



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วย จิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้

สุจิตรา เนาวรัตน์*

วันรับบทความ : 25 ธันวาคม 2561
วันแก้ไขบทความ : 1 มีนาคม 2562
วันตอบรับบทความ : 8 มีนาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองทันที โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (สิทธิ) จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 47 คน เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ แบบประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินเพื่อความฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแบบประเมินความสามารถตามประเภทความพิการ และให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผล : หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ มีผู้ป่วยจิตเภทผ่านการประเมินเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับที่ 3 จำนวน 8 คน จาก 47 คน และทั้ง 8 คน มีคะแนนความสามารถโดยรวม คะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

สรุป : โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจสามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยจิตเภทไร้ที่พึ่ง อย่างไรก็ตามต้องมีการฝึกฝนกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านระดับที่สูงขึ้นและมีจำนวนมากขึ้นในการเข้าโปรแกรม รวมทั้งให้มีการพัฒนารูปแบบที่มีความหลากหลายของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ต้องป่วยจิตเภทไร้ที่พึ่งด้วยเช่นกัน

คำสำคัญ : โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภท



PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENT IN A HOMELESS PROTECTION CENTER, SOUTHERN

*Sujira Naowarat**

Received : December 25, 2018

Revised : March 1, 2019

Accepted : March 8, 2019

Abstract

Objective: To study psychosocial rehabilitation of schizophrenic patient in a homeless protection center, Southern.

Material and Methods: The quasi-experiment, pre-post one group design was carried out in a homeless protection center, Sichon, Nakhon Si Thammarat. All 47 patients with schizophrenia were recruited to the study. The research instruments were psychosocial rehabilitation program, assessing overall ability, rehabilitation program for psychiatric patients in the community evaluation form, and International Classification of Functioning, Disability and Health assessment (ICF). Using techniques of descriptive statistics, the researcher analyzed the data collected in terms of frequency distribution, percentage, and mean.

Results: After psychosocial rehabilitation program, 8 from 47 patients passed the assessment and attended the level 3 and it was found that after the program, 8 patients had higher average scores on assessing overall ability, rehabilitation for psychiatric patients and International Classification of Functioning, Disability and Health assessment (ICF) than before receiving the program.

Conclusion: The psychosocial rehabilitation program could improve in schizophrenic cases however consistency of practice is essential in order to pass higher levels and to see more patients attending. In addition to developing diversity model, psychosocial rehabilitation program of homeless schizophrenia patients should also be created.

Keywords: psychosocial rehabilitation, schizophrenic patient

*Social Worker, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด มีความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3-0.7 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยอายุ 15 - 59 ปี อยู่ที่ 8.8 คน ต่อ 1,000 คน² โดยโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะเริ่มแยกตัวออกจากสังคมขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง³ พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 - 60 ในระยะเวลาการเจ็บป่วย 5-6 ปี⁴ การกลับเป็นซ้ำนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากมาย ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกมีปมด้อยและมีความรู้สีกว่าคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกขาดอิสรภาพในชีวิตเนื่องจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่มีความรู้สีกว่าต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้ดูแล⁵

จากสถิติผู้รับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (lixl) จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้มารับบริการปี พ.ศ. 2558 จำนวน 413 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 380 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 ของผู้รับบริการทั้งหมด และในปี พ.ศ.2559 มีผู้มารับบริการ จำนวน 452 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 433 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8⁶ ซึ่งมีแนวโน้มอัตราความต้องการเข้ารับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น แต่อัตราการรองรับผู้รับบริการในการดูแลได้เพียง 300 คน ส่งผลกระทบต่อปัญหาคุณภาพการบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (lixl) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์จึงได้ประสานความร่วมมือในการร่วมดูแลผู้รับบริการ

ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (lixl) โดยจัดทำโครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจถือว่าเป็นการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในอีกรูปแบบหนึ่ง ที่อาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้รับบริการ เพื่อนผู้รับบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ ประกอบด้วยพื้นฐานในการดูแลกิจวัตรประจำวันและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาการค้นหาคำถามถนัด ความสนใจ ในทักษะทางอาชีพ และการพัฒนาการฝึกทักษะทางสังคม ความเป็นผู้นำ การดำเนินชีวิตในสังคม จิตวิญญาณ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความสามารถทำหน้าที่ทางสังคมเหมือนกับบุคคลทั่วไป และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมาย โดยจากการศึกษาของจลิ เจริญสรรพ และนพรัตน์ ไชยธานี พบว่า คณะแผนกการทำหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้น เมื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทซ้ำซ้อน⁷

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมหดกล่าวต่อความสามารถโดยรวม คณะสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF

อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพด้านการพึ่งพาตนเอง เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและสามารถทำหน้าที่ของตนเอง มีคุณค่าในการดำรงชีวิตประจำวัน มีทักษะทางสังคมและการจัดการและแก้ปัญหา การปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีทักษะทางอาชีพ เพื่อคืนกลับสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองทันที (one group pre-post test design) โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (ลิซด) จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 47 คน จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ และตัวแปรตาม คือ ความสามารถโดยรวม คะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
2. ได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษา 74
3. ผู้ดูแลมีความประสงค์ให้เข้าร่วมกิจกรรม
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ พุดคุยสื่อสารได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการทางจิตไม่สงบ
2. มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช โดยนักสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วยด้วย 3 ระดับ คือ

1) โปรแกรมระดับที่ 1 ทักษะพื้นฐานการดำเนินชีวิตด้านกิจวัตรประจำวัน (2 สัปดาห์) มี 4 กิจกรรม คือ แผนการจัดกิจกรรมที่ 1 การแนะนำ (Introduction) แผนการจัดกิจกรรมที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แผนการจัดกิจกรรมที่ 3 การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานด้านร่างกาย (สุขอนามัยส่วนตัว) และแผนการจัดกิจกรรมที่ 4 ทักษะการอยู่อาศัยในครัวเรือน

2) โปรแกรมระดับที่ 2 เป็นระดับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาการค้นหาความถนัด ความสนใจ ในทักษะทางอาชีพ (4 สัปดาห์) มี 6 กิจกรรม คือ แผนการจัดกิจกรรมที่ 5 ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล แผนการจัดกิจกรรมที่ 6 มารยาทในการฟังเพื่อการรับสาร แผนการจัดกิจกรรมที่ 7 การเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง แผนการจัดกิจกรรมที่ 8 การรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา แผนการจัดกิจกรรมที่ 9 มารยาททางสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และแผนการจัดกิจกรรมที่ 10 ลักษณะนิสัยที่จำเป็นในการทำงาน

3) โปรแกรมระดับที่ 3 เป็นระดับการพัฒนาการฝึกทักษะทางสังคมความเป็นผู้นำ การดำเนินชีวิตในสังคม จิตวิญญาณ (4 สัปดาห์) มี 3 กิจกรรม คือ แผนการจัดกิจกรรมที่ 11 ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิ

แผนการจัดกิจกรรมที่ 12 การตั้งเป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจในการดำรงชีวิต และแผนการจัดกิจกรรมที่ 13 ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจได้ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 3 ท่าน และในแต่ละระดับของโปรแกรมจะมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเลื่อนระดับที่สูงขึ้น

2. แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function (GAF) Scale) จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต⁸ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 เป็นการประเมินโดยถือว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ทั้งนี้การประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม มีระดับคะแนน 0 – 100 คะแนน (เรียงลำดับจาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการประเมินได้ 1 – 10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จนถึง 91 – 100 คะแนน หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หลากหลายได้อย่างดีเยี่ยม)

3. แบบประเมินเพื่อหาความฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเกียรตินิยม วงศ์จิตและคณะ⁹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินทักษะทางจิตสังคมด้านต่างๆ 3) การประเมินความพร้อมด้านจิตใจเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

และ 4) การประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการคำนวณออกมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนน และแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ค่าเฉลี่ย 0 - 0.5 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรม

ระดับที่ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ

ระดับที่ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง

ระดับที่ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.5 คะแนน หมายถึง ทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง

ระดับที่ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.0 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

4. แบบประเมินความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต⁸ เป็นแบบประเมินสำหรับคนพิการที่มารับเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ต้องมีการประเมินทั้งหมด 9 ด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก (.0) 2) มีความบกพร่องหรือความยากลำบากเล็กน้อย (0.1) 3) มีความบกพร่องหรือความยากลำบากปานกลาง (0.2) 4) มีความบกพร่องหรือความยากลำบากรุนแรง (0.3) และ 5) มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ที่สุดหรือทั้งหมด (0.4)

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จิตใจดำเนินการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยประเมินความสามารถโดยรวม

ประเมินเพื่อความพึงพอใจสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และประเมินความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF ก่อนและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ 18/2561

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 47 คน เป็นเพศชายร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 46.0 ± 10.2 ปี ส่วนใหญ่อายุ 36 - 50 ปี ร้อยละ 55.3 ไม่ทราบระดับการศึกษา ร้อยละ 53.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.8 และส่วนใหญ่ไม่ทราบภูมิลำเนา ร้อยละ 34.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 47)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (เฉลี่ย 46.0 ± 10.2 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	7	14.9
36 - 50 ปี	26	55.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี	14	29.8
การศึกษา		
ไม่ทราบ	25	53.2
ประถมศึกษา	13	27.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	8.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	10.6
ศาสนา		
ไม่ทราบ	17	36.2
พุทธ	30	63.8
ภูมิลำเนา		
ไม่ทราบ	16	34.0
สุราษฎร์ธานี	4	8.5
นครศรีธรรมราช	14	29.8
พังงา	1	2.1
ภูเก็ต	2	4.3
ปัตตานี	2	4.3
ตรัง	3	6.4
ยะลา	1	2.1
พัทลุง	2	4.3
กระบี่	1	2.1
กาฬสินธุ์	1	2.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อมูลส่วนบุคคล	โปรแกรมระดับที่ 2 (n = 32)	โปรแกรมระดับที่ 3 (n = 8)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย 47.0 ± 9.5 ปี เฉลี่ย 43.5 ± 4.2 ปี		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	4 (12.5)	0 (0.0)
36 - 50 ปี	18 (56.3)	8 (100.0)
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี	10 (31.3)	0 (0.0)
การศึกษา		
ไม่ทราบ	15 (46.9)	4 (50.0)
ประถมศึกษา	8 (25.0)	3 (37.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (12.5)	0 (0.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5 (15.6)	1 (12.5)
ศาสนา		
ไม่ทราบ	12 (37.5)	4 (50.0)
พุทธ	20 (62.5)	4 (50.0)
ภูมิลำเนา		
ไม่ทราบ	11 (34.4)	4 (50.0)
สุราษฎร์ธานี	2 (6.3)	0 (0.0)
นครศรีธรรมราช	10 (31.3)	3 (37.5)
พังงา	1 (3.1)	0 (0.0)
ภูเก็ต	1 (3.1)	0 (0.0)
ปัตตานี	1 (3.1)	0 (0.0)
ตรัง	3 (9.4)	0 (0.0)
ยะลา	1 (3.1)	0 (0.0)
พัทลุง	2 (6.2)	1 (12.5)

จากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง จะมีการประเมินขึ้นระดับของโปรแกรมจากระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 พบว่า มีผู้ป่วยที่ผ่านระดับที่ 1 ไประดับที่ 2 จำนวน 32 คน อายุเฉลี่ย 47.0 ± 9.5 ปี ส่วนใหญ่ไม่ทราบระดับการศึกษา ร้อยละ 46.9 และผ่านจากระดับที่ 2 ไประดับที่ 3 จำนวน 8 คน อายุเฉลี่ย 43.5 ± 4.2 ปี และส่วนใหญ่ไม่ทราบระดับการศึกษา ร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 2

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจต่อความสามารถโดยรวมระดับสมรรถภาพผู้ป่วยและความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF

ก่อนเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ พบว่า คะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยช่วงในช่วง 65 – 81 คะแนน แต่หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ คะแนนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง

ตารางที่ 3 ความสามารถโดยรวม และสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ (n = 8)

ผู้ป่วย	คะแนนความสามารถโดยรวม		ระดับสมรรถภาพ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คนที่ 6	80	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 14	81	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 19	65	80	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4
คนที่ 27	75	80	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4
คนที่ 29	70	90	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4
คนที่ 31	81	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 34	81	90	ระดับที่ 1	ระดับที่ 4
คนที่ 36	78	90	ระดับที่ 2	ระดับที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถตามประเภทคนพิการและการให้รหัส ICF หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ (n = 8)

ที่	ระดับความบกพร่องในการทำงาน/ ความลำบากในการทำกิจกรรม	.0	.1	.2	.3	.4	.8	.9
1	d155 การได้รับทักษะจากการเรียนรู้	6	2					
2	d350 การสนทนา	8						
3	d510 การทำความสะอาดร่างกาย ตนเอง	7	1					
4	d570 การดูแลสุขภาพตนเอง	5	2	1				
5	d640 การทำงานบ้าน	7	1					
6	d720 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ซับซ้อน	5	2	1				
7	d750 สัมพันธภาพทางสังคม ที่ไม่เป็นทางการ	7		1				
8	d845 การได้ดำเนินงาน การรักษางาน ที่ทำอยู่ และการยุติการทำงาน	7	1					
9	d920 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง	7	1					

80 – 90 คะแนน และระดับสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ระดับที่ 1 และระดับที่ 2 (หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น และสามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ) แต่หลังเข้ารับ

โปรแกรมผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับที่ 4 (หมายถึง ทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง) ดังตารางที่ 3

ความสามารถตามประเภทคนพิการ

และการให้รหัส ICF หลังเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ พบว่าด้านการสนทนาผู้ป่วยทั้ง 8 คน ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก ส่วนด้านการทำความสะอาดร่างกายตนเอง ด้านการทำงานบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ ด้านการได้ดำเนินงานการรักษาที่ทําอยู่และการยุติการทำงาน และด้านนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง ผู้ป่วย 7 คน ไม่มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก และอีก 1 คน มีความบกพร่องหรือความยากลำบาก เล็กน้อย ถึงปานกลาง ดังตารางที่ 4

