคม และร่องสมองกลีบขมับส่วนบน (Superior Temporal Sulcus; STS) ที่ช่วยให้รับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น และสิ่งที่ผู้อื่นกำลังให้ความสนใจอยู่ การทำงานร่วมกันของสมองส่วนที่กล่าวมานี้ ทำให้เรารับสัญญาณจากปฏิสัมพันธ์ในสังคมจากผู้อื่นได้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคม ด้านต่อมาที่มีความสำคัญไม่แพ้กันคือ การคาดคะเนเพื่อทำความเข้าใจความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่นที่เรียกว่า ทฤษฎีของจิต (Theory of Mind; TOM)¹⁷ เป็นการนำข้อมูลอารมณ์ที่รับรู้จากใบหน้าที่ผู้อื่นมาเป็นเบาะแสเพื่อสร้างคำอธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กับตน สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถนี้ประกอบด้วยร่องสมองกลีบขมับส่วนบน ที่ช่วยในการคาดเดาอารมณ์ผู้อื่น สมองส่วนรอยต่อระหว่างกลีบขมับกับกลีบข้าง (Temporal-Parietal Junction; TPJ) ที่ช่วยในการรับรู้มุมมองผู้อื่น

สมองกลีบหน้าส่วนกลาง (Medial Prefrontal Cortex; MPFC) ที่เป็นศูนย์กลางการรับรู้ความรู้สึกตนเอง และเปลือกสมองขิงกุเลตส่วนหน้า (Anterior Cingulate Cortex; ACC) ที่เชื่อมระบบลิมบิกกับเปลือกสมองส่วนหน้า ทำหน้าที่ผสมผสานอารมณ์กับความคิด อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด และเจตนาของผู้อื่นได้

การมีความรู้สึกร่วมและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) เป็นการรู้จักทางสังคมอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับสมองหลายส่วน¹⁸ การที่มนุษย์มีเซลล์กระจกเงา (Mirror neuron) ที่สามารถวิเคราะห์และเลียนแบบความรู้สึกและพฤติกรรมผู้อื่น กระเจาอยู่อย่างหนาแน่นในสมองส่วนกลีบหน้าด้านล่าง (Inferior Frontal Cortex), สมองกลีบข้าง (Parietal Cortex;

PC), สมองส่วนโบรคา (Broca's area) และร่องสมองกลีบขมับส่วนบน ยังช่วยให้บุคคลหนึ่งรู้ถึงอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลอื่นราวกับว่าตนเป็นผู้ประสบเหตุการณ์หรือกระทำกิจกรรมนั้นเสียเอง หรือเป็นการ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” โดยอัตโนมัตินั่นเอง นำไปสู่ความเห็นอกเห็นใจและมีศีลธรรม ดังนั้น จากมุมมองของประสาทวิทยาแล้ว การที่มนุษย์มีศีลธรรมเป็นเพราะเรารับรู้ความเจ็บปวดที่บุคคลอื่นแสดงออกได้ ประหนึ่งว่าเกิดขึ้นกับตัวเราเอง เราจึงหลีกเลี่ยงที่จะทำร้ายคนอื่น นอกจากนี้ เซลล์กระจกเงาที่กระจายอยู่ด้านหน้าของกลีบสมองส่วนสั่งการ (Premotor Cortex; PMC) ยังช่วยให้เราเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมทางสังคมจากผู้อื่นได้อีกด้วย



ภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ต่างๆ ในสมองที่รับผิดชอบด้านการรู้คิดทางสังคม¹⁹

ความสามารถในการรู้คิดทางสังคมที่ได้อธิบายข้างต้น ทั้งการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า การคาดเดาความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น และการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จะช่วยให้บุคคลสามารถแปลความหมายการกระทำของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่สมองที่ผลิตความรู้สึกชอบไม่ชอบต่อสถานการณ์สังคมที่กำลังเผชิญ แล้วส่งต่อความรู้สึกนี้ผ่านสมองส่วนอินซูลา (Insular Cortex; IS) ไปยังสมองส่วนคิตติเคราห์เพื่อร่วมหาทางเลือกตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์ โดยมีแอนทีเรียซิงกูเลตคอร์เท็กซ์คอยจับตามผลของปฏิสัมพันธ์ และสมองส่วนรอบเบ้าตา (Orbito-Frontal Cortex; OFC) คอยปรับทำให้ปฏิสัมพันธ์ให้เหมาะสม แต่ในกรณีของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ความเจ็บป่วยทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการรู้คิดเชิงสังคม²⁰⁻²¹ ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้อารมณ์ที่ผู้อื่นแสดงออกได้ ไม่เข้าใจในความคิดและความรู้สึกของบุคคลอื่น จึงแปลความเจตนาและการกระทำของบุคคลอื่นอย่างคลาดเคลื่อน (Attribution bias) เกิดอาการหวาดระแวง หลงผิด และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือสูญเสียการปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสังคมไม่ยอมรับได้ การฟื้นฟูความบกพร่องในทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน จึงมุ่งส่งเสริมทักษะหน้าที่ของสมองทั้งสามด้านให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับรู้ เข้าใจ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การแปลความหมายในเจตนาและการกระทำของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม²²

แนวคิดการฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงที่สำคัญคือการแยกตัวจากสังคม โดยเฉพาะเมื่อการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรัง ความสามารถทางสังคมจะเสื่อมลงไปเรื่อยๆ เนื่องจากการรู้คิดเชิงสังคมมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความสามารถด้านการคิดเชิงบริหาร หากไม่ได้รับการฟื้นฟู และกระตุ้นให้สมองคงทำหน้าที่อยู่ได้ ผู้ป่วยจะสูญเสียสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นผู้ไร้ความสามารถไปในที่สุด อย่างไรก็ตาม สมองมีศักยภาพในการฟื้นฟูตนเอง หากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม²³ การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท จึงต้องอาศัยการกระตุ้นการทำงานของสมอง²⁴ ให้เซลล์กระจกเงาทำหน้าที่ได้ และเกิดวงจรรับรู้อารมณ์แห่งตนเชื่อมโยงไปสู่การรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น คาดเดาคำคิด ความรู้สึกและเข้าอกเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมตามกฎหมาย กติกา มารยาทของสังคม

การฝึกการรู้คิดทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ (Social Cognition and Interaction Training; SCIT)²⁵ เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะแบบกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาการรู้คิดทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ในผู้ป่วยจิตเภท โครงสร้างการฝึกประกอบด้วย 3 ทักษะ คือ การรับรู้อารมณ์ (Emotional training) การทำความเข้าใจสถานการณ์ (Figuring out Situation) และการบูรณาการ (Integration) ทำการฝึกสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 6 เดือน โดยในระยะแรก จะเริ่มที่ฝึกการรู้จักอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการรับรู้อารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ 6 อารมณ์ คือ ดีใจ เสียใจ โกรธ กลัว

ประหลาดใจ และน่ารังเกียจ ผ่านการใช้รูปภาพ
หน้าคนและสื่อจากคลิปปวีดีโอ ผู้ป่วยจะได้เห็น
สีหน้าท่าทาง น้ำเสียงของการแสดงออกทางอารมณ์
จึงเรียนรู้ที่จะแยกแยะอารมณ์ความรู้สึกแบบ
ต่างๆ ได้ บอกได้ว่าสีหน้าแบบใดเป็นมิตร
แบบใดไม่ใช่ ผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้และสนใจสิ่งเร้า
ภายนอก ลดการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งเร้าภายในของตน
อันเป็นต้นเหตุของความคิดหลงผิดและความ
รู้สึกหวาดระแวงที่ไปกระตุ้นให้อิมกิตาลา
ให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงความเจตนาคนอื่นแบบอคติ
นอกจากนี้ การได้เห็นการแสดงออกทางสีหน้า
ที่สื่อถึงอารมณ์ อย่างชัดเจน ยังไปกระตุ้นให้
เซลล์กระจกทำงาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมี
ความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น และเลียนแบบการ
แสดงออกทางใบหน้าได้อีกด้วย

เมื่อผู้ป่วยเริ่มสนใจสีหน้าคนอื่นและ
ระบอบอารมณ์ทางใบหน้าผู้อื่นได้มากขึ้นแล้ว ขึ้น
ต่อมาจึงเป็นการฝึกความสามารถในการอ่าน
ความคิดความรู้สึก และเจตนาของผู้อื่น ผู้ป่วย
จะเรียนรู้จากสถานการณ์และฝึกคาดเดาความ
คิดความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งฝึกแสดงออกถึง
ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นทั้งทางสีหน้าท่าทาง
และคำพูด โดยมีกิจกรรมการฝึกหลากหลายแบบ
ตั้งแต่ดูวีดีโอ ทำแบบฝึกหัดวิเคราะห์เจตนาของ
บุคคลอื่นจากบทสนทนา ไปจนถึงการจำลอง
บทบาทปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้เคียงกับบริบททาง
สังคมจริงๆ ของผู้ป่วย และระยะสุดท้ายคือ
การบูรณาการ ซึ่งผู้ป่วยจะนำทักษะที่เรียนรู้ไป
ฝึกใช้จริงในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะอยู่ที่บ้าน
หรือที่โรงพยาบาล แล้วใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม
เพื่ออภิปรายสะท้อนผลการนำทักษะทางสังคม
ไปใช้ ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินผลจากการ
แสดงออกทางสีหน้าผู้ป่วย คำพูด น้ำเสียง

