

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กันยายน ประจำปี 2566

Volume 17, Issue 2, September 2023

วารสาร

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print) : 1905-8586

ISSN (online) : 2697-651X



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

คณะที่ปรึกษา (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	พญ.สุพัฒนา เชาววิวงศ์ ณ อยุธยา	นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา
	พญ.ปัทมา ศิริเวช	นพ.พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ
บรรณาธิการ	ดร.ภญ.อรภรณ์ สวนช้าง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
บรรณาธิการรอง	นางฐปณีย์ พุ่มองเจริญ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	น.ส.วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.นพ.นพพร ต้นติรังสี	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
	นพ.วรวัฒน์ ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
	รศ.ดร.ภก.มนัส พงศ์ชัยเดชา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	พันตรีหญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	ผศ.ดร.ภก.ทวนธน บุญสื่อ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.ภก.อนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์	มหาวิทยาลัยสยาม
	ดร.สุนทรี ศรีโกไสย	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
	ดร.นพรัตน์ ไชยธานี	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	อ.ดร.กมล เกียรติเรืองภมลา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
	ดร.ภัทรวรรณ สุขยิธัญ	โรงพยาบาลศรีธัญญา

กองบรรณาธิการ (สังกัดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา)

	นพ.พงศกร เล็งดี	นพ.ปาทนัท ขวัญสนิท	พญ.จิตติมา สงวนวิชัยกุล
	นพ.สุทธา สุปัญญา	นางอุณจิตร คุณารักษ์	น.ส.ชุมพร บ้านกล้วย
	น.ส.นิรมล ปะนะสุนา	น.ส.สาวิตรี แสงสว่าง	นางฉัตรสุดา จุงสกุล
ผู้จัดการ	นายกฤตณัย แก้วยศ	น.ส.เกตุมาศ อยู่ถื่น	

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

หมายเหตุ : กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน)

บทความที่ตีพิมพ์ต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน / 1 บทความ (double blinded)

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากการสารไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน การอ้างอิง การจะนำไปใช้วัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน



Department of Mental Health
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ISSN (print): 1905-8586, ISSN (online): 2697-651X

Advisory board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Supathana Dejatiwongse Na Ayutaya	Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya
	Pattama Sirivech	Pholphat Losatiankij
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
	Nopporn Tanthirungsri	Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health
	Warawat Chaichan	Nakhon Sawan Rajanagarindra Psychiatric Hospital
	Manat Pongchaidecha	Silpakorn University
	Thanapoom Rattananupong	Chulalongkorn University
	Chadapa Prasertsong	Huachiew Chalermprakiet University
	Ubonpan Theerasilp	Huachiew Chalermprakiet University
	Tuanthon Boonlue	Ubon Ratchathani University
	Thanompong Sathienluckana	Siam University
	Soontaree Srikosai	Rajanagarindra Institute of Child Development
	Nopparat Chaichumni	Walailak University
	Kamol Keatruangkamala	King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang
	Pattarawat Sukyirun	Srithanya Hospital

Editorial board (Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry)

	Pongsakorn Lengdee	Patanon Kwansanit	Thitima Sanguanvichaikul
	Suttha Supanya	Unjit Khunarak	Chumphorn Bankluai
	Niramon Panasuna	Sawitree Saengsawang	Chatsuda Chungsakul
Manager	Krittana Kaewyot	Keyunmart Yootin	

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

E - mail: somdetjournal@gmail.com

สารบัญวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี 2566 ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (กันยายน)

	หน้า
สารบัญ	ก
คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
บรรณาธิการแถลง	ฉ
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนิสิต กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กัณตพัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ณัฐริณีย์ เทพา, ธัญชนก สุขพันธ์, รชา นวรัตน์กร, สุทัตตา ศักดิ์สิทธิ์, ณัฐธิดา วงศ์เจริญ, โสฬส อัครตันเสถียร, แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ, จิรากร แสนทวีสุข	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เอกพล สุคาชม, ปิยธิดา สุรินทร์, นกัศเกศน์ ชีระวัฒนานนท์	15
ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิตเพื่อลดภาวะหมดไฟ ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ชฎาภา ประเสริฐทรง, พชรณัฐ กฤษปัญญาวโรช, ชลธิชา แก่นนาคำ	36
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่รับบริการ home isolation สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ชุตिकाญจน์ ทิพย์ปัญญา, สาวิตรี แสงสว่าง, ธิดิ เจริญศักดิ์, กมลวรรณ บุญเพ็ง	48
การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทาแอมเฟตามีน เพลิน เลี้ยงโชคอยู่, วัฒนารณณ์ พิบูลอาลักษณ์, สาวิตรี สุริยะฉาย, สาวิตรี แสงสว่าง	62
ปกิณกะ	
การพัฒนาแผนกันกัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่องปากระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า นารีรัตน์ ทองยินดี, ศิริดา เลิศวิบูลย์อนันต์	78

Contents of Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Years 2023, Volume 17, Issue 2 (September)

	Page
Contents	๓
Instruction to authors	๖
Preface	๗
Original article	
A study of the relationship between anxiety and depression of students in Faculty of Science and Technology, Naresuan University during the spread of coronavirus 2019 pandemic	2
Kantabhat Anusaksathie, Nattarinee Taepa, Thunchanok Sukpan, Raya Nawarattanakorn, Sutatta Saksit, Nutthida Wongjarern, Sorot Akkarathansathain, Sangdaow Wattanasakulkiat, Jiraporn Seantaweek	
Factors associated with burnout among psychiatric nurses during the COVID-19 pandemic	16
Akapol Sudachom, Piyatida Suniran, Naphatket Teerawattanont	
The effects of multimedia in mental health educate on reducing study burnout among nursing students	37
Chadapa Prasertsong, Pacharamon Krichpunyawaroch, Chonticha Kaennakam	
The prevalence and associated factors of psychiatric problems in post COVID-19 syndrome among patient at home isolation, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry	49
Chutikan Thippunya, Sawitree Saengsawang, Thiti Charoensuk, Kamolwan Boonpang	
The development of a nursing-integrated model for relapse and addiction relapse for schizophrenic patients with methamphetamine use disorder	63
Plearn Sieangchokyoo, Wattanaporn Piboonarluk, Sawitree Suriyachai, Sawitree Saengsawang	
Miscellany	
Development of bite guard to prevent oral complications during electroconvulsive therapy	78
Nareerat Thongyindee, Sirilada Leardwiboonanant	

คำแนะนำผู้พิมพ์

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์นโยบายและกิจกรรมของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช เรื่องที่ลงพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นสิทธิ์ของวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล ผู้ประสงค์ที่จะส่งต้นฉบับมาลงตีพิมพ์ในวารสาร ต้องจัดเตรียมต้นฉบับให้ได้มาตรฐานตามคำแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความแบ่งเป็น 6 ชนิด

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจจะเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ และสังกัด (Author & byline) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)

- ประเด็นหลักและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์

- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อข้ออธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

1.4 สรุป (Conclusion)

1.5 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

1.6 เอกสารอ้างอิง (References)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย โดยยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับใด ๆ มาก่อน บทความที่เป็นรายงานการวิจัยประกอบด้วย 11 ส่วน คือ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องควรเป็นวลีสั้น ๆ แต่ได้ใจความ สามารถสื่อให้ผู้อ่านคาดเดาถึงแนวทาง และผลการวิจัยได้