อภิปราย

กิจกรรมที่อยู่ภายในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจเป็นการพัฒนาจากการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชโดยนักสังคมสงเคราะห์ โดยครอบคลุมการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดการแก้ไขปัญหาค้นหาความถนัด ความสนใจในทักษะทางอาชีพ การฝึกทักษะทางสังคมความเป็นผู้นำ และการดำเนินชีวิตในสังคม มีการกำหนดแผนการฟื้นฟู และประเมินผล¹⁰

ผลจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 47 คน เมื่อผ่านโปรแกรมฯ และผ่านการประเมินเลือกระดับ มี 8 คน ที่ได้รับโปรแกรมถึงระดับที่ 3 โดยทั้ง 8 คน มีคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับสมรรถภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากการออกแบบให้นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งความชำนาญเฉพาะด้านและทำหน้าที่ฟื้นฟูทักษะทางสังคมโดยตรง เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและสถาน

สงเคราะห์ ด้วยการใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่ม จึงส่งผลต่อการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วยสูงขึ้น¹¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิเลิศริณสุรพรและณพรรัตน์ไชยธานี⁷ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมด้วยการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านโปรแกรมทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต³ ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่าย ซึ่งมีกิจกรรมที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดำเนินงานอย่างดียิ่งแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจปรารถนาดีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ปรับตัวเข้ากับสังคม ชุมชน ได้ฝึกทำทำกิจกรรมใหม่ๆ จากที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถสร้างรายได้หรือได้รับค่าชมเชย เช่น ผู้ป่วยอยู่ที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งไม่ได้ทำอะไร มาเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูได้แสดงความสามารถของตัวเอง มีความภูมิใจในตัวเอง มีคุณค่า สามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำได้

สรุป

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภท สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ ทั้ง 8 คน ที่ผ่านโปรแกรมระดับที่ 3 มีคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับสมรรถภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวมาร่วมให้บริการกับการบริการตามปกติได้ อย่างไรก็ตามควรมีการฝึกฝนกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลจากโปรแกรมมีประสิทธิผลมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Lortrakul M, Sukanich P. Textbook of Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009.
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popul Health Metr 2010; 8: 24-35.
3. Wattanasiri O, Sripusito S. The development of process of continuity care in schizophrenia patient by inderdisciplinary team and care giver network of Kamphaeng Phet hospital. J Nurs Division 2013; 40(1): 67-83.
4. Robinson D, Woerner MG, Alvir J, Bilder R. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorders. Arch Gen Psychiatr 1999; 56: 241-47.
5. Sooksompong S, Udomittipong D, Losatiankij P. Factors associated with relapse in first episode psychosis. J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(4): 331-40.
6. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (ลิซล). รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ (ลิซล) ปี 2558 – 2559. นครศรีธรรมราช: 2559.
7. Jaroensan J, Chaichumni N. The development of psychosocial rehabilitation case management model for the complicated schizophrenic patients. J Psychiatr Nurs Ment Health 2017; 31(2): 64-77.
8. เสาวลักษณ์ สุวรรณโมศรี, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ชลลดา จารุศิริชัยกุล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2561.
9. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. นนทบุรี: โรงพยาบาลศิริรปัญญา; 2550.
10. Farkas M, Cohen M, Memce P. Psychiatric rehabilitation programs: putting concepts into practice. Community Ment Health J 2010; 22(2): 114-29.
11. Kem RS, Glynn SM, Horan P, Marder R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. Schizophr Bull 2009; 35(2): 347-61.



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด

สุภาภรณ์ นิตวิวัฒน์ชาญชัย*, ปัทมา ศิริเวช**

วันรับบทความ : 30 เมษายน 2561
วันแก้ไขบทความ : 14 ธันวาคม 2561
วันตอบรับบทความ : 28 ธันวาคม 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทและสารเสพติด

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยใช้การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เคยมีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดระหว่าง กรกฎาคม พ.ศ.2560 – ตุลาคม พ.ศ.2560 จำนวน 138 ราย และบันทึกในแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์

ผล : กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.64 ± 8.49 ปี มีการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำร้อยละ 64.5 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ผลึกกัญชาสูบ ร้อยละ 83.3 และเป็นกลุ่มผู้ที่เคยเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อน เข้ารักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาครั้งนี้ ร้อยละ 50.7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมในแง่ของอิทธิพลจากคนรอบข้าง เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งมีผลต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำร้อยละ 61.8 และปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาในแง่เพื่อลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำร้อยละ 77.5

สรุป : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อนเข้ารับรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาครั้งนี้ ปัจจัยทางสังคมในแง่ของอิทธิพลจากคนรอบข้างเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาในแง่เพื่อลดความเครียด

คำสำคัญ : การใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ โรคจิตเภทร่วมสารเสพติด

*จิตแพทย์ โรงพยาบาลพิจิตร

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF RELAPSE OF ALCOHOL OR SUBSTANCE USE IN SCHIZOPHRENIA COMORBIDITY

Supaporn Niyatiwatchanchai, Pattama Sirivech***

Received : April 30, 2018

Revised : December 14, 2018

Accepted : December 28, 2018

Abstract

Objective: To study prevalence and factors associated with relapse of alcohol or substance use in schizophrenic comorbidity.

Material and Methods: This study is a cross-sectional study obtained data from interview alcohol or substance use in schizophrenic inpatients in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during July 1st, 2017 to October 31th, 2017 in total number of 138 cases. The data was collected by tools created by the researchers to collect information on the factors to be studied. Percentage, mean, standard deviation, and chi-square test were used as statistical analysis.

Results: Mean age of patients was 35.64 ± 8.49 years. Prevalence of relapse of alcohol or substance use in schizophrenic inpatients was 64.5%. The most commonly used were tobacco products (83.3%). More than half (50.7%) of patients had joined to substance used disorder rehabilitation program. Factors associated with relapse of alcohol or substance use were social factors in term of peer pressure to be part of the group (61.8%) and coping factors in term of relieving tension and stress (77.5%).

Conclusion: Factors associated with relapse of alcohol or substance use in schizophrenic inpatients in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry were age, tobacco use, history of joined the substance use disorder rehabilitation programs, social factors in term of peer pressure and to be part of a group and coping factors in term of relieving tension and stress.

Keywords: relapse of substance use disorder, schizophrenia comorbidity

*Psychiatrist, Phichit Provincial Hospital

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง ซึ่งแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไปในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.3¹ และการสำรวจระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17² การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง

โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และอันดับที่ 3 ของโรคจิต และโรคทางระบบประสาท³ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสีย มีค่าประมาณ 0.7-1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี⁴ ซึ่งผู้ป่วย

โรคจิตเภทนั้นร้อยละ 31 มีประวัติการใช้สารเสพติด⁵ และอัตราการใช้สารเสพติดที่มีความรุนแรงมากขึ้นประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท⁶ รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยถึง 5.3 เท่า⁷ และในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดสามารถกระตุ้นให้อาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นได้⁸ และยังเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเสพติดได้ซึ่งเกิดจากอาการทางจิต⁹⁻¹¹ รวมถึงส่งผลให้เกิดปัญหาหลายๆ ด้าน เช่น พฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น การปรับตัวบกพร่องและแบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทบกพร่อง ไม่ร่วมมือในการรักษา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง การถูกคุมขัง โรคตับอักเสบ การติดเชื้อ HIV การไม่มีที่อยู่อาศัย การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ และการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล¹²⁻¹⁶ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบประสาทและเกิดการพึ่งพาสารเสพติดมากยิ่งขึ้น และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอัตราการใช้สารเสพติดในปริมาณสูงขึ้นและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น¹⁷

ดังนั้นปัญหาการใช้สุราหรือสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งยังคงมีการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำแม้ว่าจะเคยได้เข้ารับการรักษาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional analytical study) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นในการเก็บข้อมูล กลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เคยมีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด (substance use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่เคยมีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ที่ถูกรับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 – ตุลาคม พ.ศ.2560 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ W.G. Cochran ได้กลุ่มตัวอย่าง 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ โดยข้อมูลทั้งหมดได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำโดยใช้สถิติแบบ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.5 อายุเฉลี่ย 35.6 ± 8.49 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 65.2 สารเสพติดส่วนใหญ่ที่ใช้คือ บุหรี่ ยาเส้น ซิการ์ ร้อยละ 83.5 เคยรับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อนเข้ารับรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาร้อยละ 50.7 และพบความชุกของการกลับมาใช้สารเสพติดหรือสุราซ้ำ ร้อยละ 64.5

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยทางสังคม เรื่องของการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย มีผลต่อการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 76.1 ปัจจัยจากการให้พึงพอใจผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย มีผลต่อการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 73.2 ปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดเพื่อความรู้สึกสนุก พึงพอใจฤทธิ์ของสารเสพติด มีผลต่อการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 73.2 และปัจจัยจากความเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีผลต่อการใช้สารเสพติด

จากตารางที่ 3 พบว่าการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำเกี่ยวข้องกับ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อนเข้ารับรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาร้อยละ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$)

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยทางสังคม ในแง่ของอิทธิพลจากคนรอบข้าง เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ($p\text{-value} = 0.0032$) และปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาเพื่อลดความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 138)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	72.5
หญิง	38	27.5
อายุ (อายุเฉลี่ย 35.6 ± 8.49 ปี)		
18 - 30 ปี	40	29.0
31 - 40 ปี	54	39.1
40 ปีขึ้นไป	44	31.9
สถานภาพ		
โสด	90	65.2
สมรส	16	11.6
หย่า หม้าย แยกกันอยู่	32	23.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	46	33.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	47	34.1
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	45	32.6
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	74	53.6
ไม่ประกอบอาชีพ	64	46.4
สารเสพติดที่ใช้/เคยใช้ (1 คน สามารถมีได้มากกว่า 1 อย่าง)		
บุหรี่ ยาเส้น ซิการ์	115	83.3
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา	53	38.4
กัญชา	48	34.8
สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน	82	59.4
สารระเหย	18	13.0
สารเสพติดชนิดอื่นๆ	17	12.3
มีญาติคอยดูแลระหว่างอยู่ที่บ้าน		
ใช่	117	84.8
ไม่ใช่	21	15.2
การเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อน		
ไม่เคย	68	49.3
เคย	70	50.7
การกลับมาใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ		
กลับมาใช้ซ้ำ	89	64.5
ไม่กลับมาใช้ซ้ำ	49	35.5

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 138)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน	
	ส่งผล (ร้อยละ)	ไม่ส่งผล (ร้อยละ)
ปัจจัยทางสังคม		
เพื่อเข้าสังคม เพื่อใช้ชีวิตในสังคม	77 (55.8)	61 (44.2)
อิทธิพลจากคนรอบข้าง เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	94 (68.1)	45 (31.9)
เข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย	105 (76.1)	33 (23.9)
เพื่อนงานฉลอง	66 (47.8)	72 (52.2)
ปัจจัยจากการให้ความพึงพอใจ		
เพื่อลดความเบื่อหน่าย	90 (65.2)	48 (34.8)
เพื่อให้รู้สึกดี เพื่อให้รู้สึกมีความสุข	96 (69.6)	42 (30.4)
เพื่อผ่อนคลาย	101 (73.2)	37 (26.8)
ปัจจัยจากการจัดการกับปัญหา		
ความอยาก ภาวะอารมณ์เสียด ความเคียด	90 (65.2)	48 (34.8)
เพื่อลดความเครียด	99 (71.7)	39 (28.3)
เพื่อให้ห่างจากความเศร้า เพื่อเป็นกำลังใจให้ตนเอง	70 (50.7)	68 (49.3)
รู้สึก โดดเดี่ยว		
หลีกเลี่ยงความจริง	46 (33.3)	92 (66.7)
เพื่อความรู้สึกลึกซึ้ง พึงพอใจฤทธิ์ของสารเสพติด	101 (73.2)	37 (26.8)
ชอบรสชาติ	60 (43.5)	78 (56.5)
ปัจจัยจากความเจ็บป่วย		
เพื่อช่วยลดผลข้างเคียงจากยารักษาโรค	27 (19.6)	111 (80.4)
ช่วยลดอาการคันตา ช่วยหยุดความคิดฆ่าตัวตาย	24 (17.4)	114 (82.6)
เพื่อลดอาการประสาทหลอน ระแวงกลัว	27 (19.6)	111 (80.4)
เพื่อลดความเจ็บปวด	41 (29.7)	97 (70.3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

รายละเอียดของข้อมูล	การกลับมาใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ				p-value
	กลับมาใช้ซ้ำ		ไม่กลับมาใช้ซ้ำ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยาเส้น ชิกเกอร์ เป็นต้น)					
ใช่	80	89.9	35	71.4	0.005*
ไม่ใช่	9	10.1	14	28.6	
การเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อน					
เคย	53	59.6	17	34.7	0.005*
ไม่เคย	36	40.4	32	65.3	

*p-value < 0.05, chi-square test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

รายละเอียดของข้อมูล	การกลับมาใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ				p-value
	กลับมาใช้ซ้ำ		ไม่กลับมาใช้ซ้ำ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปัจจัยทางสังคม					
อิทธิพลจากคนรอบข้างเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม					
มีผล	55	61.8	39	79.6	0.032*
ไม่มีผล	34	38.2	10	20.4	
ปัจจัยจากการจัดการกับปัญหา					
เพื่อลดความเครียด					
มีผล	69	77.5	30	61.2	0.042*
ไม่มีผล	20	22.5	19	38.8	

*p-value < 0.05, chi-square test

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.042)

อภิปราย

ผลการศึกษาในงานวิจัยเรื่องนี้ด้านข้อมูลส่วนตัวมีปัจจัยบางตัวที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อนเข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาครั้งนี้ โดยมี p-value = 0.005 และ 0.005 ตามลำดับ ด้านปัจจัยทางสังคมในแง่ของอิทธิพลจากครอบครัวข้างเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.032) และปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาในแง่เพื่อลดความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.042)