กิริยาท่าทาง และการแก้ไขปัญหาลักษณะหน้า
รวมทั้งประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการ
ของผู้ป่วย เช่น อาการแยกตัว และหวาดระแวง
ร่วมด้วย ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการสะท้อน
ให้รับรู้ถึงพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมและ
ไม่เหมาะสมของตนเอง ได้เข้าใจถึงปัญหาและ
อุปสรรคในการฝึกทักษะ รวมถึงได้รับกำลังใจ
จากกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฝึกใช้ทักษะทาง
สังคมอย่างสม่ำเสมอ

ในด้านประสิทธิผลของโปรแกรม
SCIT นั้น การจากการทบทวนวรรณกรรมพบ
การศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ.2005 - 2018 จำนวน 13
เรื่อง²⁶⁻³⁷ เป็นการศึกษาตั้งแต่ผลการใช้โปรแกรม
เบื้องต้นไปจนถึงการศึกษาแบบทดลองที่มี
กลุ่มควบคุม โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ป่วย
ในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ที่อยู่ใน
ชุมชน ผลการศึกษาส่วนมากพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าน
การฝึกด้วยโปรแกรมนี้ มีการรับรู้อารมณ์ทาง
ใบหน้าที่ดีขึ้น^{26-27,30,34-36} คาดเดาจิตใจผู้อื่นได้
ดีขึ้น^{26,30,34-35} แต่ไม่พบความแตกต่างของผล
ด้านการให้ความหมายในเจตนาและการกระทำ
ของผู้อื่น^{30,35} มีเพียง 2 เรื่องเท่านั้น^{26,34} ที่พบ
ผลการศึกษาให้ความหมายเจตนาผู้อื่นและการทำ
หน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การศึกษา
แบบ Randomized waitlist control ในปี 2018³⁷
นี้ ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญใน
ผลลัพธ์ใดๆ เฉพาะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม พบเพียงแต่แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญของการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าใน
กลุ่มทดลองเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษา
ทั้งหมดชี้ไปในทางเดียวกันว่า โปรแกรม SCIT
มีความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ที่ดี และ
สามารถประยุกต์ใช้ในหลากหลายวัฒนธรรม

ทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย จีน
ฟินแลนด์ อีกด้วย

ในการศึกษาจำนวน 13 เรื่องนี้มีการ
ศึกษาด้วยการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-
analysis) 1 เรื่อง³¹ ซึ่งศึกษาผลการประยุกต์ใช้
โปรแกรม SCIT ในผู้ป่วยจิตเภท 19 เรื่อง พบว่า
การฝึกในโปรแกรม SCIT มีค่าอิทธิพล (Effect
size) ต่อการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้า (Facial
affect recognition) ขนาดปานกลางถึงสูงและ
ต่อความเข้าใจความคิดและความรู้สึกของ
บุคคลอื่น (Theory of Mind) ขนาดเล็กน้อย
ถึงปานกลาง แต่ค่าอิทธิพลต่อการรับรู้สัญญาณ
ทางสังคม (social cue) และรูปแบบแปลความ
เจตนาและการกระทำของบุคคลอื่น (Attributional
style) พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผลการศึกษา
ดังกล่าวควรพิจารณาควบคู่กับบริบทของการใช้
โปรแกรมนี้ ซึ่งพบว่ามีหลากหลายใน
การจัดกิจกรรมการฝึกที่ปรับไปตามอาการและ
ประเภทของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า มีการใช้
โปรแกรมทำการฝึกทั้งแบบแผนกผู้ป่วยใน
แผนกผู้ป่วยนอก และฝึกร่วมกันของทั้งสอง
แผนก โดยมีโครงสร้างเนื้อหาที่มีความเกี่ยวข้อง
กับการจดจำอารมณ์ทางใบหน้า การรับรู้สังคม
การคาดเดาคิดความรู้สึกของบุคคลอื่น
และความสามารถในการเข้าอกเข้าใจผู้อื่น การ
ศึกษาเหล่านี้มีการใช้จำนวนกิจกรรมแตกต่างกัน
ออกไป ตั้งแต่ 1 - 62 กิจกรรม แต่ละ
กิจกรรมใช้เวลาอย่างน้อยสุด 20 นาที และมากที่สุด
3 ชั่วโมง จากผลการศึกษาที่ผ่านมา²⁷⁻²⁹ ให้
ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องไปในทางเดียวกัน ว่า
โปรแกรม SCIT สามารถส่งผลต่อการรู้คิดทาง
สังคมของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการ
รับรู้อารมณ์ทางใบหน้า แต่พบว่าการรับรู้