2.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียนชื่อ นามสกุล ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น ชื่อหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันเพื่อสะดวกในการติดต่อ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ ให้เรียงลำดับตามหัวข้อดังนี้
วัตถุประสงค์ (Objective) วัสดุและวิธีการ
(Materials and methods) ผล (Results) สรุป
(Conclusion) จำนวนไม่ควรเกิน 300 คำ ตาม
ด้วยคำสำคัญให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนเป็นคำ
หรือวลี ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวน 3 - 5 คำ

2.5 บทนำ (Introduction) ให้ข้อมูล
ข้อสนเทศและประเด็นสำคัญทางวิชาการ
รวมทั้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and
methods) กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์
ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน

2.7 ผล (Results) รายงานและอธิบายผล
ที่สำคัญที่เป็นจริง อาจมีตารางและ
ภาพประกอบไม่เกิน 4 ตารางหรือภาพ และไม่
ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย

2.8 อภิปราย (Discussion) นำประเด็นที่
สำคัญที่เป็นจริงของผลการวิจัยมาศึกษาอธิบาย
เรียงตามลำดับที่นำเสนอในผลว่าเหมือนหรือ
ต่างจากผลการศึกษาของผู้อื่นอย่างไร โดยมี
หลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ การนำผลมา
ประยุกต์ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางวิชาการ

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปเรียงลำดับ
ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

เขียนขอบคุณบุคคลที่ช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ
โดยเขียนให้สั้นเรียบง่าย ชัดเจน แสดงความมี
น้ำใจแต่ไม่เกินจริงและกล่าวถึงแหล่ง
สนับสนุนด้วย

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) การ
อ้างอิงใช้ระบบ Vancouver 2003 โดยผู้ที่เขียน
ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของ
เอกสารอ้างอิง และการอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้
เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข โดยใช้
หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก
(ตัวเลขยกไม่ใส่วงเล็บ) และเรียงต่อไป
ตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข
เดิม การอ้างอิงท้ายบทความ จะมีตัวอย่างการ
เขียนต่อจากการส่งต้นฉบับ รวม 14 ตัวอย่าง

การเตรียม ตาราง รูปภาพและแผนภูมิ

1. ตารางให้เรียงต่อจากคำอธิบาย

2. รูปภาพ ให้ใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาด
โปสการ์ด (3 X 5 นิ้ว) ผิวหนาเรียบ โดยด้านหลัง
เขียนลูกศรด้วยดินสอสีดำเป็นแนวตั้ง ตามที่
ผู้พิมพ์ต้องการให้ปรากฏในวารสาร และเขียน
หมายเลขกำกับไว้ว่า ภาพที่ 1 ภาพที่ 2 ฯลฯ

3. แผนภูมิ ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ
และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วยคำอธิบาย
รูปภาพและแผนภูมิให้พิมพ์แยกไว้ต่างหาก
แทรกไว้ก่อนรูปนั้น

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review
article)

เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน บทความฟื้นฟูวิชาการมีส่วนประกอบดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและอังกฤษ

3.5 บทนำ (Introduction)

3.6 บทปริทัศน์ ซึ่งอาจแบ่งเป็นส่วน ๆ ตามหัวข้อย่อย โดยเริ่มจากการบอกวัตถุประสงค์ แล้วแจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องปริทัศน์มาไว้เป็นหมวดหมู่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ บางครั้งบทวิจารณ์ (Discussion) อาจแยกไว้เป็นหัวข้อต่างหาก

3.7 สรุป (Conclusion)

3.8 เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

หรือรายงานสังเขป (Short communication)

เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยัง

ไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญ เช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับหรือบทความฟื้นฟูวิชาการ

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานที่เกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยรายชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย (Case report) เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นรายงานผู้ป่วยถ้าแสดงรูปภาพ ต้องเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบรายงานผู้ป่วยมีองค์ประกอบดังนี้

5.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและอังกฤษ

5.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.4 คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

5.5 บทนำ (Introduction)

5.6 รายงานผู้ป่วย (Report of case [s]) ซึ่งบอกลักษณะอาการของผู้ป่วยผลการตรวจ (Finding) การรักษาและผลจากการรักษาบำบัด

5.7 วิจารณ์ (Discussion)

5.8 สรุป (Conclusion)

5.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

5.10 เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 4 ได้

6.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.2 ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

6.3 เนื้อเรื่อง (Text) ประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- ประเด็นหลักสำคัญ และคำอธิบายที่ประกอบด้วยเนื้อหา
- ประเด็นย่อยหรือหัวข้อย่อย และคำอธิบาย

- ประเด็นสำคัญ

- ประเด็นย่อย

- สรุป (Conclusion)

6.4 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

6.5 เอกสารอ้างอิง (References)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทย ควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลใน

พจนานุกรมฯ อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา การเขียนคำสถิติ ร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง

2. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร ภาษาไทย อังสนา UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 ให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว) และต้นฉบับแต่ละเรื่องไม่ควรเกิน 8 - 15 หน้ากระดาษ A4

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หรือส่งทาง e - mail: somdetjournal@gmail.com

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในคนด้วย

เอกสารอ้างอิง

ในคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ฉบับนี้ได้รวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ไว้ทั้งหมด 6 ประเภท 14

ตัวอย่าง ดังนี้

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

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

ตัวอย่างที่ 1 (กรณีผู้พิมพ์ไม่เกิน 6 คน)

Silpakit O, Amornpichetkoom M, Kaojaren S. Comparative study of bioavailability and clinical efficacy carbamazepine in epileptic patients. Ann Pharmacother 1997; 31: 548-52.

ตัวอย่างที่ 2 (กรณีผู้พิมพ์เกิน 6 คน)

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

1.2 กรณีที่หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์ ใช้รูปแบบพื้นฐานเช่นเดียวกันกับ 1.1 ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อหน่วยงาน, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร 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.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ/ตำรา

2.1 การอ้างอิงจากหนังสือที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อสกุลผู้พิมพ์, อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์, ชื่อหนังสือ, พิมพ์ครั้งที่ (กรณีพิมพ์มากกว่า 1 ครั้ง), ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

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

ตัวอย่างที่ 6 สัน สุวรรณเลิศ. ฝึบอปปี้เข้าในทรรสนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: บพิศการพิมพ์; 1974.

2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม

ตัวอย่างที่ 7 ธนู ชาดิชนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่างที่ 8 กรมสุขภาพจิต. คู่มือ ICD-10. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2538.

2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่างที่ 9 Strang J, Gradley B,

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

2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (conference proceeding)

ตัวอย่างที่ 10 ทรงเกียรติ ปิยะกะ. บรรณาธิการ. ยิ้มสู้ภัย...ยาเสพติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิต กับยาเสพติด; 21 – 23 สิงหาคม 2545; ณ โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่างที่ 11 Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

ตัวอย่างที่ 12 พนิษฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพที่เป็นสหมิติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้วิจัย (หรือสถาบัน).

ชื่อเรื่อง. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์: ปี.

ตัวอย่างที่ 13 อรพรรณ ศิลปกิจ. รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคลมชัก. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2541.

5. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. [online]. Available from: เว็บไซต์ [วันที่เข้าถึง].