ผลการศึกษาในเรื่องของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้น ซิการ์ เป็นต้น) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Louise K. Thornton และคณะ ในปี ค.ศ.2012 เป็นงานวิจัยแบบ meta analysis ซึ่งนำงานวิจัยแบบ randomized controlled trails มาวิเคราะห์จำนวน 5 งานวิจัยซึ่งศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลในการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ แอลกอฮอล์ และกัญชาในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ซึ่งพบว่าใน 5 งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้นส่วนใหญ่มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นจำนวนมาก อยู่ระหว่างร้อยละ 51.4 – 100¹⁸ และมักจะใช้เพื่อจัดการกับปัญหา ซึ่งจากการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้พบว่าสารเสพติดที่กลุ่มตัวอย่างใช้หรือเคยใช้มากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้น ซิการ์ เป็นต้น) คิดเป็นร้อยละ 83.3 และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้น ซิการ์ เป็นต้น) มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ

ในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติดที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาที่พบว่าการเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อนเข้ารับรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยารั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติดที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนิศา หิรัญเทพ และคณะ ในปี ค.ศ. 2013 ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัด จำนวนครั้งที่มักจะสัมพันธ์กับการไปเสพยาซ้ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่ได้รับการบำบัดหลายครั้งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ติดในระดับรุนแรง มีอาการติดยาทั้งร่างกายและจิตใจ¹⁹

ผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยทางสังคมในแง่ของอิทธิพลจากครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติดที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สอดคล้องกับของ Samir Bhandari และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดซ้ำ พบว่า 94.7% ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ โดยหนึ่งในสาเหตุหลักมาจากแรงกดดันจากกลุ่ม²⁰ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาในแง่เพื่อลดความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Louise K. Thornton และคณะ ในปี ค.ศ. 2012 ซึ่งพบว่าผู้ที่มิโรคทางจิตเวชมีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาอื่นๆ ในปัจจัยด้านระดับการศึกษา ซึ่งพบว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติดที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งการศึกษาของ Samir Bhandari และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดซ้ำพบว่าระดับการศึกษา เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ²¹ และการศึกษาของ Haiyi Xie และคณะ พบว่าปัจจัยทำนายที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำคือการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย²⁰ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีจำนวนน้อยมากจนทำให้ข้อมูลไม่มีความน่าเชื่อถือมากพอ

นอกจากนี้อีกปัจจัยหนึ่งที่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น คือการมีญาติคอยดูแลและหว่านอยู่ที่บ้าน ซึ่งพบว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติดที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยการศึกษาของ Haiyi Xie และคณะ พบว่าปัจจัยทำนายที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำคือ ไม่มีผู้อยู่อาศัยด้วย²⁰ ทั้งนี้ในอนาคตอาจต้องศึกษาเพิ่มเติมในแง่ของความสัมพันธ์ของผู้ที่อยู่อาศัยด้วย เนื่องจากการศึกษาของ Samir Bhandari และคณะ ในปี ค.ศ. 2015 พบว่าความสัมพันธ์ของครอบครัว เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ²¹

สรุป

ผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสารเสพติดทั้งหมด 138 ราย พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำ จำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำที่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเข้ารับบำบัดสุราหรือสารเสพติดมาก่อน เข้ารักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาครั้งนี้ ปัจจัยทางสังคมในแง่ของอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และปัจจัยจากการจัดการกับปัญหาในแง่เพื่อลดความเครียด

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ 138 คน ซึ่งเป็นจำนวนน้อยกว่าที่วางแผนและคำนวณขนาดตัวอย่างไว้ เนื่องจากระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลมีจำกัดและการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องรอให้อาการของโรคทุเลาจึงจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ ทำให้ใช้เวลานานมากขึ้นในการเก็บข้อมูล

2. ในบางปัจจัยที่ศึกษา เช่น ผู้เข้าร่วมที่มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี และผู้เข้าร่วมที่ไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่ามีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป ทำให้ในปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถทำการวิเคราะห์ทางสถิติแล้วได้ผลที่ชัดเจน ซึ่งหากนำผลวิเคราะห์นั้นไปใช้อาจทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ จึงต้องมีการแบ่งอันตรภาคชั้นใหม่เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

3. แหล่งที่มาของข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้มีเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์ครอบครัว การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

ซึ่งอาจจะมีผลรายงานผลของการใช้สารเสพติดซ้ำต่ำกว่าความเป็นจริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. นันทิกา ทวิชาชาติ, ธงชัย ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุกะ, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, อรรถพล สุคนธาภิรมย์, พวงสร้อย วรกุล. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2544; 84: S118-S26.
2. อนุรักษ บัณฑิตยชาติ, ภคณพิน กิตติรักษนนท์, วรพรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4): 335-43.
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 382(9904): 1575-86.
4. CJL Murray AL. The Global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: Geneva: World Health Organization; 1996.
5. Thirthalli J, Benegal V. Psychosis among substance users. Curr Opin Psychiatry 2006; 19(3): 239-45.
6. Gottlieb JD, Mueser KT, Glynn SM. Family therapy for schizophrenia: co-occurring psychotic and substance use disorders. J Clin Psychol 2012; 68(5): 490-501.

7. Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res* 2001; 48(1): 69-82.
8. Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2004; 185(3): 196-204.
9. Harris D, Batki SL. Stimulant psychosis: symptom profile and acute clinical course. *Am J Addict* 2000; 9(1): 28-37.
10. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction* 2006; 101(10): 1473-8.
11. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, et al. Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and Meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2007; 17(3): 275-97.
12. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-Occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164(3): 402-8.
13. Compton MT, Weiss PS, West JC, Kaslow NJ. The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(12): 939-46.
14. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Soc Sci Med* 2005; 60(6): 1371-83.
15. Halter MJ. Foundations of psychiatric mental health nursing. 7th ed. Saunders; 2013.
16. Tsuang J, Fong TW, Lesser I. Psychosocial treatment of patients With Schizophrenia and substance abuse disorders. *Addict Disord Their Treat* 2006; 5(2): 53-66.
17. เอกอุมา อัมคำ. การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2556; 7: 697-710.
18. Thornton LK, Baker AL, Lewin TJ, Kay-Lambkin FJ, Kavanagh D, Richmond R, et al. Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addict Behav* 2012; 37(4): 427-34.
19. ธนิตา หิรัญเทพ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556; 58: 157-64.
20. Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2005; 56(10): 1282-7.
21. Bhandari S, Dahal M, Neupane G. Factors associated with drug abuse relapse: A study on the clients of rehabilitation centers. *Al Ameen J Med Sci* 2015; 8(4): 293-8.



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของ บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์*, นภาพิศ ฉิมนาคนบุญ*, ศิริศิลป์ ไชยเกษ*

วันรับบทความ : 27 มกราคม 2562
วันแก้ไขบทความ : 15 มีนาคม 2562
วันตอบรับบทความ : 22 มีนาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 217 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง 3) แบบสอบถามท่าทางลักษณะของการทำงาน 4) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 5) แบบสอบถามออสเวสทรี ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผล : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.9 มีอายุเฉลี่ย 40.5 ± 12.9 ปี พบความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างร้อยละ 67.5 โดยส่วนใหญ่มีอาการปวดขณะทำงานร้อยละ 71.3 และระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังจำแนกตาม Fairbank disability score จากแบบสอบถามออสเวสทรี ฉบับภาษาไทย พบว่าส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการปวดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 80.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง คือ การยกของหนัก มีการก้มขณะทำงาน ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ และเก้าอี้ทำงานที่ไม่มีพนักพิง

สรุป : ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันการบาดเจ็บที่หลังของบุคลากรผ่านโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงานตามการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน

คำสำคัญ : บุคลากร หลังส่วนล่าง อาการปวด



ASSOCIATED FACTOR OF LOW BACK PAIN IN PERSONNEL'S OF SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Thitima Narongsak, Napapit Chimnakboon*, Sirisin Chaiyachat**

Received : January 27, 2019

Revised : March 15, 2019

Accepted : March 22, 2019

Abstract

Objective: To study prevalence and related factors of low back pain in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry personnel.

Material and Methods: This research was a cross-sectional descriptive study. The study sample consisted of 217 personnel of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The research tool was based on questionnaires which composed of 5 parts: 1) personal data 2) information about pain 3) characteristics of working 4) working environment 5) Thai version of Oswestry for assessing severity and effects of back pain. Statistical analysis in this study include frequency, percentage, means, standard derivation, chi-square test and multiple logistic regressions.

Results: The majority of the participants were female (53.9%) and mean age was 40.5 ± 12.9 years. The prevalence of low back pain was 67.5%. Most of them had of pain while working (71.3%). The severity of back pain was classification by the Fairbank disability score Thai version of Oswestry questionnaire which show that mild pain levels ($n=104$; 80.6%). Carrying heavy loads, bending position during working, repeating movements during working and sitting on chairs without backrest were factors correlated with low back pain.

Conclusion: The results of this study can be used in development of work policy for back pain injury prevention among personnel through injury prevention education programs in the workplace.

Keywords: personnel, low back, pain

*Physical Therapist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ความปวดเป็นสัญญาณแสดงถึงการบาดเจ็บของร่างกาย โดยพบว่ามีประชากรประมาณร้อยละ 60 - 85 ของประชากรทั่วโลกจะมีอาการปวดหลังส่วนล่างเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต อาการปวดหลังส่วนล่างมักจะเป็นๆ หายๆ และกลับมาเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70-80¹ โดยอาการปวดหลังส่วนล่างจะรบกวนการทำงานกิจกรรม เช่น การยืน การเดิน เป็นต้น อาการปวดหลังส่วนล่างจึงรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งส่งผลทำให้ความสามารถในการทำงานลดต่ำลง จนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการขาดงาน²⁻³ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจะมีการซึมเศร้า โดยพบมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง⁴⁻⁵ จะเห็นได้ว่าอาการปวดหลังส่วนล่างทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและประเทศจึงก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม²⁻³

อาการปวดหลังส่วนล่างเกิดได้จากหลายปัจจัย⁶ แต่ปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง คือปัจจัยด้านลักษณะท่าทางการทำงานต่างๆ เช่น การยกของหนัก รวมถึงการเคลื่อนไหวซ้ำๆ การอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นระยะเวลานานๆ⁷⁻⁸ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวพบได้บ่อยในบุคลากรของโรงพยาบาล โดยจากการศึกษาพบว่ามีความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 51.1 - 71.8^{2, 9-10}

จะเห็นได้ว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาสำคัญและมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับ

อาการปวดหลังส่วนล่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิ ซึ่งให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวันประมาณ 900 - 1,000 คนต่อวัน ซึ่งมีอัตราค่าจ้างของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจำกัด นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในลักษณะดังกล่าวในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการปวดหลังส่วนล่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลอาการปวดหลังส่วนล่างตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 6 เดือน สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย ตามปกติได้ สมมาตรใจ เข้าร่วมการวิจัยมีเกณฑ์การคัดออกได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก บริเวณหลังส่วนล่าง มีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดอาการปวดหรือความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเกาต์ ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด โรคเนื้องอก หรือมะเร็งกระดูก มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ส่งผลต่ออาการผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างถาวร

หรือต้องได้รับการผ่าตัด เช่น กระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท การผ่าตัดได้ผลก็ตามหลัง

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเลขที่ 37/2560 ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยแทนค่าความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างเท่ากับ 0.33⁷ และแทนค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นเท่ากับ 0.07 จึงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 173 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 % ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ 217 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่หลัง น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ ช่วงเวลาขณะมีอาการและความรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามท่าทางลักษณะของการทำงาน ได้แก่ การยกของหนัก การลากของหนัก อิริยาบถในการทำงาน การเอี้ยว/บิดตัวในการทำงาน และการก้มขณะทำงาน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ เนื้อที่สำหรับทำงาน ความสูงของโต๊ะ ความสูงของเก้าอี้ทำงาน พนักพิงของเก้าอี้ และอุปกรณ์ช่วยผ่อนแรงในการทำงาน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้แบบสอบถามออสเวสทรีฉบับภาษาไทย (Thai version of Oswestry questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุรัชชัย แซ่จิ่ง และคณะ¹¹ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การวัดความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณหลัง การดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน สุขภาพทางเพศ สังคม และการเดินทาง และแบ่งระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังตาม Fairbank disability scores

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอธิบายโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ในการทดสอบปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างและใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างจากสถิติไคสแควร์เข้าสมการ Logistic regression ด้วยวิธี Forward likelihood ratio โดยพิจารณาจากค่า p-value < 0.05 อีกทั้งมีการนำเสนอค่า Odd ratio (OR) และ 95%CI ประกอบในการนำเสนอด้วย

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการดำเนินการแจกแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	46.1
หญิง	103	53.9
อายุ (min = 19 ปี, max = 66 ปี, mean $\pm$ SD = 40.5 $\pm$ 12.9 ปี)		
18 – 40 ปี	105	55.0
41 – 60 ปี	84	44.0
61 ปีขึ้นไป	2	1.0
สถานภาพ		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	118	61.8
สมรส	73	38.2
การศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	10.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	50	26.2
อนุปริญญา/ปวส	21	11.0
ปริญญาตรี	68	35.6
สูงกว่าปริญญาตรี	32	16.7
ลักษณะงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	49	25.7
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	69	36.0
เจ้าหน้าที่สำนักงาน	45	23.6
อื่นๆ	28	14.7
ระยะเวลาการทำงาน (min = 6 เดือน, max = 39 ปี, median (IQR) = 10 (18) ปี)		
น้อยกว่า 5 ปี	51	26.7
5 - 10 ปี	53	27.7
11 - 20 ปี	33	17.3
21 - 30 ปี	38	19.9
31 - 40 ปี	16	8.4
จำนวนชั่วโมงในการทำงาน/วัน		
น้อยกว่าเท่ากับ 8 ชั่วโมง	144	75.4
มากกว่า 8 ชั่วโมง	47	24.6
เคยได้รับอุบัติเหตุที่หลัง		
เคย	42	22.0
ไม่เคย	149	78.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)		
ต่ำกว่ามาตรฐาน (< 18.5)	19	10.0
ปกติ (18.5 - 22.9)	65	34.0
สูงกว่ามาตรฐาน (> 23.0)	107	56.0
ประวัติการออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	71	37.1
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	105	55.0
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	15	7.9
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	166	86.9
สูบบุหรี่	25	13.1
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	147	77.0
ดื่มแอลกอฮอล์	44	23.0