อารมณ์ใบหน้าที่ดีขึ้นไม่มีความสัมพันธ์อย่าง
มีนัยสำคัญกับการเข้าใจความคิดความรู้สึกคน
อื่น รวมถึงการแปลความถึงความตั้งใจของ
บุคคลอื่น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการคาดเดา
ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น การแปลความ และ
การเห็นอกเห็นใจผู้อื่นนั้น ต้องพึ่งพาความสามารถ
ด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive function) ไม่
ว่าจะเป็น การคิดเชิงนามธรรม การวิเคราะห์
เชิงตรรกะเหตุผล การคิดเชิงสังเคราะห์วางแผน
รวมด้วย ผู้ป่วยจึงอาจต้องได้รับการฟื้นฟู
สมรรถภาพการรู้คิด (Cognitive remediation)
ไปพร้อมๆ กับการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อส่งเสริมความสามารถการรู้คิดทางสังคม และปฏิสัมพันธ์

แนวคิดหลักของการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คือการที่พยาบาลใช้ตนเองเป็น
เครื่องมือในการบำบัด โดยกำหนดบทบาทที่
เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อส่งเสริม
ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เติบโตและมีวุฒิภาวะ
ทางจิตใจเพิ่มขึ้น ในกรณีของผู้ป่วยจิตเภทที่มี
ความบกพร่องด้านการรู้คิดทางสังคมนั้น การสร้าง
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจะมีความ
ยากลำบากมากขึ้น พยาบาลต้องมีความเข้าใจ
ในศาสตร์ของจิตวิทยาเพื่อใช้วางแผนการ
ดูแลเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์เป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยมี
พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม อันจำเป็นต่อ
การมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ทั้งนี้ องค์ความรู้ด้านสมอง
และประสาทวิทยาทางจิตในปัจจุบัน ชี้ให้เห็นว่า
พฤติกรรมของมนุษย์ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการ
บูรณาการของทั้งอารมณ์ของทั้งอารมณ์ความ

ความรู้สึกและความสามารถในการรู้คิด การฟื้นฟูทักษะการรู้คิดทางสังคม จึงต้องมาจากทั้งความรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ท่ามกลางผู้อื่นในสังคม และความสามารถในการแปลความ เข้าใจในเจตนาของผู้อื่น จึงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของพฤติกรรมทางสังคมที่ยั่งยืน ไม่ใช่แค่เพียงการฝึกให้ทำตามได้เท่านั้น นอกจากนี้ การสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคมที่เป็นผลจากโรคจิตเภท มักมีความเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการรู้คิดทางสังคม ดังนี้

1. เป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้ทางอารมณ์ และการแสดงความรู้สึก เพื่อการกระตุ้นการทำหน้าที่ของเซลล์กระจกเงา พยาบาลควรเป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้อารมณ์ของตนเองและบุคคลอื่น มีความใส่ใจและให้ความสำคัญกับสภาวะอารมณ์และความคิดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากการแสดงออกด้วยคำพูดแล้ว พยาบาลควรมีการแสดงออกของอารมณ์ทางใบหน้าท่าทางที่สอดคล้องและชัดเจน การแสดงอารมณ์ต่างๆทั้งทางบวกและทางลบควรเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ แสดงความเป็นมิตรด้วยการทักทาย และสนทนากับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2. จัดสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ และเอื้อต่อการมีกิจกรรมร่วมกัน การแขวนภาพที่แสดงสีหน้าและอารมณ์ เช่น ภาพผู้คนยิ้ม หัวเราะ ร้องไห้ จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนการรับรู้อารมณ์ได้ การจัดสถานที่

ทำกิจกรรมสาธารณะเช่นมุมดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือเล่นดนตรี และจัดให้มีกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น สันทนาการ หรือการมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีพยาบาลคอยช่วยส่งเสริมการเกิดความรู้สึกร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตและรับรู้อารมณ์ตนเองและอ่านเจตนาผู้อื่นได้