ตัวอย่างที่ 14 Wallker J. The Columbia guide to online style Dec 1996. [online]. Available from: www.cas.usp.edu/english/wallker/apa.Hml [1999 Feb 11].

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร

1. เนื้อหาทั้งหมดของบทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร เจ้าของผลงานมีการคิด ค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สรุป เรียบเรียงและอ้างอิงข้อมูลโดยผู้เขียนเอง กองบรรณาธิการ ไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

2. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

3. ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลองต้องได้รับการรับรองการผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และต้องส่งหลักฐานให้กับวารสารด้วย

บรรณาธิการแถลง

วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันเป็นปีที่ 17 ฉบับที่ 2 โดยผลงานวิชาการในเล่มนี้ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 5 เรื่อง และปกิณกะ จำนวน 1 เรื่อง ดังนี้ เรื่องที่หนึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรื่องที่สองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรื่องที่สามผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิตเพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล เรื่องที่สี่ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่รับบริการ home isolation สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เรื่องที่ห้าการพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และเรื่องสุดท้ายการพัฒนาแผนกันกักเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่องปากระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วารสารเสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ และขอเชิญชวนบุคลากรสถาบันฯ นักวิชาการ และนิสิตนักศึกษา รวมทั้งผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยปัจจุบันวารสารได้มีการตีพิมพ์รูปแบบ e-journal เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดบทความหรือส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/index> หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ในการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ดร.ภญ.อรภรณ์ สวานซัง

บรรณาธิการวารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนิสิต กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กนต์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, ปร.ค.*, ณัฐริณีย์ เทพา, วท.บ.*, ธัญชนก สุขพันธ์, วท.บ.*,
รยา นวรัตน์กร, วท.บ.*, สุทัตตา ศักดิ์สิทธิ์, วท.บ.*, ณัฐธิดา วงศ์เจริญ, วท.บ.*,
โสฬส อัครตันเสถียร, วท.บ.*, แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ, ปร.ค.*, จิรากร แสนทวิสุข, กศ.ม.*

*ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลโดยใช้การตอบแบบสอบถามออนไลน์ ในนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (STAI Form Y-1) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 414 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.7 และเพศชาย ร้อยละ 28.3 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30.2 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 44.7 พบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวม (ค่าเฉลี่ย = 56.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.7) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย = 8.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.8) ข้อมูลส่วนบุคคลด้านชั้นปีที่แตกต่างกันส่งผลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญที่และความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุป : ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย โดยชั้นปีที่แตกต่างกันส่งผลต่อความวิตกกังวลและยังพบพบความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล นิสิต ภาวะซึมเศร้า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้สนับสนุนประสานงาน : กนต์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร, e-mail: kantabhata@nu.ac.th

วันรับบทความ : 30 ตุลาคม 2565; วันแก้ไขบทความ : 13 เมษายน 2566; วันตอบรับบทความ : 20 เมษายน 2566

A STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION OF STUDENTS IN FACULTY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY, NARESUAN UNIVERSITY DURING THE SPREAD OF CORONAVIRUS 2019 PANDEMIC

Kantabhat Anusaksathie, Ph.D.*, Nattarinee Taepa, B.S.*, Thunchanok Sukpan, B.S.*,
Raya Nawarattanakorn, B.S.*, Sutatta Saksit, B.S.*, Nutthida Wongjarern, B.S.*,
Sorot Akkarathansathain, B.S.*, Sangdaow Wattanasakulkiat, Ph.D.*, Jiraporn Seantaweesuk, M.Ed.*

**Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Naresuan University*

Abstract

Objectives: To assess anxiety and depression, compare personal factors to anxiety and depression and study the relationship between anxiety and depression during the Coronavirus 2019 Pandemic.

Material and Methods: This survey research utilized the Situation (STAI Form Y-1) and Depression Assessment Scale (PHQ-9) as online questionnaires among Naresuan University science and technology students between October 2021 and October 2022. Statistics used were number, percentage, mean, and standard deviation. To test the means of two subjects, the individual subjects were compared with anxiety and depression by one-way ANOVA and the relationship between anxiety and depression was studied by correlation analysis.

Results: The sample of 414 was made up of 71.7% female and 28.3% male, with 30.2% studying in the second year, and 44.7% having a monthly income of less than 4,000 baht. The average overall anxiety was at a slight level ($x = 56.4$, S.D. = 9.7) and the mean overall depression was at a mild depressive level ($x = 8.4$, S.D. = 5.8). Different years of personal data had a statistically significant positive effect on anxiety, and anxiety and depression had a statistically significant high positive correlation during the 2019 epidemic situation.

Conclusion: During the 2019 corona virus epidemic infection, the Naresuan University science and technology students studied had mild levels of anxiety and depression with different years of age affecting anxiety and a high positive correlation between anxiety and depression.

Key words: anxiety, student, depression, coronavirus 2019

บทนำ

มนุษย์มีความหลากหลายทั้งด้านของ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก ซึ่งหลายคนมีความคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าในเชิงลบ แต่ก็มีผู้ที่ไม่ได้ว่าอารมณ์เศร้าเป็นหนึ่งในอารมณ์หลักที่พัฒนามาตั้งแต่ยังเด็ก¹ โดยอารมณ์เศร้าจะเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งจะเกิดการตอบสนองของบุคคล เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ² เมื่อเกิดอารมณ์เศร้าเป็นเวลานาน อารมณ์เศร้าก็สามารถพัฒนากลายเป็นภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด โดยวีรฤติ เอกกมลกุล (2020)³ ได้กล่าวถึงความคิดเชิงบวก และความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยความทุกข์รูปแบบต่าง ๆ มีสาเหตุมาจากความคิดเชิงลบ ความคิดที่นำมาซึ่งอารมณ์เชิงลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล เบื่อ ซึมเศร้า ไม่พอใจ เป็นต้น ซึ่งความวิตกกังวลก็เป็นหนึ่งในภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนต้องประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เป็นอารมณ์ที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่ถูกถามตามการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนคติของตน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย โดยความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด และจิตใจ⁴

โดยในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่มีความรุนแรงมาก ร่วมกับการที่มหาวิทยาลัยนเรศวรได้มีประกาศขอความร่วมมือให้งดหรือเลี่ยงการใช้พื้นที่ภายในมหาวิทยาลัย เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัส โดยประกาศจัดการเรียนการสอนใน

ทุกรายวิชาเป็นการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์⁵ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จากการค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการศึกษาของพัชรารวรรณ แก้วกันทะ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2558)⁶ ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาคณะวิศวกรรมศาสตร์มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามชั้นปีที่กำลังศึกษา โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้เริ่มต้นโดยการลงพื้นที่เพื่อสำรวจปัญหาด้วยการสัมภาษณ์นิสิตที่กำลังศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า นิสิตจากคณะวิศวกรรมศาสตร์และคณะเกษตรศาสตร์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียนที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไม่ได้ลงมือปฏิบัติในบางรายวิชา และนิสิตคณะวิทยาศาสตร์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการเรียนที่อาจออกมาไม่ดีตามที่คาดหวังไว้ พบว่านิสิตหลายคนมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจากการไม่ได้ออกไปพบปะกับผู้คน เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีแรงจูงใจในการเรียน และมีการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบลดลง เป็นต้น นิสิตคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น จากการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ทางการศึกษาที่จำเป็นต้องใช้ในการเรียนอีกด้วย เนื่องจากการสัมภาษณ์นิสิตที่กำลังศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ส่วนใหญ่ให้