จำนวน 217 คน และได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 191 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.9 อยู่ในช่วงอายุ 18 - 40 ปี ร้อยละ 55.0 อายุเฉลี่ย 40.5 ± 12.9 ปี สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 61.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35.6 โดยมีลักษณะงานโดยส่วนใหญ่เป็นพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 36.0 มีอายุงานอยู่ในช่วง 5 - 10 ปี ร้อยละ 27.7 และมีค่ามัธยฐานของอายุงานเป็น 10 ปี มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวัน 8 ชั่วโมง ร้อยละ 66.0 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่หลัง ร้อยละ 78.0 อีกทั้งมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สูงกว่ามาตรฐาน (มากกว่า 23.0 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 56.0 และออกกำลังกาย 1 - 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 55.0 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.9 และไม่ใช่

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.0

ข้อมูลการปวดหลังส่วนล่าง

จากตารางที่ 2 พบว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 67.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดหลังโดยส่วนใหญ่จะปวดในขณะที่ทำงาน ร้อยละ 71.3 และมีระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 80.6

ข้อมูลลักษณะท่าทางในการทำงาน

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องยกของหนัก ร้อยละ 64.9 และมีค่ามัธยฐานของน้ำหนักของที่ยกเป็น 15 กิโลกรัม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ลาก/ดึงของหนัก ร้อยละ 63.9 มีอิริยาบถในการทำงานในลักษณะยืนทำงาน ร้อยละ 42.9 มีการเอี้ยวหรือบิดตัวในการทำงาน ร้อยละ 53.9 มีการก้มขณะทำงาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลอาการปวดหลังส่วนล่างในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191)

ข้อมูลอาการปวดหลัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ปวดหลัง	62	32.5
ปวดหลัง	129	67.5
ช่วงเวลาที่มีอาการปวด		
ขณะทำงาน	92	71.3
หลังเลิกงาน	32	24.8
ตื่นนอน	5	3.9
ระดับความรุนแรงของอาการปวดหลัง		
ระดับเล็กน้อย	104	80.6
ระดับปานกลาง	20	15.5
ระดับมาก	5	3.9

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะท่าทางในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191)

ลักษณะท่าทางในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การยกของหนัก		
ไม่ยกของหนัก	67	35.1
ยกของหนัก	124	64.9
น้อยกว่าเท่ากับ 25 กิโลกรัม	90	72.6
มากกว่า 25 กิโลกรัม	34	27.4
min = 1 กิโลกรัม, max =100 กิโลกรัม, median (IQR) = 10 (25) กิโลกรัม		
การลาก/ดึงของหนัก		
ไม่มีการลาก/ดึงของหนัก	122	63.9
มีการลาก/ดึงของหนัก	69	36.1
น้อยกว่าเท่ากับ 25 กิโลกรัม	58	84.1
มากกว่า 25 กิโลกรัม	11	15.9
min = 5 กิโลกรัม, max =100 กิโลกรัม, median (IQR) = 15 (10) กิโลกรัม		
อิริยาบถในการทำงาน		
ยืนทำงาน	82	42.9
ยืนสลับนั่งทำงาน	36	18.8
นั่งทำงานบนเก้าอี้	73	38.2
การเอี้ยวหรือบิดตัวในการทำงาน		
ไม่ต้องเอี้ยวหรือบิดตัว	88	46.1
ต้องเอี้ยวหรือบิดตัว	103	53.9

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะท่าทางในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191) (ต่อ)

ลักษณะท่าทางในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การก้มขณะทำงาน		
ไม่มีการก้มขณะทำงาน	88	46.1
มีการก้มขณะทำงาน	103	53.9
ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ		
ไม่มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ	92	48.2
มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ	99	51.8

ตารางที่ 4 ข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191)

สภาพแวดล้อมในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสูงของโต๊ะทำงาน		
เหมาะสม	93	48.7
ไม่เหมาะสม	69	36.1
ไม่ทำงานบนโต๊ะทำงาน	29	15.2
เนื้อที่สำหรับทำงาน		
เหมาะสม	94	49.2
ไม่เหมาะสม	97	50.8
ความสูงของเก้าอี้		
เหมาะสม	117	61.3
ไม่เหมาะสม	51	26.7
ไม่ทำงานบนเก้าอี้	23	12.0
พนักงานเก้าอี้		
เก้าอี้ทำงานมีพนักงาน	150	78.5
เก้าอี้ทำงานไม่มีพนักงาน	41	21.5
อุปกรณ์ช่วยผ่อนแรง		
มี	128	67.0
ไม่มี	63	33.0

ร้อยละ 53.9 และมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ร้อยละ 51.8

ข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงาน
จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเนื้อที่ในการทำงานไม่เหมาะสม ร้อยละ 50.8 มีความสูงของโต๊ะไม่เหมาะสม

ร้อยละ 36.1 และไม่ทำงานบนโต๊ะทำงาน ร้อยละ 15.2 มีความสูงของเก้าอี้ไม่เหมาะสม ร้อยละ 26.7 และเก้าอี้ไม่มีพนักงาน ร้อยละ 21.5 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีอุปกรณ์ช่วยผ่อนแรง ร้อยละ 33.0

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัย	อาการปวดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา				p-value
	ไม่ปวด (n = 62)		ปวด (n = 129)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	35	39.8	53	60.2	0.046*
หญิง	27	26.2	76	73.8	
การยกของหนัก					
ไม่ต้องยกของหนัก	38	56.7	29	43.3	< 0.001*
ยกของหนัก	24	19.4	100	80.6	
ลากของหนัก					
ไม่มีการลาก/ดึงของหนัก	47	38.5	75	61.5	0.017*
มีการลาก/ดึงของหนัก	15	21.7	54	78.3	
อิริยาบถในการทำงาน					
ยืนทำงาน	22	26.8	60	73.2	< 0.027*
นั่งทำงานบนเก้าอี้	32	43.8	41	56.2	
ยืนสลับนั่งทำงาน	8	22.2	28	77.8	
การเอี้ยวหรือบิดตัวในการทำงาน					
ไม่ต้องเอี้ยวหรือบิดตัว	46	52.3	42	47.7	< 0.001*
ต้องเอี้ยวหรือบิดตัว	16	15.5	87	84.5	
การก้มขณะทำงาน					
ไม่ต้องก้มขณะทำงาน	46	52.3	42	47.7	< 0.001*
ต้องก้มขณะทำงาน	16	15.5	87	84.5	
ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ					
ไม่มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ	44	47.8	48	52.2	< 0.001*
มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ	18	18.2	81	81.8	
พนักงานเก้าอี้					
เก้าอี้ทำงานมีพนักงาน	43	28.7	107	71.3	0.032*
เก้าอี้ทำงานไม่มีพนักงาน	19	46.3	22	53.7	
จำนวนชั่วโมงในการทำงาน					
น้อยกว่าเท่ากับ 8 ชั่วโมง	41	28.5	103	71.5	0.039*
มากกว่า 8 ชั่วโมง	21	44.7	26	55.3	

*p-value < 0.05, chi-square test

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง

จากตารางที่ 5 อาการปวดหลังส่วนล่าง

มีความสัมพันธ์กับเพศ การลาก/ดึงของหนัก อิริยาบถในการทำงานและเก้าอี้ทำงานมีพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

รวมถึงการยกของหนัก การเอี้ยวหรือบิดตัวในการทำงาน การก้มขณะทำงาน ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาการปวดหลังส่วนล่าง

จากตารางที่ 6 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การยกของหนัก ($OR = 10.13$, $95\% CI = 4.14, 24.80$) และการก้มขณะทำงาน ($OR = 4.71$, $95\% CI = 2.07, 10.68$) เก้าอี้ทำงานไม่มีพนักพิง ($OR = 0.11$, $95\% CI = 0.04, 0.31$) ลักษณะงานที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ($OR = 3.22$, $95\% CI = 1.45, 7.19$)

อภิปราย

จากการศึกษาพบว่าความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คิดเป็นร้อยละ 67.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธา วงศ์ษา⁷ ที่ศึกษาความชุกของอาการปวดหลังของ

บุคลากรโรงพยาบาลพะเยา พบความชุกของอาการปวดหลัง คิดเป็นร้อยละ 71.76 อธิบายได้ว่าการทำงานในโรงพยาบาลมีลักษณะท่าทางในการทำงานคล้ายคลึงกัน เช่น การทำงานในท่าก้ม-เงย การทำงานในท่าบิดหมุนลำตัว การยกของหนัก รวมถึงการทำงานในท่ายืนหรือนั่งนานๆ การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ซึ่งลักษณะท่าทางดังกล่าวอาจส่งผลให้เอ็นกล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวและอ่อนล้า ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่หลังได้ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง¹²

การยกของหนัก เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ แก้วดวงดี และคณะ¹³ พบว่าการยกของหนัก เป็นปัจจัยทำนายอาการปวดหลังส่วนล่าง สามารถอธิบายได้ว่าขณะที่ก้มด้วยก้นจะเกิดแรงเฉือนทางด้านหน้าต่อหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่หลังได้¹⁴ อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าการยกของที่มีน้ำหนักมากกว่า 25 กิโลกรัม จะเพิ่มโอกาสเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างถึงร้อยละ 4.32¹⁵

ท่าทางในการทำงานในลักษณะก้ม-

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาการปวดหลังส่วนล่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัย ^a	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
ลักษณะท่าทางในการทำงาน		
ยกของหนัก	5.46 (2.83, 10.53)*	10.13 (4.14, 24.80)*
ต้องก้มขณะทำงาน	5.96 (3.02, 11.73)*	4.71 (2.07, 10.68)*
ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ	4.12 (2.14, 7.93)*	3.22 (1.45, 7.19)*
สภาพแวดล้อมในการทำงาน		
เก้าอี้ทำงานไม่มีพนักพิง	0.47 (0.23, 0.95)*	0.11 (0.04, 0.31)*

* $p\text{-value} < 0.05$, logistic regression

^a ตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ คือ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในการทดสอบสถิติไคสแควร์ ได้แก่ เพศ จำนวนชั่วโมงในการทำงาน การลา/ดิ่งของหนัก อิริยาบถในการทำงานและเก้าอี้ทำงานมีพนักพิง การยกของหนัก การเอี้ยวหรือบิดตัวในการทำงาน การก้มขณะทำงาน ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ

เงย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซิลดา วงศ์ยา⁷ สามารถอธิบายได้ว่าการก้มหลังที่มากกว่า 30 องศา จะเพิ่มแรงดันที่หมอนรองกระดูกสันหลัง ดังนั้นหากมีการก้มตัวบ่อยๆ อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บที่หมอนรองกระดูกสันหลังได้ เป็นสาเหตุให้มีอาการปวดหลังส่วนล่าง^{14,16}

การเคลื่อนไหวซ้ำๆ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johan ที่พบว่า การเคลื่อนไหวซ้ำๆ มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง¹⁷⁻¹⁸ สามารถอธิบายได้ว่าการเคลื่อนไหวซ้ำๆ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บสะสมได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อมีระยะพักฟื้น ไม่เพียงพอ

เก้าอี้ทำงานไม่มีพนักพิง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ตัน เตชะกมลสุข และคณะ¹⁹ ที่พบว่าเก้าอี้ทำงานไม่มีพนักพิง มีความสัมพันธ์กับอาการปวด/ปวดเมื่อยของส่วนต่างๆ ของร่างกาย¹⁹ สามารถอธิบายได้ว่าการนั่งโดยไม่มีพนักพิงเก้าอี้จะทำให้เกิดแรงดันในกล้ามเนื้อหลังและมีแรงกดที่หมอนรองกระดูกมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของหลังได้²⁰⁻²¹ อีกทั้งเก้าอี้ที่มีพนักพิงจะลดแรงที่มากกระทำกับกระดูกสันหลังระดับเอวขณะนั่งและลดการทำงานของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้ อีกทั้งช่วยปรับกระดูกสันหลังให้อยู่ในระดับปกติ²²

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ศึกษาในบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในสถาบันฯ ซึ่งอาจมีลักษณะท่าทางการทำงานแตกต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สำนักงาน มีลักษณะงานที่แตกต่างจากพนักงานช่วยเหลือ

คนไข้ ดังนั้นการศึกษาลำดับต่อไปควรทำการศึกษาในวิชาชีพที่มีลักษณะงานที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา จึงบอกได้เพียงแค่ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่าง และปัจจัยที่สัมพันธ์เท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และเป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในรอบ 1 สัปดาห์เท่านั้น ในการศึกษาต่อไปอาจทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในรอบ 1 ปีด้วย และหาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ทำให้ต้องขาดงาน เพื่อหาแนวทางในการป้องกันต่อไป

สรุป

ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 67.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง คือ การยกของหนัก ต้องก้มขณะทำงาน ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เก้าอี้ทำงานไม่มีพนักพิง ผลที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในการวางแผนป้องกันการบาดเจ็บของบุคลากร โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะท่าทางในการทำงานที่เหมาะสม เช่น วิธีการที่ถูกต้องในการยกของ เป็นต้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์และจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยในการผ่อนแรงให้เหมาะสมกับการทำงานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. นงลักษณ์ ทศทิศ, รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, วิชัย อึ้งพินิจวงศ์, พรรณี ปิงสุวรรณ, ทิพาพร กาญจนราช. ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มอาชีพตัดเย็บ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข 2554; 11(2): 47-54.
2. จูติรัตน์ จงอัจฉริย. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรในโรงพยาบาล. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 7(2): 165-73.
3. สุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์. บทบาทแพทย์รามาโตโลจิสต์ต่ออาการปวดหลัง. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
4. David R, Dinesh K, Paul N, John S, Genevieve N. Associations between low back pain and depression and somatization in a Canadian emerging adult population. J Can Chiropr Assoc 2017; 61(2): 96-105.
5. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. BMC Musculoskelet Disord 2016; 17(1): 447.
6. Bernard C, Courouve L, Bouee S, Adjemian A, Chretien JC, Niedhammer I. Biomechanical and psychosocial work exposures and musculoskeletal symptoms among vineyard workers. J Occup Health 2011; 53(5): 297-311.
7. สิลดา วงศ์ศา. ความชุกอาการปวดหลังของบุคลากรโรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2555; 4(2): 35-42.
8. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. J Electromyogr Kinesiol 2003; 14(1): 13-23.
9. Bejia I, Younes M, Jamila HB, Khalfalla T. Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. Joint Bone Spine 2005; 72: 254-9.
10. Wong T, Teo N, Kyaw M. Prevalence and risk factors associated with low back pain among health care providers in a district hospital. Malays Orthop J 2010; 4(2): 23-8.
11. สุรัชย์ แซ่จิ่ง, ทกมล หรรยวงค์, กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ออสเวสทรี ฉบับภาษาไทย ในการประเมินอาการในผู้ป่วยปวดหลัง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2545; 17(4): 247-53.
12. Park BC, Cheong HK, Kim EA, Kim SG. Risk factors of work-related upper extremity musculoskeletal disorders in male shipyard workers: structural equation model analysis. Saf Health Work 2010; 1(2): 124-33.
13. เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, วันทนา ศิริราชิวัตร. ความชุกและปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26(4): 317-24.
14. Mawston G, Boocock M. The effect of lumbar posture on spinal loading and the function of the erector spinae: Implications for exercise and vocational rehabilitation NZ J Physiother 2012; 40(3): 135-40.
15. Coenen P, Gouttebauge V, van der Burght AS, van Dieen JH, Frings-Dresen MH, van der Beek AJ, et al. The effect of lifting during work on low back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. Ann Occup Environ Med 2014; 71(12): 871-7.
16. Lotters F, Burdorf A, Kuiper J, Miedema H. Model for the work-relatedness of low-back pain. Scand J Work Environ Health 2003; 6: 431-40.
17. Heneweel H, Staes F, Aufdemkampe G, van Rijn M, Vanhees L. Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. Eur Spine J 2011; 20(6): 826-45.