3. ส่งเสริมการแปลความในเจตนาของผู้อื่น งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจและแปลความหมายเจตนาของผู้อื่นมากที่สุด พยาบาลจึงควรให้ความใส่ใจเป็นพิเศษเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเจตนาอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแปลความหมายอย่างเหมาะสมตามบริบทสถานการณ์ นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาสัมพันธ์ทางกับผู้อื่น พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักว่าเป็นโอกาสในการช่วยผู้ป่วยให้เรียนรู้ที่จะแปลความหมายการกระทำและเจตนาของผู้อื่นด้วย

สรุป

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ส่งผลต่อสุขภาพจิตในแง่ของการรับรู้ความปลอดภัย การได้รับการยอมรับจากกลุ่มนำไปสู่ความมั่นใจในตนเอง มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี จิตวิทยาวิวัฒนาการ (Evolution psychology) อธิบายว่าการมีสัญชาตญาณทางสังคม (Social instinct) มาแต่กำเนิด ทำให้บุคคลมีความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ทั้งรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น เข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ของผู้อื่น เกิดความรู้สึกร่วม และแปลความหมายของเจตนาผู้อื่นได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ส่งผลให้สมองทำหน้าที่บกพร่อง ความสามารถที่เคยทำได้โดยอัตโนมัติได้สูญเสียไป ผู้ป่วยจึงแสดงอาการแยกตัว หวาดระแวง และไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อการรับรู้อารมณ์ทางใบหน้าที่ดีขึ้น รวมทั้งอาจมีผลต่อความเข้าใจความคิดความรู้สึกและการแปลความตั้งใจของบุคคลอื่น การฝึกทักษะการรู้จักทางสังคมจึงถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มศักยภาพ หรือติดอาวุธให้กับผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการใช้ตนเองเป็นต้นแบบที่ดีในการรับรู้ทางอารมณ์และแสดงความรู้สึก รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการรู้คิดทางสังคมให้มีความสอดคล้องกับลักษณะอาการและระดับของการสูญเสียความสามารถที่แตกต่างกันตามระยะการดำเนินของโรค ทั้งนี้ การฟื้นฟูความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคมนั้น ไม่ควรมุ่งหวังผลลัพธ์เพียงให้ผู้ป่วยสามารถทำพฤติกรรมตามที่พยาบาลสอนหรือฝึกให้ได้ เพราะพฤติกรรมที่ยั่งยืน ต้องเริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยเพียงพอที่จะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงจะนำไปสู่การรับรู้และให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางอารมณ์บนใบหน้าของผู้อื่น เข้าใจในเจตนาของการแสดงออกนั้น เกิดความรู้สึกร่วมในสภาวะจิตใจของผู้อื่น และแปลความความรู้สึกและเจตนาของบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม องค์กรความรู้ด้านสมองและประสาทจิตวิทยานี้ จึงช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการกำหนดเป้าหมาย

การดูแลที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Erikson, E. Identity and the life cycle. New York: Norton; 1980.
2. Siegel, D. The Neurobiology of 'We': How relationships, the mind, and the brain interact to Shape Who We Are. Sounds True Inc; 2008.
3. Siegel, DJ. Pocket guide to interpersonal neurobiology: An integrative handbook of the mind. New York: W.W. Norton & Company; 2012.
4. Dunlop J, Brandon NJ. Schizophrenia drug discovery and development in an evolving era: are new drug targets fulfilling expectations? J Psychopharmacol 2015; 29(2): 230-8.
5. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P. A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. Schizophr Bull 2018; 44(3): 475-91.
6. Javed A, Charles A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. Front Psychiatry 2018; 24(9): 157.
7. Maslow, AH. A theory of human motivation. Psychol Rev 1943; 50(4): 370-96.
8. Harry F. Harlow, Stephen J. Suomi. Social recovery by isolation-reared monkeys. Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA 1971; 68(7): 1534-38.
9. James E. Swain, James F. Leckman, Fred R. Volkmar. The wolf boy reactive attachment disorder in an adolescent boy. Psychiatry 2005; 11: 55-61.
10. Panksepp J. Foreword to Cory G, Gardner R. The evolutionary neuroethology of Paul MacLean: Convergences and Frontiers; 2002.