คำตอบในลักษณะที่มีความโน้มเอียงไปทางเดียวกันว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากการสัมผัสนิสิตที่กำลังศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ส่วนใหญ่ให้คำตอบในลักษณะที่มีความโน้มเอียงไปทางเดียวกันว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นิสิตมีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ และยังเกิดความรู้สึกเศร้าซึมบ่อยกว่าปกติ อีกทั้งผู้วิจัยจึงสนใจที่จะเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลบางประการกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จึงหวังว่าการศึกษาดังกล่าวจะเกิดประโยชน์ และสามารถข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้รับรองโครงการวิจัย

ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นมาตรฐานสากล มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐาน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการวิจัย COA No. 095/2022 IRB No. P2-0003/2022

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2564 ซึ่งประกอบไปด้วย 5 คณะ คือ คณะเกษตรศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ และคณะโลจิสติกส์และดิจิทัลซัพพลายเชน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 7,249 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{X^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 7,249 คน

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($X^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน

ประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (Quota Sampling) ในแต่ละคณะในกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและทำการสำรวจข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามคณะละ 10 ชุด จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตามแต่บังเอิญ (Accidental Sampling) จนครบตามจำนวนที่ต้องการใช้ในการศึกษา ซึ่งสามารถแจกแจงตามคณะ ดังนี้

คณะเกษตรศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำนวน 77 คน คณะวิทยาศาสตร์ จำนวน 117 คน คณะวิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 144 คน คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จำนวน 56 คน คณะโลจิสติกส์และดิจิทัลซัพพลายเชน จำนวน 20 คน รวมจำนวน 414 คน

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรแบ่งกลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ ชั้นปี และรายได้ต่อเดือน

ตัวแปรเปรียบเทียบ ได้แก่ คะแนนของระดับความวิตกกังวลที่ได้จากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (STAI Form Y-1) และคะแนนของระดับภาวะซึมเศร้าที่ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2564 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory : STAI Form Y-1) ของ Spielberger (1983)⁷ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ และ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20 - 40 คะแนน แสดงว่าไม่มี ความวิตกกังวลเลย

คะแนน 41 - 60 คะแนน แสดงว่ามีความ วิตกกังวลระดับเล็กน้อย

คะแนน 61 - 70 คะแนน แสดงว่ามีความ วิตกกังวลระดับปานกลาง

คะแนน 71 - 80 คะแนน แสดงว่ามีความ วิตกกังวลระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire : PHQ-9) พัฒนาและแปลโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2551) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น พบว่า PHQ-9 มีค่าความไวอยู่ที่ 0.53 และมีค่าความจำเพาะอยู่ที่ 0.98 ซึ่งถือว่ามีค่าความจำเพาะสูงมาก⁸ โดยการแปลผลคะแนน ภาวะซึมเศร้า ดังนี้

0 - 4 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย

5 - 8 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย

9 - 14 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าปานกลาง

15 - 19 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้า
ค่อนข้างมาก

มากกว่า 20 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้า
รุนแรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามรูปแบบ
ออนไลน์ผ่านทางแพลตฟอร์มต่าง ๆ

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วน
และถูกต้องของแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยทำการตรวจให้คะแนนแบบ
ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ
ให้คะแนนแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วย
โปรแกรมทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา
(Descriptive Statistics) ใช้เพื่อบรรยาย อธิบาย หรือ
สรุปลักษณะของกลุ่มข้อมูลที่เป็นตัวเลข สถิติที่ใช้
ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน
(Inferential Statistics) ใช้เพื่อสรุปอ้างอิงค่าสถิติ
ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจไปยังกลุ่ม
ประชากรของกลุ่ม สถิติที่ใช้ได้แก่ independent
t-test, One-way ANOVA, และ Pearson's Correlation

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร ในสถานการณ์

แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 414 คน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 297 คน (ร้อยละ 71.7) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 มากที่สุด จำนวน 125 คน (ร้อยละ 30.2) และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาทมากที่สุด จำนวน 185 คน (ร้อยละ 44.7)

ผลการวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลและระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า คะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดจากแบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y-1 เท่ากับ 77.0 และ 29.0 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.4) และคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 เท่ากับ 27 และ 0 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.4)

จากตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวล จากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ STAI Form Y-1 พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 225 คน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.5 และมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 56.5 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมเท่ากับ 12.9

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 414)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	297	71.7
ชาย	117	28.3
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	99	23.9
ชั้นปีที่ 2	125	30.2
ชั้นปีที่ 3	91	22.0
ชั้นปีที่ 4	95	22.9
ชั้นปีที่ 5	4	1.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน	185	44.7
4,001 - 6,000 บาทต่อเดือน	140	33.8
6,001 - 8,000 บาทต่อเดือน	51	12.3
มากกว่า 8,001 บาทต่อเดือน	38	9.2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลและระดับภาวะซึมเศร้า (n = 414)

แบบประเมิน	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
STAI Form Y-1	77.0	29.0	56.4	9.7	วิตกกังวลระดับเล็กน้อย
PHQ-9	27.0	0.0	8.4	5.8	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย

ตารางที่ 3 ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 414)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ไม่มีความวิตกกังวลเลย	30	36.5	2.9
มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย	225	52.5	5.5
มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง	134	64.5	2.6
มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง	25	72.7	1.7
รวม	414	56.5	12.9

ภาวะซึมเศร้า จากจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ - 9 พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 127 คน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 11.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 และมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 11.7 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมเท่ากับ 1.5

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบเพศกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้า

พบว่า ข้อมูลด้านเพศที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบชั้นปีกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า ข้อมูลด้านชั้นปีที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะเดียวกัน ชั้นปีที่แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 414)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย	125	2.3	1.3
มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย	102	6.3	1.1
มีอาการซึมเศร้าปานกลาง	127	11.0	1.7
มีอาการซึมเศร้าค่อนข้างมาก	36	16.2	1.2
มีอาการซึมเศร้ารุนแรง	24	22.9	2.2
รวม	414	11.7	1.5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้า (n = 414)

	เพศ	ค่าเฉลี่ย	SD	t	df	p-value
ความวิตกกังวล	หญิง	55.9	9.7	-1.734	412	0.253
	ชาย	57.8	9.5			
ภาวะซึมเศร้า	หญิง	8.3	5.9	-.345	412	0.491
	ชาย	8.5	5.7			

*p-value < 0.05, independent t-test

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างชั้นปีกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้า (n = 414)

แหล่งความแปรปรวน		df	SS	MS	F	p-value
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	4	1242.0	310.5	3.3	0.010*
	ภายในกลุ่ม	409	37735.3	92.2		
ภาวะซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	4	204.5	51.1	1.4	0.203
	ภายในกลุ่ม	409	13985.4	34.1		

*p-value < 0.05, One-Way ANOVA

ตารางที่ 7 ความแตกต่างรายคู่ของชั้นปีกับคะแนนความวิตกกังวล (n = 414)