18. Andersen JH, Haahr JP, Frost P. Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms: a two-year prospective study of a general working population. *Arthritis Rheum* 2007; 56(4): 1355-64.
19. คารารัตน์ เตชะกมลสุข. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด/ปวดเมื่อยของระบบกล้ามเนื้อกระดูก และข้อในคนงานโรงงานผลิตดัลปีเทปแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
20. Karunanayake A. Risk factors for chronic low back pain in adults. A case control study done in Sri Lanka. *J Pain Relief* 2014; 3(5): 162.
21. O’Keeffe M, Dankaerts W, O’Sullivan P, O’Sullivan L, O’Sullivan K. Specific flexion-related low back pain and sitting: Comparison of seated discomfort on two different chairs. *Ergonomics* 2013; 56(4): 650-8.
22. Makhsous M, Lin F, Bankard J, Hendrix RW, Hepler M, Press J. Biomechanical effects of sitting with adjustable ischial and lumbar support on occupational low back pain: evaluation of sitting load and back muscle activity. *BMC Musculoskeletal Disord* 2009; 10: 17.



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

จิตติวรดา แคนดา*, ทวีศักดิ์ กติผล**, ชฎาภา ประเสริฐทรง***

วันรับบทความ : 8 มีนาคม 2562
วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2562
วันตอบรับบทความ : 29 เมษายน 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษารอคอยเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ และกลุ่มควบคุมปฏิบัติงานการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือ โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบการเรียนรู้ การสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โมเดลชิปมา มาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ และประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 72 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที

ผล : คะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นเครื่องมือที่สำคัญสามารถเพิ่มความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความสามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และขยายขอบเขตการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ : โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลเวชปฏิบัติ

*นักศึกษานิเทศศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



THE EFFECT OF TRAINING PROGRAM ON SCHIZOPHRENIA PATIENTS' CARE FOR NURSE PRACTITIONERS

Thitivarada Canda, Taweesak Kasiphol**, Chadapa Prasertsong****

Received : March 8, 2019

Revised : April 22, 2019

Accepted : April 29, 2019

Abstract

Objective: To study the effect of training program on schizophrenic patients' care for nurse practitioners.

Material and Methods: This study was a quasi-experimental research, which had two groups pretest-post test experiment. The sample was thirty registered nurses who received four-month training on nurse practitioner curriculum (primary medical care) and worked at health promoting hospital in Buriram province. The sample was selected by simple random sampling. The experimental group received the schizophrenia care training program for nurse practitioner and the control group was an usual nursing care. The research instrument was Manual of training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners and was evaluated by seventy-two items schizophrenia knowledge test. The researcher applied the CIPPA model as a framework of teaching, which focused on student center, to the training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners. Data analysis were used by descriptive statistics such as mean, percentage and comparison of knowledge scores data used statistics such as t-test.

Results: The experimental group who participated in the schizophrenia patients' care training program had higher score on knowledge of schizophrenia patients' care than the control group with statistical significance. The experimental group had higher score on knowledge of schizophrenia patient care than before participating program with statistical significance.

Conclusion: The training program on schizophrenic patients' care for nurse practitioners can be an important tool for increasing the knowledge scores in psychiatric and community nursing. Also, this program had the potential in improving the quality of life for schizophrenia patients and caregivers.

Keywords: training program on schizophrenic patients' care, schizophrenia, nurse practitioners

*Graduate student, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

***Lecture, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

โรคจิตเภท พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ผู้ป่วย โรคจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2560 ตัวเลข การเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอกด้านจิตเวชเพิ่ม สูงถึง 1.5 ล้านคน¹ พบเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท มากที่สุดประมาณร้อยละ 60 ของกลุ่มโรคจิตเวช จะเห็นได้ว่าอัตราการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และ ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ² ในขณะที่ จำนวนบุคลากรสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นๆ มีจำนวนไม่ เพียงพอในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้าน

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2556 จำนวนของบุคลากรทางสุขภาพจิตยังมีน้อย และขาดแคลน พบว่ามีจิตแพทย์และพยาบาล จิตเวชทั่วประเทศเพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ ต้องมีตามมาตรฐาน³ จากผลสำรวจพบว่าผู้ป่วย โรคจิตเวชทั่วประเทศมีประมาณ 6 แสนคน เข้าถึงบริการรักษามากกว่าเดิมถึงเท่าตัว ปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 70 โดยจิตแพทย์ทั้งประเทศมี เพียง 675 คน ซึ่งต่ำกว่าจำนวนที่น่าจะเป็นคือ 1,319 คน ถัดมาอัตราเฉลี่ยจิตแพทย์ 2 คนต่อ ประชากร 1 แสนคน ส่วนจำนวนพยาบาลจิตเวช ปัจจุบันมีเพียง 3,422 คน ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่ง ต้องมีค่าเฉลี่ยพยาบาลจิตเวช 7.1 คนต่อประชากร 1 แสนคน ซึ่งยังไม่เพียงพอกับการขยายงาน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยเหตุนี้จึงต้องมึ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาขารวมทั้งด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช⁴ และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละอำเภอ ควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ควร

ได้รับการอบรม ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และพัฒนาความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ของพยาบาลเวชปฏิบัติ สำหรับพื้นที่ของ จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้สูงอายุ จำนวน 207,403 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 2,293 คน คนพิการทุกประเภท จำนวน 51,196 คน เป็น คนพิการกลุ่มติดเตียงหรือคนพิการ ที่จำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ จำนวน 2,547 คน และมีผู้ป่วย จิตเวช จำนวน 3,394 คน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพและฟื้นฟู สมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการพัฒนา และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของ พยาบาลเวชปฏิบัติ ในการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านการส่งเสริม และป้องกันสุขภาพจิต การคัดกรอง การประเมิน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มเสี่ยง การบำบัด รักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูจิตใจ การให้บริการ สุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง⁵ รวมถึงการช่วยเหลือ ด้านสังคมในชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โรคจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อกลับ เข้าชุมชน รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁶

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จัดทำ โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ⁷ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี รูปแบบการเรียนรู้การสอนที่ยึดผู้เรียนเป็น ศูนย์กลาง รูปแบบชิปปามาประยุกต์ใช้กับการ เรียนการสอน⁸ โดยมีลักษณะกิจกรรมการให้ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อมุ่งเน้นให้ พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย จิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การ มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งใน ครอบครัวและชุมชน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1 อำเภอ คือ อำเภอเมืองบุรีรัมย์มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน จำนวน 76 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และน่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรได้ โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ระยะ 3 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) บรรยายโดยผู้วิจัยและคณะ และกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องย่อยทั้งหมด 4 หน่วย ดังนี้ 1) กิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) แบบประเมินอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเภท และการแจ้งผล 4) บทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวชระดับปฐมภูมิ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ และประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีจำนวน 72 ข้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์ใช้ทฤษฎีรูปแบบการเรียนการสอนรูปแบบซิปปา เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้การจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม กระบวนการเรียนการสอนของรูปแบบซิปปา ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) การทบทวนความรู้เดิม 2) การแสวงหาความรู้ใหม่ 3) การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูล/ความรู้ใหม่ และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม 4) การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม 5) การสรุปและจัดระเบียบความรู้ 6) การปฏิบัติและ/หรือการแสดงผลงาน 7) การประยุกต์ใช้ความรู้⁶

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้ใหญ่ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหานำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ตามกระบวนการฝึกอบรมโดยมีขั้นตอนตามโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรม (Pre-test) และทดสอบภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการฝึกอบรม (Post-Test) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในกลุ่มควบคุม โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท (Pre - test) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการพยาบาลในการปฏิบัติงานงานตามปกติ ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post - test) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังตารางที่ 1

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้เรื่องดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี ร้อยละ 80.0 มีอายุราชการ 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 73.3 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 80.0 สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี ร้อยละ 73.3 มีอายุราชการ 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 53.3 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 73.3 ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ตารางที่ 1 แบบแผนการวิจัย

Pretest	Treatment	Posttest
G1 P1	PPP	G1 P2
G2 P1	X	G2 P2

คัดแปลงจาก : (ธวัชชัย วรพงศธร, 2543)⁹

G1 แทน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

G2 แทน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

P1 แทน การทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

P2 แทน การทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

PPP แทน โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

X แทน ไม่มีโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ

ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับกลุ่มควบคุม มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ก่อนและหลังปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และภายหลังการปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มควบคุม

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

อภิปราย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยในกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองและภายหลังการปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	15	100.0	13	86.7
ชาย	0	0.0	2	13.3
อายุ				
25 - 35 ปี	12	80.0	11	73.3
มากกว่า 36 ปี	3	20.0	4	26.7
อายุราชการ				
5 - 10 ปี	4	26.7	7	46.7
มากกว่า 10 ปี	11	73.3	8	53.3
ตำแหน่ง				
ระดับผู้ปฏิบัติงาน	12	80.0	11	73.3
ระดับหัวหน้างาน	3	20.0	4	26.7

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง		Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	46.10	4.94	-8.75	<0.001*
	หลังการทดลอง	62.10	5.71		
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	45.90	4.42	-1.86	0.083
	หลังการทดลอง	47.10	4.42		

*p-value < 0.05, t-test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โปรแกรม	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		t	p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D		
แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	62.10	5.71	47.1	4.42	8.05	<0.001*

*p-value < 0.05, t-test

และพบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานตามปกติ ในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรม การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีผลทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัวลอย แสนละมุล และปัดพงษ์ เกษมสมบูรณ์ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

แล้วมีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และสามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลได้¹⁰ สอดคล้องกับอณิมา จันทรแสน ที่ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ภายหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา และความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ภายหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹¹ จึงเป็นผลที่สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์)⁶ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ และจากการเรียนรู้ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อีกทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติยังสามารถนำไปประกอบการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิได้จริง

สรุป

โปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในกลุ่มทดลองก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติก่อนและภายหลังปฏิบัติงานตามปกติของพยาบาลเวชปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นเครื่องมือที่สำคัญสามารถเพิ่มความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาปรับใช้ให้เข้ากับบริบท

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพัฒนาศักยภาพตนเอง ให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติ มีความสามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และขยายขอบเขตการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำเสนอผลการศึกษาให้กับหน่วยงานสาธารณสุขของแต่ละอำเภอในจังหวัดบุรีรัมย์ หรือจังหวัดอื่น เพื่อนำเอาโปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติให้มีการเตรียมความพร้อมและมีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น มีการประเมินติดตามผล เมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปี 2560. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. รายงานประจำปี 2560 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2560.

3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2556. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2556.
4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิทยากรหลักสูตร การเข้าถึง บริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
5. สภาการพยาบาล. ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์; 2552.
6. กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึง บริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
7. Matsuda M, Kono A. Development and valuation of a psychoeducation practitioner training program (PPTP). Arch Psychiatr Nurs 2015; 201(29): 195-256.
8. ทศนา แคมมณี. การจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบ ชิปปาโมเดล (Cippa Model). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาคุณภาพวิชาการ; 2548.
9. ชวิชัย วรพงษ์ธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2543.
10. บัวลอย แสนละมุล, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์. ผลของ โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2557; 2(1): 28-9.
11. อณิมา จันทรแสน. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวยุคต่อความรุนแรงของอาการทางจิตใน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.



บทความฟื้นฟูวิชาการ (REVIEW ARTICLE)

การใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่ออาการ ด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท: บทความฟื้นฟูวิชาการ

คุณหญิง อุดมอิทธิพงศ์*, อรรถกร สอนขันธ์**,
กฤตณัย แก้วศศ***, เกษรมาศ อยู่อิน***

วันรับบทความ : 9 พฤศจิกายน 2561
วันแก้ไขบทความ : 21 กุมภาพันธ์ 2562
วันตอบรับบทความ : 5 มีนาคม 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่ออาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ : สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ได้แก่ ตำรา หนังสือ วารสาร และบทความวิชาการที่ถูกตีพิมพ์ ผ่าน PubMed, google, Web of Science ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้คำสำคัญในการค้นหา ได้แก่ คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำ อาการด้านลบ และผู้ป่วยจิตเภท

ผล : พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่ออาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท 11 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยเชิงทดลอง 8 เรื่อง การวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัย 2 เรื่อง และทบทวนบทความ 1 เรื่อง จากงานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำเป็นทางเลือกหนึ่งของเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา พบผลการศึกษาเปรียบเทียบกับการใช้การใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำ ให้ได้ผลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมต่อการรักษาอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ต้องใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำที่ความถี่ 10 Hz เป็นเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน กระตุ้นที่ตำแหน่ง dorsolateral prefrontal cortex และระยะเวลาของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ปี

สรุป : การใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำเป็นการรักษาอีกหนึ่งวิธีที่ปลอดภัย และมีประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบให้ดีขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในอนาคตควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อการรักษา

คำสำคัญ : คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำ โรคจิตเภท อาการด้านลบ

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**เภสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

***นักวิชาการศึกษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



THE USE OF REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION FOR NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA

*Dussadee Udomittipong**, *Orabhorn Suanchang***,
*Krittanaï Kaewyot****, *Keyunmart Yootin****

Received : November 9, 2018

Revised : February 21, 2019

Accepted : March 5, 2019

Abstract

Objective: To review the literature using repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on negative symptoms in schizophrenia.