11. Davidson R J, Begley S. The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live--and how you can change them. New York: Hudson Street Press; 2012.
12. Schore JR, Schore AN. Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clin Soc Work J* 2008; 36: 9.
13. Butler AB. Evolution of brains, cognition, and consciousness. *Brain Res Bull* 2008; 18: 75(2-4): 442-9.
14. Frith U, Frith C. The social brain: allowing humans to boldly go where no other species has been. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2010; 12: 165-76.
15. Todd K, Shackelford James R, Liddle. Understanding the mind from an evolutionary perspective: an overview of evolutionary psychology. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 2014; 5(3): 247-60.
16. Frith CD, Frith U. Social cognition in humans. *Curr Biol* 2007; 17(16): 724-32.
17. Lindsey J. Byom Bilge Mutlu. Theory of mind: mechanisms, methods, and new directions *Front Hum Neurosci* 2013; 7: 1-12.
18. Patricia L. Lockwood. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behav Brain Res* 2016; 15: 255–266.
19. Brain anatomy coloring pages 98 idea brain anatomy coloring pages. 2015. [online]. Available from: <http://speechfoodie.com/brain-anatomy-coloring-pages> [2018 march 10].
20. David D, Laura MT, Sarah HL, Christine IH. The neural basis of theory of mind and its relationship to social functioning and social anhedonia in individuals with schizophrenia. *Neuroimage Clin* 2014; 154–63.
21. Frith CD, Frith U. Mechanisms of social cognition. *Annu Rev Psychol* 2012; 63: 287-313.
22. Hironobu F, Cali B. Neural basis for social cognitive impairment in schizophrenia. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(2): 85-7.
23. Siegel DJ. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: How awareness, mirror neurons and neural plasticity contribute to the development of well-being. *Psychiatr Ann* 2006; 36(4): 248-58.
24. Pinkham A, Penn D, Perkins D, Lieberman J. Implications of a neural basis for social cognition for the study of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160(58): 815-824.
25. Penn D, Roberts DL, Munt ED, Silverstein E, Jones N, Sheitman B. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 80 (2-3): 357-9.
26. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stem P. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophr Res* 2007; 91(1-3): 112-6.
27. Roberts DL, Penn DL. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2009; 166: 141–147.
28. Combs DR, Elerson K, Penn DL, Tiegreen JA, Nelson A, Ledet SN, Basso MR. Stability and generalization of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for schizophrenia: six-month follow-up results. *Schizophr Res* 2009; 112(1-3): 196-7.

29. Horan WP, Robert S, Kern, Karina Shokat-Fadai, Mark J, Sergi, Jonathan K, Michael F, Green, et al. Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophr Res* 2009; 107(1): 47–54.
30. Roberts DL, Penn DL, Labate D, Margolis SA, Sterne A. Transportability and feasibility of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) in community settings. *Behav Cogn Psychother* 2010; 38(1): 35-47.
31. Matthew M. Kurtz, Christi L. Richardson. Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull* 2012; 5(38): 1092–1104.
32. Horan WP, Green MF, DeGroot M. Social cognition in schizophrenia, part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophr Bull* 2012; 38: 865–72.
33. Parker S, Foley S, Walker P, Dark F. Improving the social cognitive deficits of schizophrenia: a community trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT). *Australas Psychiatry* 2013; 21(4): 346-51.
34. Wang Y, Roberts DL, Xu B, Cao R, Yan M, Jiang Q. Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in Chinese community settings. *Psychiatry Res* 2013; 210(3): 751-5.
35. Voutilainen G, Kouhia T, Roberts DL, Oksanen J. Social cognition and interaction training (SCIT) for adults with psychotic disorders: A feasibility study in Finland. *Behav Cogn Psychother* 2016; 44(6): 711-6.
36. Taylor R, Cella M, Csipke E, Heriot-Maitland C, Gibbs C, Wykes T. Tackling social cognition in schizophrenia: A randomized feasibility trial. *Behav Cogn Psychother* 2016; 44(3): 306-17.
37. Gordon A, Davis PJ, Patterson S, Pepping CA, Scott JG, Salter K, Connell M. A randomized waitlist control community study of social cognition and interaction training for people with schizophrenia. *Br J Clin Psychol* 2018; 57(1): 116-30.