รายคู่ของชั้นปี		Mean Difference	p-value
ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	1.703	0.784
	ชั้นปีที่ 3	2.639	0.467
	ชั้นปีที่ 4	4.675	0.023*
	ชั้นปีที่ 5	7.977	0.618
ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 1	-1.703	0.784
	ชั้นปีที่ 3	0.936	0.973
	ชั้นปีที่ 4	2.971	0.273
	ชั้นปีที่ 5	6.274	0.799
ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 1	-2.639	0.467
	ชั้นปีที่ 2	-0.936	0.973
	ชั้นปีที่ 4	2.035	0.720
	ชั้นปีที่ 5	5.338	0.881
ชั้นปีที่ 4	ชั้นปีที่ 1	-4.675	0.023*
	ชั้นปีที่ 2	-2.971	0.273
	ชั้นปีที่ 3	-2.035	0.720
	ชั้นปีที่ 5	3.303	0.978
ชั้นปีที่ 5	ชั้นปีที่ 1	-7.977	0.618
	ชั้นปีที่ 2	-6.274	0.799
	ชั้นปีที่ 3	-5.338	0.881
	ชั้นปีที่ 4	-3.303	0.978

*p-value < 0.05, Scheffé

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของชั้นปีกับคะแนนความวิตกกังวลด้วยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1 มีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบรายได้อ่อนกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้า พบว่า ข้อมูลด้านรายได้อ่อนเดือนที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วย Pearson Correlation พบว่า กล่าวคือ ความวิตกกังวลจะแปรผกผันกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นถ้ามองในมุมของความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าผลของความสัมพันธ์จะเป็นเชิงบวกซึ่งกันและกันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรายได้อ่อนเดือนกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้า (n = 414)

แหล่งความแปรปรวน		df	SS	MS	F	p-value
ความวิตกกังวล	ระหว่างกลุ่ม	3	120.0	40.0	0.4	0.737
	ภายในกลุ่ม	410	38857.2	94.7		
ภาวะซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	3	45.8	15.2	0.4	0.722
	ภายในกลุ่ม	410	14144.2	34.4		

*p-value < 0.05, One-Way ANOVA

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (n = 414)

แบบประเมิน	STAI Form Y-1		ระดับความสัมพันธ์
	Pearson Correlation	p-value	
PHQ-9	-0.757	< 0.001*	สัมพันธ์ระดับสูง

*p-value < 0.01, Pearson Correlation

อภิปราย

ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างใน สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการสำรวจความวิตกกังวลครั้งนี้ที่พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ไพทเรื้อวธีย์ และ ธิดาทิพย์ ปานโรจน์ (2564)⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลคือ การรับรู้ข่าวสาร การเข้าสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร ส่งผลต่อการจัดการความวิตกกังวลในช่วงวิกฤตการณ์โรคโควิด-19 ในขณะเดียวกันก็ขัดแย้งกับการศึกษาของไพรัช วงศ์ศรีตระกูล (2554)¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยธนบุรี โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า นักศึกษามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างกัน อาจเป็นผลมาจากการตีความหมายของเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบแตกต่างกัน เมื่อเกิดการตีความเหตุการณ์ในทางด้านลบจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งจะแสดงออกทางด้านอารมณ์และในรูปแบบของความรู้สึกนึกคิด เช่น ความรู้สึกอึดอัด หวนหวนกังวล ไม่สบายใจ⁴ ดังนั้นเมื่อทำการศึกษาสำรวจในพื้นที่ที่แตกต่างกันผลการศึกษาก็อาจแตกต่างกันออกไป เนื่องจากการตีความสถานการณ์ต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักงานพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (2562)¹¹ ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุด ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ก่อตัวมาตั้งแต่กำเนิด โดยการถ่ายทอดทางพันธุกรรม อีกทั้งภาวะซึมเศร้ายังเป็นเรื่องของประสบการณ์ในวัยเด็ก โดยวัยเด็กจะเกิดพัฒนาการหลายด้านโดยเฉพาะด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งการพัฒนาการทางอารมณ์นั้นขึ้นอยู่กับการตอบสนองของครอบครัว ถ้าครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างทันเวลาที่จะส่งผลให้เด็กมีการพัฒนาทางอารมณ์ที่ดีส่งผลให้พัฒนาการด้านสังคมดีไปด้วย เมื่อเด็กเติบโตและได้พบเจอกับสังคมที่กว้างขึ้นจะส่งผลให้เด็กสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับการวางตัว การเข้าสังคม หรือแม้กระทั่งการจัดการตนเอง จะส่งผลให้การใช้ชีวิตราบรื่นเป็นอย่างดีตามช่วงวัยนั้น ๆ และในทางกลับกัน ถ้าเด็กมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ไม่ดีในขณะที่กำลังเข้าสู่สังคมที่กว้างขึ้น¹² ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพได้ ซึ่งอาจเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผลการศึกษาที่ออกมาว่านิสิตกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย อาจเป็นผลมาจากการประสบการณ์ในวัยเด็ก เช่นเดียวกันที่ได้กล่าวไปข้างต้น นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศ อายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้า อาจเป็นผลมาจากที่นิสิตต้องอยู่

และปรับตัวกับการเรียนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบเดียวกัน ถูกจำกัดการเรียนในรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด ทุกชั้นปี งดกิจกรรมต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย รายได้ต่อเดือนและค่าใช้จ่ายลดลงเนื่องจากต้องกลับภูมิลำเนาเดิมตลอดเทอมการศึกษา ลดการเดินทาง ลดการเข้าหอพัก ใช้จ่ายในการบริโภคร่วมกับครอบครัว การใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ใกล้ชิด มีการสื่อสารพูดคุยกับผู้ปกครองและครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่พบจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับเล็กน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง พบความสัมพันธ์เชิงลบซึ่งกันและกันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คะแนนของความวิตกกังวลและคะแนนของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบซึ่งกันและกันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คะแนนจากแบบวัดความวิตกกังวลถ้าได้คะแนนมากจะแสดงถึงความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งจะแปรผกผันกับคะแนนที่ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อได้คะแนนมากจะแสดงถึงภาวะซึมเศร้าที่สูงตามไปด้วย ดังนั้นความสัมพันธ์เชิงลบที่เกิดขึ้นเป็นการแปรผกผันของคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนของภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่การผกผันของ

ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ข้างต้นหมายถึง หากนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยนเรศวร มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้ความวิตกกังวลสูงขึ้นไปด้วย โดยความสัมพันธ์ที่เป็นผลบวกอาจเนื่องมาจากกระบวนการทางความคิดและความรู้สึกของมนุษย์ โดยวิรุฒิ เอกกมลกุล (2020)³ ที่ได้กล่าวถึงความคิดเชิงบวกและความคิดเชิงลบว่า ความคิดเชิงลบจะส่งผลให้เกิดอารมณ์เชิงลบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวล หรือแม้กระทั่งการเกิดอารมณ์เศร้าได้ จึงแสดงให้เห็นว่าเมื่อความคิดของคน ๆ หนึ่ง มีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นในเชิงลบก็จะทำให้เกิดทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไปพร้อม ๆ กัน และในทางกลับกันเมื่อคน ๆ หนึ่งสามารถจัดการสิ่งกระตุ้นและตีความสถานการณ์ต่าง ๆ ไปในเชิงบวก ก็จะทำให้มีความคิดเชิงบวกในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าที่มักจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันนั้นมียกระดับความรุนแรงที่น้อยลงตามไปด้วย ซึ่งหมายถึงถ้าบุคคลใดเกิดอารมณ์เศร้าในระดับสูงก็จะเกิดความวิตกกังวลในระดับที่สูงเช่นเดียวกัน โดยพบความสอดคล้องจากงานวิจัยของนฤนันท์ วุฒิสินธุ์ และคณะ (2564)¹³ ที่ศึกษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าระหว่างสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในประชากรไทย และเทคนิคการผ่อนคลายพบว่า การแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องทำงานที่บ้านเกิดการเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดมากขึ้น รู้สึกวิตกกังวลกับการ