Material and Methods: Literature review for this article was conducted via PubMed, google, Web of Science and other medical online-databases articles and textbooks including public articles both Thai and English language using. The search was carried out using the terms rTMS, repetitive transcranial magnetic stimulation, negative symptoms and schizophrenia.

Results: Eleven studies based on rTMS for negative symptoms in schizophrenia (eight experimental studies, two meta-analysis, and one review article) met eligibility criteria. These findings indicated that active rTMS was considered an effective, safe and well-tolerated treatment option. High-frequency of 10 Hz setting applied over the left dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC), at least 3 consecutive weeks of treatment and using 8 years as a cutoff for duration of illness were found to be better than sham rTMS in alleviating negative symptoms of schizophrenia.

Conclusion: rTMS was considered another useful and safe treatment which was able to improve negative symptoms of schizophrenia. This review article suggested the need for future studies with larger sample sizes and other factors affecting treatment.

Keywords: repetitive transcranial magnetic stimulation, schizophrenia, negative symptoms

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Pharmacist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

***Education officer, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดมีทั้งความรุนแรงและเรื้อรัง ความเจ็บป่วยของโรคนำไปสู่ความพิการหรือการไร้ความสามารถที่มากขึ้นและมีผลในระยะยาว¹ พบความชุกของโรคจิตเภทพบได้ในประชากรทั่วไปร้อยละ 1 - 1.5 อุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก² สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย จากข้อมูลกรมสุขภาพจิตพบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด³ กลุ่มอาการของโรคจิตเภทจะแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ในระหว่างนั้น ระยะแรกของการดำเนินโรคในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ ไม่พูด พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ⁴

สำหรับอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้รับการถูกค้นพบว่าเป็นตัวทำนายที่สำคัญของโรคจิตเภท⁵ กลุ่มอาการด้านลบโรคจิตเภทเป็นอาการที่แสดงถึงการไม่ทำหน้าที่หรือทำหน้าที่ลดลงนั้น ซึ่งหน้าที่นี้ได้เคยมีอยู่ในระยะ

ก่อนเกิดโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการในกลุ่มนี้ได้แก่ สิ้นน้ำอารมณ์เฉยเมย (blunting of affect) ชีวิตไม่มีจุดหมาย หดความกระตือรือร้นในชีวิต (avolition) ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร (lack of socialization) ไม่พูดหรือพูดน้อย (alogia) ไม่ยินดีในร่ำรวย (anhedonia)⁶ โดยทั่วไปความรุนแรงของอาการทางลบของโรคจิตเภทมีการคาดการณ์ว่าส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมแย่ลง ส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และโดยทั่วไปพบว่าผลของการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทแย่งด้วยเช่นกัน⁷ รวมทั้งพบว่ามีผลต่อการทำงานของสมองทำให้พุทธิปัญญาหรือ cognitive function บกพร่องแล้ว ยังส่งผลต่อภาระในการดูแล คุณภาพชีวิต และภาระหนักของครอบครัว⁸ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจ

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการใช้วิธีรักษาหลายวิธีผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาด้วยจิตสังคม⁴ การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ส่วนใหญ่ในปัจจุบันพบว่ายังได้ผลไม่เป็นที่พึงพอใจมีข้อจำกัดของยาด้านโรคจิต⁸⁻¹⁰ กลุ่มอาการด้านลบและความบกพร่องทางพุทธิปัญญามักไม่ตอบสนองต่อการรักษา นอกจากนี้ยังพบผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในการรักษาด้วยการใช้ยาด้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติตัว ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย¹¹ แต่สำหรับในส่วนการบำบัดแบบ adjunctive therapy ด้วยการเสริมยา ก็ถูกนำมาใช้เพียงเพื่อบรรเทาอาการด้านลบ และประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ adjunctive therapy ก็ไม่ได้เป็น

ที่น่าพอใจ^{9,11-12} สำหรับช่วงเวลาของการค้นพบยาต้านโรคจิต (antipsychotic medications) จะเป็นความหวังในการรักษาอาการด้านลบ ที่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมเพื่อให้ได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพยังไม่มีการค้นพบวิธีการที่ดีพอที่จะช่วยรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ทุกข์ทรมานจากโรคให้ดีขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาว¹³ ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)⁴ เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำผ่านสมองบริเวณที่กำหนด เพื่อให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัวใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ยาร่วมกับการรักษาด้วย ECT การรักษาด้านจิตสังคมการทำจิตบำบัด (psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling) และกลุ่มบำบัด (therapeutic groups)⁴

นอกจากนี้มีทางเลือกหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาและใช้ในการตรวจประเมินผู้ป่วยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เพื่อรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยคลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมอง (Transcranial magnetic stimulation: TMS)^{11,15} เป็นนวัตกรรมที่มีบทบาทสำคัญในเชิงรักษา (therapeutic intervention) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบด้วยคลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำและนำวิธีการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองพัฒนาไปสู่การวินิจฉัยทางคลินิกและการตรวจเพื่อพยากรณ์โรค¹⁴ คุณสมบัติพื้นฐานของการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมอง คือ เพื่อกระตุ้นสมองส่วน spinal root, cranial nerves และ peripheral nerves และพบว่ามีความปลอดภัย ไม่ทำให้ผู้ถูกทดสอบเจ็บปวด รวมทั้งไม่มีการรุกรานเข้าไปภายในอวัยวะ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ใน 3 แก่นมที่สำคัญ ได้แก่ ใช้เป็นเครื่องมือวิจัยพื้นฐานทางประสาทวิทยาศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคทางระบบประสาท และที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน คือ การมีบทบาทการรักษาโรคทางระบบจิตประสาท มีหลักการสำคัญการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมอง คือมีการทำงานของกระแสไฟฟ้าที่ไหลผ่านขดลวด ทำให้เกิดสนามแม่เหล็กผ่านตัวกลางที่มีคุณสมบัติเหนี่ยวนำคือเซลล์ประสาทที่เป็นเสมือนขดลวดเหนี่ยวนำที่สมองทำให้เกิดกระแสไฟฟ้าไหลเวียนภายในสมองได้โดยไม่ต้องผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าสู่สมองโดยตรง และทิศทางของคลื่นเป็นไปในแนวราบ (horizontal) การกระตุ้นของใยประสาทเป็นไปตามแนวยาว ซึ่งทำให้เกิด depolarization ผ่านตลอดเยื่อหุ้มเซลล์ ส่วนความสามารถในการทำให้เกิด depolarization ของเซลล์ประสาทขึ้นกับหน้าที่การกระตุ้น (activating function) ซึ่งจะส่งผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ไปตามเส้นประสาท และหากมีการหักหรือองของเส้นประสาท กระแสคลื่นก็ยังคงเป็นไปได้ด้วยดี

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เกี่ยวกับการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำ (repetitive transcranial magnetic stimulation: rTMS)¹⁴ ในการรักษาอาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ rTMS คือเป็นการให้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ากระตุ้นซ้ำๆ ทำให้เกิดผลที่นานกว่าการกระตุ้นครั้งเดียวหรือสองครั้ง กลไกการออกฤทธิ์นั้นยังอยู่ในระหว่างการศึกษา มีรายงานว่า rTMS ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรประสาทและลดการทำงานของระบบ hypothalamic pituitary adrenocortical การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะมาจากการปรับเปลี่ยนการทำงานของ

ของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) /การหลั่งสารควบคุมประสาท (neuromodulator) การเปลี่ยนแปลงของจุดประสานประสาท (transsynaptic efficiency, signaling pathways) และการถอดรหัสของยีน (gene transcription) กลไกการออกฤทธิ์ในการปรับเปลี่ยนการกระตุ้นส่วนผิวสมอง (cortical excitability) จาก rTMS ยังคงไม่ทราบแน่ชัด แต่กลไกที่น่าจะเป็นไปได้ในการใช้ rTMS ความถี่สูง คือการทำให้เกิดกระบวนการเสริมกำลังการส่งสัญญาณในระยะยาว (long term potentiation) ของจุดประสานประสาทเปลือกสมอง (cortical synapse) ส่วนกลไกที่น่าจะเป็นไปได้ในการใช้ rTMS ความถี่ต่ำ คือการทำให้เกิดการกดการทำงานของจุดประสานประสาทเปลือกสมอง และจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการปรับเปลี่ยนสารสื่อประสาทและเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีน ผลดังกล่าวอาจส่งผลให้การกระตุ้นของ rTMS ในห้อยู่นาน มีหลายการศึกษาในมนุษย์ที่ใช้ rTMS ร่วมกับ functional neuroimaging สามารถตรวจสอบผลของ rTMS ได้ว่าความถี่ต่ำจะไปลดการไหลของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) และเมตาบอลิซึมของสมอง ส่วน rTMS ความถี่สูงจะไปเพิ่มการไหลของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและเมตาบอลิซึมของสมอง แต่อย่างไรก็ตามการใช้ rTMS ร่วมกับการสร้างภาพการทำงานของสมอง (functional neuroimaging) เป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากที่สุดในการศึกษาการเชื่อมโยงกันทางหน้าที่ของระบบประสาท (functional connectivity) ในสมองของมนุษย์ และยิ่งไปกว่านั้นการใช้ rTMS ร่วมกับการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ที่ใช้ศึกษาการทำงานของอวัยวะเป้าหมายที่ต้องการ

ที่ต้องการ โดยอาศัยการถ่ายภาพการกระจายตัวของสารกัมมันตรังสีที่แตกตัวให้โพสิตรอน (PET) หรือ magnetic resonance spectroscopy อาจกลายเป็นนวัตกรรมที่สามารถใช้ตรวจหน้าที่ของสารเคมีในระบบประสาทในคนปกติและในผู้ป่วยได้ ข้อห้ามในการรักษาด้วย TMS¹⁴⁻¹⁵ กรณีที่มีโลหะในศีรษะหรือชิ้นส่วนแม่เหล็กผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pace maker) หรือเครื่องมือที่ฝังอยู่ในร่างกาย อธิบายได้ว่าสนามแม่เหล็กสามารถเหนี่ยวนำวัตถุที่เป็นโลหะ เช่น เศษผ้าตัดหลอดเลือดสมองโป่งพอง และใช้อุปกรณ์หนีบหลอดเลือด หรือตามร่างกาย ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงกระทำต่อโครงสร้างสมองโดยรอบวัตถุนั้นได้ และสนามแม่เหล็กดังกล่าวนี้จะรบกวนการทำงานของวงจรไฟฟ้าของเครื่องเหล่านั้นได้ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณหนังศีรษะ เวียนศีรษะ รู้สึกอ่อนเพลีย และผู้ป่วยที่มีประวัติหรือความเสี่ยงของการชัก

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ถึงความสำคัญในการการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นด้วยพลังงานแม่เหล็กผ่านกะโหลกศีรษะแบบซ้ำต่ออาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นวิธีการที่จะนำมาสนับสนุนและหาวิธีการให้กับผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบให้มีทางเลือกเพิ่มขึ้นและให้ได้ข้อมูลทางวิชาการที่วางแผนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การทบทวนวรรณกรรมได้จากการสืบค้นวรรณกรรมในระหว่างปี ค.ศ.1999 - 2017 โดยกำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ คือ repetitive

transcranial magnetic stimulation, schizophrenia, negative symptom และภาษาไทย คือ พลังงานแม่เหล็กผ่านกะโหลกศีรษะแบบซ้ำอาการด้านลบผู้ป่วยจิตเภท ใช้ฐานข้อมูล Pubmed และฐานข้อมูลโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS: Thai Library Integrated System) พบวรรณกรรม 40 เรื่อง เมื่อคัดการศึกษาและพิจารณาคัดเลือกลงตามความครอบคลุมขอบเขตเนื้อหาเพียง 11 เรื่อง ประกอบด้วย ทบทวนบทความ 1 เรื่อง การวิเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัย 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 8 เรื่อง ที่มีลักษณะการศึกษานำร่องเชิงทดลอง 1 เรื่อง การศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง 1 เรื่อง การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มแบบปกปิดสองทางและมีกลุ่มควบคุม 6 เรื่อง

ผล

ผลการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่อการรักษาอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมบทความของ Khurshid และ Janicak¹⁶ ได้ตรวจสอบผลการทดลองหลายฉบับเพื่อประเมินประโยชน์ของ TMS สำหรับโรคจิตเภทและความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้อง พบว่าถึงแม้การศึกษาบางฉบับจะสนับสนุนประสิทธิผลการใช้ TMS สำหรับอาการทางจิต แต่หลักฐานส่วนใหญ่ก็ขัดแย้งกันและไม่มีการศึกษาเพียงอย่างเดียวให้หลักฐานชัดเจนสำหรับ TMS ที่เป็นตัวหลักในการรักษาความผิดปกติเหล่านี้ ในปัจจุบันแม้ว่าผลการศึกษาเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเภทในผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิผลมากขึ้น แต่ความเด่นชัดของหลักฐานไม่สนับสนุน