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

คณะที่ปรึกษา	พญ.สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ นพ.ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์ นพ.นพพล วาณิชชุตี พญ.ปัทมา ศิริเวช นพ.พลภัทร์ โล่สถิตย์กิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
บรรณาธิการรอง	นางรูปนีย์ ฟูมจเจริญ น.ส.วัฒนาภรณ์ ฟูมจเจริญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่สุนทร ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์ ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง ดร.ภก.ทวนชน บุญลือ ดร.ภก.ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์ ดร.สุนทรี ศรีโกไสย ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยสยาม สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)	นพ.พงศกร เล็งดี นพ.สุทธา สุปัญญา น.ส.นิรมล ปะนะสุนา นางนภัสสรณ์ คำวงษา	นพ.ปธานนท์ ขวัญสนิท ดร.วิภาวี เผ่ากันทรากกร น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง นางฉัตรสุดา จุงสกุล
ผู้จัดการ	น.ส.ชนสินันท์ ธนาพัฒน์ชนนท์ นายกฤตชัย แก้วยศ	น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น นางคณัญญา อุดมอิทธิพงศ์

การติดต่อ โทรศัพท์ 0-2442-2500 ต่อ 59286 โทรสาร 0-2437-7560 E-mail: researchsomdet@gmail.com

หมายเหตุ :

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)
บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 - 3 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)
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
	Thanundr Piyasirisilp	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Noppadol Vanichrudee	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Pattama Sirivech	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Pholphat Losatiankij	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Editor	Orabhorn Suanchang	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Associate editor	Thapanee Foomooljareon	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
	Wattanaporn Pibullarak	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Editorial board	Chatchawan Silapakit	Mahidol University
	Vitoon Lohsoonthorn	Chulalongkorn University
	Woraphat Ratta-Apha	Mahidol University
	Vorasith Siripornpanich	Mahidol University
	Nopphorn Tanthirungsri	Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University
	Thanompong Sathienluckana	Siam University
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development
	Nopparat Chaichumni	Suansaranrom Psychiatric Hospital
Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)		
	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit
	Suttha Supanya	Vipave Phaogunthakorn
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang
	Naphatsorn Khumvongsa	Thitima Sanguanvichaikul
Manager	Chonsinun Thanapatthanon	Chumphorn Bankluai
	Krittanaï Kaewyot	Chatsuda Chungsakul
		Keyunmart Yootin
		Dussadee Udomittipong

Contact Information :

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

Tel. 02-4422500 Ext. 59286 Fax. 0-2437-7560

E - mail researchsomdet@gmail.com



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2561

	หน้า
สารบัญ	ค
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	1
ธมล บัวสติดิษฐ์ พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	
ผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก	14
สาวิตรี แสงสว่าง, ประเทือง ละออสุวรรณ, อัญชลี ศรีสุพรรณ, กาญจนา สุดใจ	
ความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	24
ศุภฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, ศศิธร เก้มเส็น, กฤตณัย แก้วยศ, เกษรมาศ อยู่ถื่น	
ความเครียด ภาระการดูแล และความต้องการการสนับสนุน ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	36
อุ้นจิตร คุณารักษ์	
บทความฟื้นฟูวิชาการ	
การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามมุมมองด้านสมอง และประสาทวิทยา	48
อภิสิทธิ์ ประเคนคะชา, ชนกฤตย์ ชื่นอารมณั์	



Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Volume 12 Number 1 March 2018

	Page
Contents	๓
Instruction to Authors	๖
Preface	๗
Original Article :	
The differences of characteristics between genders inpatients with first episode psychosis at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	2
Tamol Buasathit Pholphat Losatiankij	
The effect of home visits program on length of home stay in first episode schizophrenia	15
Sawitree saengsawang, Prathaung Laorsuwan, Ancharee Srisuphan, Kanchana Sutchai	
Stress and stress management of professional nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	25
Dussadee Udomittipong, Pholphat Losatiankij, Sasithorn Kemsan, Krittanai Kaewyot, Keyunmart Yootin	
Stressor, burden and supports needed by the caregivers of the elderly with depressive disorders	37
Unjit Khunarak	
Review Article :	
Social cognitive rehabilitation in schizophrenic patients:	49
Nursing care from brain and neuroscience perspective	
Apisit Prakenkacha, Chanokruthai Chuen-arom	



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาจัดทำขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนี้

* ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ

* ชื่อผู้พิมพ์ 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) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้นๆ แต่ได้ใจความสามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและอังกฤษ ในกรณีที่ผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

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

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

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูลข้อสันนิษฐานและประเด็นสำคัญทางวิชาการ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและภาพประกอบไม่เกิน 4 ตาราง หรือภาพ และไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่น่าเสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร 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 (ตัวเลขยกไม่ได้วงเล็บ) และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงทำยบบทความ จะมีตัวอย่างการเขียนต่อการส่งต้นฉบับ รวม 28 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อจากคำอธิบาย
2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาดโปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหน้าเรียบ โดยด้านหลังเขียนลูกศรด้วยดินสอคำเป็นแนวตั้งตามที่ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียนหมายเลขกำกับไว้ว่าภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ
3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วย คำอธิบายรูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นใน

สถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบ ดังนี้

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

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูล เพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับ ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ หรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

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

รายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

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

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

- * ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวอรรถาภิธานศึกษาสูงสุด 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 ควร

ใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียน คำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ ให้ใช้กระดาษสีขาวขนาด 8¹/₂ x 11 นิ้ว หรือ ISO A4 พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม 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 8 - 12 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

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

ในกรณีที่มิผู้พิมพ์ 2 คนขึ้นไป ให้แนบต้นฉบับหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ร่วมพิมพ์ไปด้วย ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในมนุษย์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ฉบับนี้ ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 28 ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐาน

ทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อ
วารสาร ปี; ปีที่วารสาร : หน้า

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

- ตัวอย่างที่ 2 Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents : a randomized controlled trial. JAMA. 2004; 292: 828-36.
- ถ้าอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ก่อนนามสกุล

โปรดสังเกต

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

วารสารให้เขียนติดต่อกัน ไม่มี

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

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

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.3 ดังนี้

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

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

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

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะอาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นในเครื่องหมาย [] เช่น

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

- ตัวอย่างที่ 6 Cleare AJ, Wesly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter].

Lancet 1996; 347: 1770.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

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

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

ตัวอย่างที่ 8 สงัน สุวรรณเลิศ. ฝึบปอฝึบเข้าใน
ทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์.
กรุงเทพมหานคร : บพิศการพิมพ์;
1974.

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

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้
รวบรวม

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

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

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและ
เป็นผู้พิมพ์

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

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

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

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

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ
ประชุม (Conference Proceeding)

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

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

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

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

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

4.1 รายงานการวิจัย

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

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

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

4.2 รายงานทางวิทยาศาสตร์

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

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

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์.

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

ตัวอย่างที่ 21 Wallker J. The coolumbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.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 : ชื่อผู้พิมพ์. 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 (คอลัมน์).

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

ตัวอย่างนี้หมายถึงหนังสือพิมพ์ฉบับ วันที่ 21 มิถุนายน ในส่วน A (ซึ่งเป็นส่วนหน้าสุดโดยอ้างถึงส่วนที่พิมพ์ในหน้า 3 คอลัมน์ 5)

6.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

ตัวอย่างที่ 26 Stedman's medical dictionary.

26th ed. Baltimore: William & Wilkins 1995; Apraxia: p. 119-20.

6.3 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน

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

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

6.4 เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง.ชื่อย่อวารสาร In press ปีที่พิมพ์.

6.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นสื่อรวมทางการศึกษา (Citing Multimedia Material)

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

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

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารเจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวนวิเคราะห์ สรุปเรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ
2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย



บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ประจำปี 2561 จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยฉบับนี้มีบทความวิจัยด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 4 เรื่อง เรื่องแรก คือ ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งจะทำให้เราสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์วางแผนในการดูแล คัดกรอง ป้องกัน และให้ early intervention ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มารับการรักษาได้ เรื่องที่สอง คือ ผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะในการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยญาติไม่รู้สึกรับภาระมากเกินไปในการดูแลผู้ป่วย เรื่องที่สาม คือ ความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาลวิชาชีพสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการสำรวจความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการความเครียด ผลของการวิจัยเรื่องนี้มีประโยชน์ในการนำมาใช้วางแผนและหาโปรแกรมที่เหมาะสมเพื่อจัดการความเครียดในกลุ่มพยาบาลต่อไป เรื่องที่สี่ คือ ความเครียด ภาระการดูแล และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ผลการวิจัยเรื่องนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ในการนำมาวางแผนด้านการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดภาวะเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด นอกจากนี้ในเล่มยังมีบทความพื้นฟูวิชาการ เรื่อง การฟื้นฟูการรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามมุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพยาธิสภาพในโรคจิตเภทที่เชื่อมโยงกับความบกพร่องหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดทางสังคม แนวคิดการฝึกทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภท และการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์ทั้งในรูปแบบเล่มและ e-journal ซึ่งสามารถ download ได้จาก <http://www.somdet.go.th/public/journal.html> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน สำหรับผลงานทั้งหมดที่ตีพิมพ์ในวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาฉบับนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้แต่งทุกท่านที่ส่งผลงานเข้ามาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่ทันสมัยซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความวิจัยและบทความพื้นฟูวิชาการ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดีตลอดมา

บรรณาธิการ