ระบาดของโควิด และมีแนวโน้มซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา อินไหม และคณะ (2565)¹⁴ ในเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า วัยรุ่นจำนวนมากต้องเผชิญกับความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น จากการศึกษาในงานวิจัยนี้มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยด้านความเครียด และปัจจัยด้านความกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยที่วัยรุ่นที่มีระดับความเครียดและความกังวลยิ่งมียังมีโอกาสเป็นภาวะซึมเศร้าสูง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการภายในจิตใจ เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต ซึ่งจะเกิดจากพื้นฐานความเชื่อ แบ่งได้เป็น ความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ รู้สึกขาดคุณสมบัติ และรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นข้อสนับสนุนผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ด้านระดับของความวิตกกังวลและระดับของภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกซึ่งกันและกัน

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในภาพรวมระดับเล็กน้อยและมีภาวะซึมเศร้าภาพรวมระดับ เล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาแยกตาม

ระดับ พบว่าส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางมากที่สุด เมื่อการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนภาวะซึมเศร้า พบข้อมูลด้านชั้นปีที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบคะแนนของความวิตกกังวลและคะแนนของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบซึ่งกันและกันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงถึงการมีความวิตกกังวลที่สูงขึ้นจะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นตามไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณฝ่ายกิจการนิสิต คณะเกษตรศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ และคณะโลจิสติกส์และดิจิทัลซัพพลายเชน มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ช่วยเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ นางสาวจิรากร แสนทวีสุข เจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาจิตวิทยา ที่ให้การช่วยเหลือประสานงานในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิภา ชินวุฒิ. พัฒนาการด้านอารมณ์เด็กวัยก่อนเรียน [online]. Available from: <http://164.115.41.60/excellencecenter/?p=239> [2022 Feb 1].

2. คุษณี ชาญปรีชา, สุกมา แสงเดือนฉาย, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สำเนา นิลบรรพ์, ญาดา จีนประชา, ธัญญา สิงห์โต. คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่มีภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
3. วิรุฒิ เอกกมลกุล. ความคิดเชิงบวกและความคิดเชิงลบ [online]. Available from: <https://www.vibhavadi.com/Health-expert/detail/411> [2022 Feb 1].
4. ตฤณา จำปาวัลย์. ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. วารสารพุทธจิตวิทยา 2561; 3(1): 14-20.
5. มหาวิทยาลัยนเรศวร. ประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร [online]. Available from: <https://www.facebook.com/nu.university/photos/4461902300486419> [2022 Feb 1].
6. พิชราวรรณ แก้วกันทะ, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ความสุขของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร 2558; 42(4): 48-64.
7. Spielberger CD. Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
8. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC 2008; 8: 46.
9. สุภารัตน์ ไผทเครือวัลย์, ธิดาทิพย์ ปานโรจน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และการจัดการความวิตกกังวลในช่วงวิกฤตการณ์โรคโควิด-19 กรณีศึกษานักศึกษาคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร. การประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงวิจัย ครั้งที่ 9 มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง; 2564.
10. ไพรัช วงศ์ตระกูล. ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยธนบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี 2554; 5(9): 23-32.
11. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. สำนักงานพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [online]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00037f2020060915182553.pdf [2022 Feb 1].
12. ศรีประภา ชัยสินธพ. สภาพจิตใจของเด็ก [online]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/06052014-1058> [2022 Feb 1].
13. นณินทร์ วุฒิสินธุ์, กาญจนา คำคำ, ถลิตภัทร สุขเสื่อ. ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าระหว่างสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในประชากรไทย และเทคนิคการผ่อนคลาย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2554; 9(3): 422-32.
14. ลัดดา อินโหม, ชัยณรงค์ มากเพ็ง, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นวรัตน์ เมามีจันทร์, ซอลาส เต็งมาษา. ความสุข และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดตรัง. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2565; 15(2): 48-59.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกพล สุดาชม, วท.ม.*, ปิยธิดา สุรินทร์, พย.บ.*, นกสเกนต์ ชีระวัฒนานนท์, พย.บ.**

*สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

**โรงพยาบาลศรีธัญญา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลจิตเวช ปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 92 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.75, 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติของฟิชเชอร์

ผล : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับต่ำ (ร้อยละ 43.5) การลดความเป็นบุคคลระดับต่ำ (ร้อยละ 63.0) และความสำเร็จของบุคคลระดับสูง (ร้อยละ 94.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงาน ความเครียด และความวิตกกังวล ($p\text{-value} < 0.05$) การลดความเป็นบุคคล ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ความเครียดและความวิตกกังวล ($p\text{-value} < 0.05$) และความสำเร็จของบุคคล ได้แก่ ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุป : ผู้บริหารกลุ่มภารกิจการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้วางแผนการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยการปรับภาระงาน เสริมสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในงาน การสนับสนุนทางสังคม และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

คำสำคัญ : พยาบาลจิตเวช ภาวะหมดไฟในการทำงาน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

FACTORS ASSOCIATED WITH BURNOUT AMONG PSYCHIATRIC NURSES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Akapol Sudachom, M.Sc.*, Piyatida Suniran, B.N.S.*, Naphatket Teerawattanon, B.N.S.**

**Galya Rajanagarindra Institute*

***Srithanya Hospital*

Abstract

Objectives: To determine factors associated with burnout among psychiatric nurses during the COVID-19 pandemic.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study. The samples were collected from 92 psychiatric nurses at the Galya Rajanagarindra Institute. The research tools included the stress questionnaire, anxiety questionnaire, social support questionnaire, and Maslach Burnout Inventory (MBI) in Thai version questionnaire, with reliability factors of 0.82, 0.75, 0.94, and 0.90, respectively. The data were analyzed with the frequency, percentages, means, standard deviations, chi-square test, and fisher's exact test.

Results: The majority of the sample representatives had low levels of emotional exhaustion (43.5), low levels of depersonalization (63.9%), and a high level of occupational accomplishment (94.6%). Factors associated with emotional exhaustion of burnout are age, marital status, working positions, working durability, working hours per week, stress, and anxiety. (p -value < 0.05). Factors associated with depersonalization of burnout are working hours per weeks, stress and anxiety (p -value < 0.05). Factors associated with occupational accomplishment of burnout are stress and social support. (p -value < 0.05).