TMS ที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วยเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตามการใช้ TMS เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่จะให้มีการรักษาที่แตกต่างออกไปในการกำหนดเป้าหมายของอาการที่เฉพาะเจาะจงซึ่งอาจมีประโยชน์ต่อการรักษาได้ ผลการรักษา TMS ที่ได้ผลที่ดีและเด่นชัดมากที่สุด คือที่ตำแหน่ง temporoparietal cortex ต่ออาการ auditory hallucinations ในทำนองเดียวกันการกระตุ้นที่ตำแหน่ง DLPFC เป็นประโยชน์ในการรักษาอาการด้านลบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาทดลองเพิ่มเติมเพื่อหาแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการรักษา TMS ให้ได้มากที่สุด ในผู้ป่วยโรคจิตเภท¹⁷ Slotema และคณะ¹⁸ ศึกษาพบแนวโน้มสำหรับ TMS ที่ใช้ที่ตำแหน่ง DLPFC เพื่อรักษาอาการด้านลบเมื่อเทียบกับการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ผลที่ดีขึ้น การค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยแบบ meta-analysis ของ Freitas และคณะ¹⁹ ตรวจสอบการศึกษางานวิจัย 9 การทดลองรวมผู้ป่วยที่ใช้ในการทดลอง 213 ราย รายงานผลพบมีประโยชน์ต่อการรักษาอาการด้านลบ แต่ต้องมีขนาดของ TMS ที่ 10 Hz และใช้รักษาเป็นระยะเวลา มากกว่า 3 สัปดาห์

สำหรับความหมายของอาการด้านลบ คือ ความบกพร่องของกระบวนการคิดปกติและการตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งมักไม่ตอบสนองต่อยา antipsychotic อาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทนำไปสู่การลดคุณภาพชีวิต ลดความสามารถในการทำงานและเพิ่มภาระต่อผู้อื่นมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านบวก เนื่องจากการตอบสนองต่อยาที่ไม่ดี ดังนั้นการพัฒนารักษาแบบใหม่สำหรับการรักษาอาการด้านลบของโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญ rTMS จึงได้

ถูกนำเสนอในข้อสัญญาหนึ่งของการรักษาอาการด้านลบของโรคจิตเภท ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการทดลองหลายครั้งได้รายงานถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วย rTMS แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่ได้ก็ยังไม่สอดคล้องกัน²⁰ จึงเป็นที่มาของการทบทวนวรรณกรรมของผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาด้วยการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่ออาการด้านลบโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

มีการศึกษาครั้งแรกของ Cohen และคณะ ปี 1999²¹ เพื่อตรวจสอบผลการรักษาด้วย rTMS ความถี่สูง 20 เฮิร์ตซ์ นานครั้งละ 2 วินาที 5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตำแหน่ง PFC ด้านซ้าย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเด่นที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ประเมินโดยใช้เครื่องมือ The UKU Side Effects Rating Scale (UKU), The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ผลลัพธ์ที่ได้หลังจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับ rTMS พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการลดการกระทำในส่วนของ prefrontal cortex ในสมอง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาด้านการรับรู้ เช่น ปัญหาด้านความจำ และปัญหาด้านการตัดสินใจ (hypofrontality) อย่างไรก็ตามกลับพบอาการด้านลบกลับลดลงโดยรวม

Rollnik และคณะ²² ศึกษาแบบ double blind รูปแบบการวิจัยแบบ crossover ผลของ rTMS ความถี่สูงขนาด 20 Hz ที่ตำแหน่ง PFC ด้านซ้ายผู้ป่วยจิตเภท 12 ราย มีอาการด้านลบกระตุ้นทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินด้วย The brief psychiatric rating scale score (BPRS) พบค่าคะแนนการวัด BPRS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่คะแนนซึมเศร้าและวิตกกังวลไม่มีการเปลี่ยนแปลง

Hajak และคณะ²³ ศึกษา High-frequency rTMS แบบคู่ขนาน กลุ่มทดลองและควบคุมในผู้ป่วยจิตเภท 20 ราย ความถี่สูง 10 Hz ตำแหน่ง left DLPFC กระตุ้นวันละครั้ง เป็นเวลา 10 วัน ผลการศึกษาพบอาการด้านลบและอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและประเมินด้วยการสร้างภาพสมองเทคนิค ECD-SPECT (ethyl cysteinate dimer: ECD, single photon emission computed tomography: SPECT) พบว่าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองไม่มีการเปลี่ยนแปลง

Dlabac และคณะ²⁴ ศึกษาแบบ meta-analysis ของประสิทธิภาพของ rTMS ต่ออาการด้านลบในโรคจิตเภท 9 การทดลองแบบสุ่มเทียบกับกลุ่มหลอก ผู้ป่วยทั้งหมด 213 ราย พบขนาดผลค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (mean weighted effect size) อยู่ในช่วงขนาดเล็กถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อรวมการศึกษาที่ใช้ rTMS ความถี่ 10 เฮิร์ตซ์กระตุ้น จะพบขนาดของ mean weighted effect size เพิ่มขึ้นเป็น 0.63 (95%CI = 0.11, 1.15) และมีการศึกษาที่มีช่วงระยะเวลารักษามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์จะมี ขนาดผลค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักใหญ่กว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาที่มีช่วงระยะเวลาการรักษาที่สั้นกว่า ได้ค่า 95%CI = 0.19, 0.97 และ -0.3, 0.95 ตามลำดับ

Zhao และคณะ²⁵ ศึกษาแบบ randomized controlled trial เปรียบเทียบ rTMS 4 วิธี เพื่อรักษาอาการด้านลบเด่นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย สุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้รับ rTMS ที่แตกต่างกัน คือ rTMS ความถี่ 10 Hz, ความถี่ 20 Hz, theta burst stimulation (TBS) และกลุ่มที่ใช้การรักษาแบบหลอก (sham

intervention group) ในสามกลุ่มแรกที่กระตุ้นด้วย rTMS ที่ตำแหน่ง left DLPFC 5 ครั้ง/สัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยประเมิน PANSS scale, the scale for the assessment of negative symptoms (SANS) และ the treatment emergent symptom scale (TESS) วัดก่อนหลังการทดลอง พบว่าสามกลุ่มแรกมีคะแนนอาการด้านลบวัดด้วย PANSS และ SANS ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับ theta burst stimulation ลดลงอย่างเห็นได้ชัดกว่ากลุ่มที่ได้รับ rTMS ความถี่ 10 Hz และความถี่ 20 Hz อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการทดลองไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ผลการศึกษานี้สรุป rTMS เป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการด้านลบเด่น มีข้อเสนอแนะควรให้มีการศึกษาในระยะยาว และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากว่าการทดลองนี้เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เหมาะสมที่สุดในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา rTMS รวมทั้งต้องระบุลงไปด้วยการรักษาที่ใช้ rTMS ในการบำบัดรักษานั้นต้องชี้ชัดถึง เกณฑ์ข้อตกลง ระยะเวลา ความถี่ของการกระตุ้น เพื่อการรักษาที่ดีที่สุด และมีความเสี่ยงต่ำที่สุดต่อผู้ป่วย มีการอภิปรายความแตกต่างของการศึกษานี้ว่าแตกต่างจากการศึกษาของ Zheng และคณะ²⁶ ในการรักษาอาการด้านลบ พบว่าการให้ rTMS แบบ TBS ทำให้อาการด้านลบในผู้ป่วยชายลดลง แต่ rTMS ความถี่ 20 Hz ไม่ทำให้อาการด้านลบในผู้ป่วยลดลง และพบว่าการทดลองใช้เวลาแค่ 1 สัปดาห์ และไม่ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการด้านลบเด่นเข้ามาในการทดลอง การศึกษานี้สรุปได้ว่า rTMS ที่มีการกระตุ้นด้วย TBS เป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย

โรคจิตเภทที่มีอาการทางลบที่โดดเด่น

Wobrock และคณะ²⁷ ประเมินประสิทธิภาพของ rTMS ขนาด 10 Hz ที่ใช้กับตำแหน่ง DLPFC ด้านซ้าย ในการรักษาโรคจิตเภทที่มีอาการด้านลบเด่น ดำเนินการวิจัยสหสถาบันแบบสุ่ม มีกลุ่มหลอกเป็นกลุ่มควบคุมและปกปิดการทดลองทั้งสองทาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 175 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 76 ราย กระตุ้น rTMS ที่ความถี่ 10 Hz 5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และอีก 81 ราย ได้รับ sham rTMS หลังการทดลองไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แต่กลับไม่พบความแตกต่างของอาการด้านลบก่อนและหลังการทดลอง แม้ว่าจะพบการศึกษาอื่นที่กล่าวมาแล้วจะพบว่า rTMS ใช้ได้ผลดีในการรักษาอาการด้านลบก็ตาม

Prikryl และคณะ²⁸ ศึกษาผลของการกระตุ้นด้วย rTMS ต่อความรุนแรงของอาการด้านลบที่เฉพาะลงไปในแต่ละมิติได้แก่ ไม่สามารถแสดงสีหน้าหรืออารมณ์ได้ (affective blunting) คิดหรือพูดได้น้อยลง (alogia) มีอารมณ์เฉยเมยไร้อารมณ์ (apathy) ขาดความกระตือรือร้นเฉื่อยชา อยู่เฉยๆ (avolition) ไม่สามารถมีความรู้สึกยินดีหรือดีใจได้ (anhedonia) และเสียความสนใจ (impaired attention) ในผู้ป่วยจิตเภท 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 17 ราย ที่มีอาการด้านลบเด่นและได้ยา antipsychotic คงที่ มีการกระตุ้นด้วย rTMS 15 ครั้ง 5 ครั้ง/สัปดาห์ ด้วยความถี่ 10 Hz ตำแหน่ง left DLPFC ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินทุกมิติของอาการด้านลบด้วย SANS อย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ rTMS มีค่าคะแนนทั้งหมดและทุกมิติของอาการด้านลบ

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกโดเมนของอาการด้านลบของโรคจิตเภท แต่เมื่อปรับระดับแอลฟาด้วยวิธี Bonferroni พบว่าอาการคิดหรือพูดได้น้อยลง (alogia) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่า rTMS มีประสิทธิภาพต่อการรักษาความรุนแรงของอาการด้านลบร่วมกับ antipsychotic คือเป็นการช่วยเสริมการรักษาของยา antipsychotics ที่จะช่วยให้อาการด้านลบลดลง

Prikryl และคณะ²⁹ ศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมปกปิดสองทางเพื่อหาความชัดเจนว่าความถี่สูงของ rTMS 15 ครั้ง กระตุ้นที่ตำแหน่ง left DLPFC ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเด่นชัดแบบต่างๆ ไปและยังคงได้รับการรักษาด้วยยา antipsychotic ร่วมด้วย จำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง rTMS 11 คน และควบคุม 14 คน กระตุ้นที่ตำแหน่ง left DLPFC ความถี่กระตุ้นที่ 10 Hz ความเข้มของแรงกระตุ้นคือ 110% ได้รับ rTMS 15 ครั้ง ใน 15 วันทำการติดต่อกัน นานครั้งละ 10 - 30 วินาที การเพิ่มขึ้นของการได้รับ rTMS วัดด้วยแบบวัด PANSS และ SANS พบ rTMS ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบลดลงอย่างมาก สรุปคือผลการศึกษานี้สนับสนุนศักยภาพในการรักษาที่ดีขึ้นด้วย rTMS ที่ความถี่สูงสำหรับอาการด้านลบของโรคจิตเภท

Levkovitz และคณะ³⁰ ศึกษาวิจัยแบบสุ่ม ปกปิดสองทาง การกระตุ้นสมองด้วยสนามแม่เหล็กเฉพาะที่แบบลึก (deep transcranial magnetic stimulation: DTMS) ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเด่นของคะแนน PANSS มีค่าคะแนนอาการด้านลบมากกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน จำนวน 15 คน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ให้การบำบัดด้วย DTMS สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ติดตามผลหลังทำการทดลองและติดตามผลพบผลลัพธ์ที่ค่าคะแนน SANS และ PANSS อาการด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าคะแนน SANS ในระยะติดตามผลหลังทำการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงร้อยละ 16.82 และทุกมิติของอาการด้านลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นมิติของความคิดหรือพูดได้น้อยลง ในการอภิปรายผลการศึกษามีข้อเสนอแนะการศึกษาแบบสุ่ม ปกปิดสองทาง DTMS เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของ DTMS ในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่กว่านี้ แม้ผลความปลอดภัยจากการศึกษานี้ไม่มีการชักหรือปวดศีรษะ แต่เสนอแนะในการบันทึกคลื่นไฟฟ้าในสมอง (Electroencephalography :EEG) อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตขณะทำการรักษา เพื่อป้องกันผลข้างเคียงขณะทำการทดลอง รวมทั้งการชักประวัตินี้เกี่ยวกับระยะเวลาความเจ็บป่วยของโรค

Sayar และคณะ²⁰ ทบทวนวรรณกรรมการใช้ rTMS ต่ออาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีการใช้ rTMS ที่กระตุ้นด้วย ความถี่สูง ตำแหน่ง left DLPFC มีประโยชน์ในการบำบัดในการลดอาการด้านลบ มีข้อเสนอแนะโดยเฉพาะการวิจัยในอนาคตต้องมุ่งเน้นเกี่ยวกับประสิทธิภาพทางคลินิกของ rTMS เช่น การกระตุ้นด้วย theta burst stimulation

Chuan และคณะ³¹ ศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมานในการทบทวนผลการรักษาด้วย rTMS แบบสุ่ม ปกปิดสองทางต่ออาการด้านลบในโรคจิตเภทในหลายๆ ความถี่ คือ 1 Hz, 10 Hz, 15 Hz และ 20 Hz ระยะเวลาที่ใช้กระตุ้น ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป หรือได้รับการกระตุ้น 5 - 20 วัน

ของการศึกษาที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าแบบ meta-analysis 16 เรื่อง 348 คน ของผู้เข้าร่วมการทดลอง กระตุ้นที่ตำแหน่ง DLPFC ด้านซ้าย DLPFC ด้านขวา DLPFC ทั้งสองด้าน และตำแหน่ง PFC พบว่าผล rTMS ที่ความถี่ 10 Hz มีการกระตุ้นติดต่อกันอย่างน้อย 3 สัปดาห์ ที่ตำแหน่ง DLPFC ด้านซ้าย เป็นค่าตัวเลขที่ดีที่สุดการรักษอาการด้านลบในโรคจิตเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเด่นจะมีการตอบสนองต่อ rTMS ได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบที่น้อยกว่าเมื่อวัดที่ค่าบรรทัดฐาน นอกจากนี้มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความถี่กระตุ้น ตำแหน่งและความเข้มของการรักษาด้วย พบนี้สำคัญทางสถิติด้วยการใช้แบบประเมินอาการด้านลบ SANS และ PANSS พบว่าค่าขนาดของผล (effect size) การใช้แบบประเมิน SANS จะใหญ่กว่าการใช้แบบประเมิน PANSS อธิบายได้ว่าเนื่องจากจำนวนข้อของแบบสอบถาม SANS มีจำนวน 20 ข้อ และมีรายละเอียดมากกว่า ในขณะที่ PANSS จะมีข้อคำถามเพียง 7 ข้อ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระยะเจ็บป่วยยาวนานจะตอบสนองต่อการรักษาด้วย rTMS ที่ต่ำกว่า และพบว่าระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 8 ปี ไม่พบนี้สำคัญของการรักษาด้วย rTMS แต่กลับพบประสิทธิภาพของ rTMS ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรก อธิบายได้ถึงการยอมรับว่าอาการด้านลบในโรคจิตเภทอาจเกี่ยวข้องกับการขาดโดปามีน (dopamine) ที่ตำแหน่งส่วนหน้าของสมองส่วนหน้าผาก (prefrontal cortex) เยื่อหุ้มสมองส่วนหน้ารวมทั้งการลดการกระทำต่อส่วนของ prefrontal cortex ในสมอง (hypofrontality) มีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบ นำไปสู่ข้อ

สมมติฐานว่า rTMS ความถี่สูงที่ใช้ตรงกับตำแหน่ง prefrontal cortex ด้านซ้าย เป็นการรักษอาการด้านลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ rTMS อาจเพิ่มการกระตุ้นการทำงานของสมองเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการแสดงออกของ glutamic acid decarboxylase ซึ่งเป็นเอนไซม์สังเคราะห์การเกิด γ -aminobutyric acid (GABA) ในสมองทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ chloride channel เปิดยอมให้ chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิด hyperpolarization และยับยั้งการทำหน้าที่ของเซลล์ประสาทต่างๆ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการหลั่งโดปามีนออกมา ทำให้มีผลต่ออาการด้านลบลดลง ข้อจำกัดของการวิเคราะห์นี้มีหลายประการ คือ จำนวนทั้งหมดของการศึกษาที่นำมาทบทวนได้แก่ จำนวนการศึกษา และจำนวนผู้เข้าร่วมการทดลองค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาที่ใช้เครื่องมือ SANS เป็นตัววัดผลลัพธ์มีจำนวนน้อยคือมีเพียง 5 การศึกษาที่ใช้ SANS เพื่อประเมินอาการด้านลบของโรคจิตเภท และการศึกษาทั้งหมดไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี นอกจากนี้ควรนำเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ the schedule for the deficit syndrome (SDS), the 16-item negative symptoms assessment (NSA-16) scale และ the clinical assessment interview for negative symptoms (CAINS) มาหาค่าที่เหมาะสมที่สุดเพื่อตรวจจับการเปลี่ยนแปลงการประเมินอาการด้านลบ และควรประเมินการทำงานของระบบประสาท เช่น ความจำ (memory) ความตั้งใจ (attention) การบริหารจัดการ (executive function) มีผลต่อประสิทธิภาพของ rTMS ในการรักษา

สรุป

การกระตุ้นด้วยคลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ เป็นวิธีการที่ปลอดภัยและยังไม่พบผลข้างเคียงร้ายแรง พบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพดีต่อการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเภทต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ปี มีการใช้คลื่นกระตุ้นที่มีความถี่ขนาด 10 Hz ตำแหน่ง DLPFC ด้านซ้าย วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 15 ครั้งต่อการใช้เครื่องมือที่มีความไวต่อการวัดอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวประเมิน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [online]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [2016 June 29].
2. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005; 2: 413-33.
3. รัชตะ รัชตะนาวิน. ผู้ป่วยจิตเวชไทยพุ่งทะลุล้าน โรคจิตเภทสูงสุดกว่า 4 แสนราย วันสุขภาพจิตโลก 10 ตุลาคม 2557. [online]. Available from: <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000117185> [2016 June 30].
4. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์, 2546.
5. Shamsi S, Lau A, Lencz T, Burdick KE, DeRosse P, Brenner R, et al. Cognitive and symptomatic predictors of functional disability in schizophrenia. *Schizophr Res* 2011; 126(1-3): 257-64.
6. Hansbauer M, Wobrock T, Kunze B, Langguth B, Landgrebe M, Eichhammer P, et al. Efficacy of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on PANSS factors in schizophrenia with predominant negative symptoms – results from an exploratory re-analysis. *Psychiatry Res* 2018; 263: 22-9.
7. Cernovsky Z. Quality of life in persons with schizophrenia. *Ment Illn* 2017; 9(1): 7052.
8. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 schizophrenia PORT psycho-pharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bull* 2010; 36: 71-93.
9. Erhart SM, Marder SR, Carpenter WT. Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophrenia Bull* 2006; 32: 234-7.
10. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry*. 2009; 14: 429-47.
11. Graziano B, Kaskie RE, Ferrarelli F. Transcranial magnetic stimulation (TMS) as a treatment tool in schizophrenia: A review. *J Brain Neurol* 2017; 1(1): 14-23.
12. Moller HJ. Management of the negative symptoms of schizophrenia: new treatment options. *CNS Drugs* 2003; 17: 793-823.
13. Wang RZ, Zhang JX, Yuan W, Tang JS, Liu JT, Li X, et al. A study of insist and psychopathology vignettes in patients with schizophrenia. *Shandong Jing Shen Yi Xue* 2001; 14(4): 237-40.

14. การดี เอื้อวิญาแพทย์, รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ. การกระตุ้นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านกะโหลก. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2552; 24(3): 148-53.
15. Machii K, Cohen D, Ramos-Estebanez C, Pascual-Leone A. Safety of rTMS to non-motor cortical areas in healthy participants and patients. Clin Neurophysiol 2006; 117: 455-71.
16. Khurshid K, Janicak P. Other than depression: using transcranial magnetic stimulation. Psychiatr Ann 2005; 35(2): 147-58.
17. Becker JE, Maley C, Shultz E, Taylor WD. Update on transcranial magnetic stimulation for depression and other neuropsychiatric illnesses. Psychiatr Ann 2016 ; 46(11): 637-41.
18. Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, Sommer IE. Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. J Clin Psychiatry 2010; 71: 873-84.
19. Fitzgerald PB, Herring S, Hoy K, McQueen S, Segrave R, Kulkarni J, et al. A study of the effectiveness of bilateral transcranial magnetic stimulation in the treatment of the negative symptoms of schizophrenia. Brain Stimul 2008; 1(1): 27-32.
20. Sayar GH, Bulut H, Tarhan N. Use of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment of negative symptoms of schizophrenia. J Neurol Neurol Sci Disord 2015; 1(1): 017-021.
21. Cohen E, Bernardo M, Masana J, Arrufat FJ, Navarro V. Repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of chronic negative schizophrenia: a pilot study. J Neurol Neuro Surg Psychiatry 1999; 67: 129-30.
22. Rollnik JD, Huber TJ, Mogk H, Siggelkow S, Kropp S, Dengler R, et al. High frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) of the dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenic patients. Neuroreport 2000; 18(11): 4013-5.
23. Hajak G, Marienhagen J, Langguth B, Werner S, Binder H, Eichhammer P. High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in schizophrenia: a combined treatment and neuroimaging study. Psychol Med 2004; 34(7): 1157-63.
24. Dlabac-de Lange JJ, Knegtering R, Aleman A. Repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: review and meta-analysis. J Clin Psychiatry 2010; 71: 411-8.
25. Zhao S, Kong J, Li S, Tong Z, Chanjuan Y, Huaqing Z. Randomized controlled trial of four protocols of repetitive transcranial magnetic stimulation for treating the negative symptoms of schizophrenia. Shanghai Arch Psychiatry 2014; 26: 15-21.
26. Zheng LN, Guo Q, LI H, LI CB, Wang JJ. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation with different paradigms on the cognitive function and psychotic symptoms of schizophrenia patients. Beijing Da Xue Xue Bao 2012; 44(5): 732-6.
27. Wobrock T, Guse B, Cordes J, Wolwer W, Winterer G, Landgrebe M, et al. Left prefrontal high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of schizophrenia with predominant negative symptoms: a sham-controlled, randomized multicenter trial. Biol Psychiatry 2015; 77: 979-88.
28. Prikryl R, Ustohal L, Prikrylova Kucerova H, Kasperek T, Venclikova S, Ceskova E. A detailed analysis of the effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on negative symptoms of schizophrenia: a double-blind trial. Schizophr Research 2013; 149: 167-73.

29. Prikryl R, Kasperek T, Skotakova S, Ustohal L, Kucerova H, Ceskova E. Treatment of negative symptoms of schizophrenia using repetitive transcranial magnetic stimulation in a double-blind, randomized controlled study. *Schizophr Res* 2007; 95(1-3): 151-57.
30. Levkovitz Y, Rabany L, Harel EV, Zangen A. Deep transcranial magnetic stimulation add-on for treatment of negative symptoms and cognitive deficits of schizophrenia: a feasibility study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14(7): 991-6.
31. Shi C, Yu X, Cheunge E, Shum D, Chana R. Revisiting the therapeutic effect of rTMS on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2014; 215(3): 505-13.



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

คณะที่ปรึกษา	พญ.สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา นพ.เกษม ตันติผลาชีวะ นพ.ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์ นพ.นพพล วาณิชชุตี พญ.ปัทมา ศิริเวช นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	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 ผศ.ดร.ภก.ทวนธน 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 ธนาพัฒน์ธนนท์ นายกฤตชัย แก้วยศ	น.ส.เกตุรมาศ อยู่ถื่น นางคณัญญา อุดมอิทธิพงศ์

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



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มีนาคม 2562

	หน้า
สารบัญ	ค
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฎ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภท สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ ศุจิรา เนาวรัตน์	1
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดซ้ำใน ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด สุภาภรณ์ นียดิวัฒน์ชาญชัย, ปัทมา ศิริเวช	11
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, นภาพิศ นิมนาคบุญ, ศิริศิลป์ ไชยเชษ	21
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ จิตติวรา แคนดา, ทวีศักดิ์ กสิผล, ชฎาภา ประเสริฐทรง	34
บทความฟื้นฟูวิชาการ	
การใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่ออาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท : บทความฟื้นฟูวิชาการ คุณหญิง อุดมอิทธิพงศ์, อรภรณ์ สวนขัง, กฤตณัย แก้วยศ, เกษรมาศ อยู่ถื่น	43



Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Volume 13 Number 1 March 2019

	Page
Contents	๓
Instruction to Authors	๖
Preface	๗
Original Article :	
Psychosocial rehabilitation of schizophrenia patient in a homeless protection center, Southern	2
Sujira Naowarat	
Prevalence and associated factors of relapse of alcohol or substance use in schizophrenia comorbidity	12
Supaporn Niyatiwatchanchai, Pattama Sirivech	
Associated factor of low back pain in personnel's of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	22
Thitima Narongsak, Napapit Chimnakboon, Sirisin Chaiyachat	
The effect of training program on schizophrenia patients' care for nurse practitioners	35
Thitivarada Canda, Taweesak Kasiphol, Chadapa Prasertsong	
Review Article :	
The use of repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms in schizophrenia: Review article	44
Dussadee Udomittipong, Orabhorn Suanchang, Krittana Kaewyot, Keyunmart Yootin	



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) นำประเด็นที่สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร 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) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ ถ้าแสดงรูปภาพต้องเฉพาะที่จำเป็นจริงๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบ

รายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

- * ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและอังกฤษ
- * ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อตัวการศึกษาสูงสุด 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
- * ชื่อผู้นิพนธ์และสังกัด (Author & by-line) และตัวย่อตัวการศึกษาสูงสุด 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

ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ 2 คนขึ้นไป ให้แนบต้นฉบับหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ร่วมนิพนธ์ไปด้วย ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในมนุษย์ด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์นี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ 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 ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกับ 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. ฝึบปอผีเข้าใน
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 Willey & son; 1989:
211-32.

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ
ประชุม (Conference Proceeding)

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

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

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

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

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

4.1 รายงานการวิจัย

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

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

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

4.2 รายงานทางวิทยาศาสตร์

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

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

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์.

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

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

5.2 กรณีไม่ปรากฏผู้นิพนธ์

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

5.3 ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

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

5.4 บัญชีอภิปราย (Discussing list messages)

รูปแบบพื้นฐาน : Auther. Subject of message.

Date. Online posting. Discussion list. Available from: E-mail: DISCUSSION LIST e-mail address [1996 Apr 29].

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

5.5 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM).

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง.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 (ซึ่งเป็นส่วนหน้าสุดโดยอ้างอิงส่วนที่พิมพ์ในหน้า 3 คอลัมน์ 5)

6.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

ตัวอย่างที่ 26 Stedman's medical dictionary.

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

6.3 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

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาประจำปี 2562 เล่ม 1 ปีที่ 13 จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยฉบับนี้มีบทความวิจัยด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ซึ่งประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 4 เรื่อง เรื่องแรก คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานกึ่งครอบครัวที่พึงภาคได้ ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยจิตเภทไร้ที่พึ่ง โดยทำให้ความสามารถโดยรวมและสมรรถภาพสูงขึ้น ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้บริการตามปกติเพื่อให้เกิดผลการรักษาสูงสุด เรื่องที่สอง คือ ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารหรือสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด ผลการศึกษานี้ทำให้เราทราบถึงความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำว่าสูงถึงร้อยละ 64.5 และทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งเราสามารถประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งไปที่การป้องกันหรือแก้ไขปัจจัยดังกล่าวโดยตรงเพื่อลดโอกาสของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในอนาคต เรื่องที่สามเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผลการศึกษานี้ทำให้เราทราบถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากร ซึ่งมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันการบาดเจ็บที่หลังส่วนล่าง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ เรื่องที่สี่ คือ ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพยาบาลเวชปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ยังมีบทความฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง การใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำต่ออาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งพบว่าการใช้คลื่นแม่เหล็กกระตุ้นสมองแบบซ้ำเป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัย และมีประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ อย่างไรก็ตามยังคงต้องติดตามการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการรักษาต่อไป

ปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์ทั้งในรูปแบบเล่มและ e-journal ซึ่งสามารถ download หรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีเรื่องที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ ขอเชิญส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

บรรณาธิการ