Conclusion: Further, nursing organization administrators can use the findings to improve the nursing personnel development of the group with mental illness and a high level of burnout, which will include allocating appropriate workload management, enhancing employee motivation and participation in decision-making, social support, and mental health promotion activities.

Key words: psychiatric nurses, burnout, COVID-19 pandemic

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วทุกภูมิภาคทั่วโลก¹ ส่งผลกระทบวงกว้างทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ สถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงและไม่สามารถจัดการได้ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ย่อมนำมาซึ่งภาระงานที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งการเผชิญสภาวะกดดันต่าง ๆ ภายใต้อำนาจกดดันทรัพยากรทางการแพทย์และการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด่านหน้า เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ^{2,3} จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานตามมา^{4,5}

ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นภาวะด้านจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดจากการทำงาน ซึ่ง Maslach⁶ ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และความสำเร็จของบุคคล (personal accomplishment) เป็นผลสืบเนื่องมาจากความเครียดเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคจากการทำงานตามประกาศใช้มาตรฐานการจัดกลุ่มโรคฉบับที่ 11⁷ ลักษณะอาการประกอบด้วยความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ เกิดปัญหาสุขภาพจิต จนส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลง ลักษณะของภาวะหมดไฟนี้ ต้องอยู่ใน

ขอบเขตการทำงานเท่านั้น ไม่สามารถใช้อธิบายสถานการณ์อื่น ๆ ของชีวิตได้

การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในช่วงสถานการณ์การระบาด อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 34 - 60 การลดความเป็นบุคคล ร้อยละ 12 - 50 และความสำเร็จของบุคคล ร้อยละ 15 - 60 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ระยะเวลาทำงาน จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ชั่วโมงการนอน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ถูกมอบหมายดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ขาดการฝึกอบรมปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ อารมณ์เศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง ปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมทั้งอุปกรณ์ป้องกันและบุคลากรไม่เพียงพอ^{3-5,8-20} โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หวาดกลัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลียทั้งร่างกายและจิตใจ^{4,17,18,21,22} เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการให้บริการทางการแพทย์ในภาวะวิกฤติ ภายใต้อำนาจกดดัน โครงสร้างระบบบริการ และการปรับเปลี่ยนรูปแบบกลุ่มบำบัดและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวช¹⁸⁻²⁰

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในช่วงสถานการณ์การระบาดเริ่มต้นที่พบปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานระดับสูง และในปี พ.ศ. 2565 เป็นช่วงสถานการณ์การระบาดระยะยาว อาจส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพ

มีปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟการทำงานที่แตกต่างกัน และการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจิตเวชทั้งในและต่างประเทศยังไม่แพร่หลาย ดังนั้นการศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในช่วงสถานการณ์การระบาด เพื่อเป็นข้อมูลไปกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มพยาบาลจิตเวชที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลจิตเวช ปฏิบัติงานที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 92 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2565 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง²³ โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลาง $r = 0.30$ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา 0.05 กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 84 คน ซึ่งผู้วิจัยเพิ่มขึ้นจำนวนร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากหมายเลขและรายชื่อพยาบาลจากหน่วยงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นพยาบาลจิตเวช ปฏิบัติงานที่กลุ่มภารกิจพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป

2) ยินยอมให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก

1) ผู้ที่มีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติด

2) อยู่ในช่วงการลาคลอดและลาศึกษาต่อแบบเต็มเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์ และชั่วโมงการนอน/วัน

2) แบบสอบถามความเครียด (ST-5) ผู้วิจัยได้ปรับใช้จากแนวทางการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรของสุขภาพในภาวะวิกฤติโควิด²⁴ จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งความความเครียดออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 หมายถึง บ่อยครั้ง 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลคะแนน 0 - 4 คะแนน หมายถึง เครียดเล็กน้อย 5 - 7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก 10 - 15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ผู้วิจัยได้ปรับใช้จากแนวทางการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรของสุขภาพในภาวะวิกฤติ

โควิค²⁴ จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 หมายถึง ไม่มี 2 หมายถึง ปานกลาง 3 หมายถึง มาก/เป็นประจำ การแปลผลคะแนน 5 - 6 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับต่ำ 7 - 11 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความวิตกกังวลระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ปรับใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ของไวเนรท ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยประภาศรี พงษ์มีผล²⁵ โดยวัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ก่อนข้างไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง ไม่น่าใจ 5 หมายถึง ก่อนข้างเห็นด้วย 6 หมายถึง เห็นด้วย 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก ผู้วิจัยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นเกณฑ์ โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้นการแปลผลคะแนน²⁶ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง หมายถึง 76 - 105 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง หมายถึง 46 - 75 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ หมายถึง 15 - 45 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

5) แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory (MBI)⁷ ที่

พัฒนาโดย นันทาวดี วรสุว²⁷ จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ ประกอบด้วย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 และข้อคำถามทางบวก ด้านความสำเร็จของบุคคล จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2 - 3 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2 - 3 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน การแปลผลคะแนน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ (0 - 16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17 - 26 คะแนน) ระดับสูง (27 คะแนนขึ้นไป) ด้านการลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ (0 - 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7 - 12 คะแนน) ระดับสูง (13 คะแนนขึ้นไป) และความสำเร็จของบุคคล ระดับต่ำ (39 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (32 - 38 คะแนน) ระดับสูง (0 - 31 คะแนนขึ้นไป) ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ วันที่ 15 มิถุนายน 2565 ตามเอกสารเลขที่ 3/2565 รหัสโครงการวิจัย E2/65 โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ chi-square test และ fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี ร้อยละ 32.6 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.51 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.57 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 54.4 มีตำแหน่งงานเป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 78.3 ปฏิบัติงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน ร้อยละ 73.9 ระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 - 10 ปี ร้อยละ 60.9 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย เท่ากับ 12.35 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.90 ปี) ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มากกว่า 40 ชั่วโมง ร้อยละ 69.6 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย เท่ากับ 58.7 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.44 ชั่วโมง) ชั่วโมงการนอนต่อวันมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง ร้อยละ 72.8 ชั่วโมงการนอนเฉลี่ย เท่ากับ 5.94 ชั่วโมง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.38 ชั่วโมง) ความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 46.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.80 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.75 คะแนน) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 65.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.09 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.08 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 82.28 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.09 คะแนน) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ

ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.16 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.37 คะแนน) การลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.01 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.19 คะแนน) และความสำเร็จของบุคคล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.68 คะแนน) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงาน ความเครียด และความวิตกกังวล ($p\text{-value} < 0.05$) การลดความเป็นบุคคล ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน ความเครียด และความวิตกกังวล ($p\text{-value} < 0.05$) และความสำเร็จของบุคคล ได้แก่ ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3 - 5

อภิปราย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ และความสำเร็จของบุคคลอยู่

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	14.1
หญิง	79	85.9
อายุ		
20 - 29 ปี	30	32.6
30 - 39 ปี	24	26.1
40 - 49 ปี	15	16.3
50 - 60 ปี	23	25.0
สมรส		
โสด	50	54.4
คู่	36	39.1
หม้าย หย่า แยกทาง	6	6.5
ตำแหน่งงาน		
หัวหน้างาน	20	21.7
ผู้ปฏิบัติ	72	78.3
ลักษณะงาน		
งานผู้ป่วยนอก	16	17.4
งานผู้ป่วยใน	68	73.9
งานผู้ป่วยจิตเวช	5	5.4
งานจิตเวชชุมชน	3	3.3
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1 - 10 ปี	56	60.9
11 - 20 ปี	10	10.9
21 - 30 ปี	19	20.7
มากกว่า 30 ปี	7	7.6
ชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง	27	29.3
มากกว่า 40 ชั่วโมง	65	70.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชั่วโมงการนอน/วัน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง	67	72.8
มากกว่า 6 ชั่วโมง	25	27.2
ความเครียด		
เล็กน้อย	43	46.7
ปานกลาง	36	39.2
มาก	8	8.7
มากที่สุด	5	5.4
ความวิตกกังวล		
ต่ำ	26	28.3
ปานกลาง	60	65.2
สูง	6	6.5
การสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ	2	2.2
ปานกลาง	20	21.7
สูง	70	76.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน (n = 92)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ความอ่อนล้าทางอารมณ์		
ระดับต่ำ	40	43.5
ระดับปานกลาง	29	31.5
ระดับสูง	23	25.0
การลดความเป็นบุคคล		
ระดับต่ำ	58	63.0
ระดับปานกลาง	23	25.0
ระดับสูง	11	12.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน (n = 92) (ต่อ)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ความสำเร็จของบุคคล		
ระดับสูง	87	94.6
ระดับปานกลาง	4	4.3
ระดับต่ำ	1	1.1

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92)

ข้อมูล	ความอ่อนล้าทางอารมณ์				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 40)		(n = 52)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	5	5.4	8	8.7	.15	0.69
หญิง	35	38.0	44	47.8		
อายุ						
20 - 29 ปี	7	7.6	23	25.0	12.26	< 0.01*
30 - 39 ปี	9	9.8	15	16.3		
40 - 49 ปี	8	8.7	7	7.6		
50 - 60 ปี	16	17.4	7	7.6		
สมรส						
โสด	16	17.4	34	37.0	6.05 ^a	0.04*
คู่	21	22.8	15	16.3		
หม้าย หย่า แยกทาง	3	3.3	3	3.3		
ตำแหน่งงาน						
หัวหน้างาน	14	15.2	6	6.5	7.31	< 0.01*
ผู้ปฏิบัติ	26	28.3	46	50.0		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูล	ความอ่อนล้าทางอารมณ์				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 40)		(n = 52)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะงาน						
งานผู้ป่วยนอก	8	8.7	8	8.7	1.30 ^a	0.81
งานผู้ป่วยใน	28	30.4	40	43.5		
งานผู้ป่วยติดเตียง	2	2.2	3	3.3		
งานจิตเวชชุมชน	2	2.2	1	1.1		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน						
1 - 10 ปี	16	17.4	40	43.5	14.0 ^a	< 0.01*
11 - 20 ปี	6	6.5	4	4.3		
21 - 30 ปี	12	13.0	7	7.6		
มากกว่า 30 ปี	6	6.5	1	1.1		
ชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง	16	17.4	11	12.0	3.87	0.04*
มากกว่า 40 ชั่วโมง	24	26.1	41	44.6		
ชั่วโมงการนอน/วัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง	27	29.3	40	43.5	1.01	0.31
มากกว่า 6 ชั่วโมง	13	14.1	12	13.0		
ความเครียด						
เล็กน้อย	29	31.5	14	15.2	20.15 ^a	< 0.01*
ปานกลาง	10	10.9	26	28.3		
มาก	1	1.1	7	7.6		
มากที่สุด	0	0.0	5	5.4		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูล	ความอ่อนล้าทางอารมณ์				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 40)		(n = 52)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความวิตกกังวล						
ต่ำ	15	16.3	11	12.0	6.81 ^a	0.02*
ปานกลาง	25	27.2	35	38.0		
สูง	0	0.0	6	6.5		
การสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	1	1.1	1	1.1	3.76 ^a	0.12
ปานกลาง	5	5.4	15	16.3		
สูง	34	37.0	36	39.1		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92)

ข้อมูล	การลดความเป็นบุคคล				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 58)		(n = 34)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	7	7.6	6	6.5	0.55	0.45
หญิง	51	55.4	28	30.4		
อายุ						
20 - 29 ปี	16	17.4	14	15.2	7.1	0.06
30 - 39 ปี	12	13.0	12	13.0		
40 - 49 ปี	12	13.0	3	3.3		
50 - 60 ปี	18	19.6	5	5.4		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูล	การลดความเป็นบุคคล				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 58)		(n = 34)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สมรส						
โสด	28	30.4	22	23.9	3.82 ^a	0.15
คู่	27	29.3	9	9.8		
หม้าย หย่า แยกทาง	3	3.3	3	3.3		
ตำแหน่งงาน						
หัวหน้างาน	16	17.4	4	4.3	3.15	0.07
ผู้ปฏิบัติ	42	45.7	30	32.6		
ลักษณะงาน						
งานผู้ป่วยนอก	9	9.8	7	7.6	1.84 ^a	0.67
งานผู้ป่วยใน	43	46.7	25	27.2		
งานผู้ป่วยติดเตียง	3	3.3	2	2.2		
งานจิตเวชชุมชน	3	3.3	0	0.0		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน						
1 - 10 ปี	29	31.5	27	29.3	9.28 ^a	0.02*
11 - 20 ปี	7	7.6	3	3.3		
21 - 30 ปี	15	16.3	4	4.3		
มากกว่า 30 ปี	7	7.6	0	0.0		
ชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง	22	23.9	5	5.4	5.57	0.01*
มากกว่า 40 ชั่วโมง	36	39.1	29	31.5		
ชั่วโมงการนอน/วัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง	39	42.4	28	30.4	2.47	0.11
มากกว่า 6 ชั่วโมง	19	20.7	6	6.5		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการลดความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูล	การลดความเป็นบุคคล				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 58)		(n = 34)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเครียด						
เล็กน้อย	36	39.1	7	7.6	21.67 ^a	< 0.01 *
ปานกลาง	20	21.7	16	17.4		
มาก	1	1.1	7	7.6		
มากที่สุด	1	1.1	4	4.3		
ความวิตกกังวล						
ต่ำ	19	20.7	7	7.6	6.15 ^a	0.03*
ปานกลาง	38	41.3	22	23.9		
สูง	1	1.1	5	5.4		
การสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	1	1.1	1	1.1	2.41 ^a	0.34
ปานกลาง	10	10.9	10	10.9		
สูง	47	51.1	23	25.0		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จของบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92)

ข้อมูล	ความสำเร็จของบุคคล				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 58)		(n = 34)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	12	13.0	1	1.1	0.13	0.71
หญิง	75	81.5	4	4.3		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จของบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูล	ความสำเร็จของบุคคล				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 87)		(n = 5)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
20 - 29 ปี	29	31.5	1	1.1	2.61 ^a	0.45
30 - 39 ปี	21	22.8	3	3.3		
40 - 49 ปี	15	16.3	0	0.0		
50 - 60 ปี	22	23.9	1	1.1		
สมรส						
โสด	48	52.2	2	2.2	2.22 ^a	0.40
คู่	34	37.0	2	2.2		
หม้าย หย่า แยกทาง	5	5.4	1	1.1		
ตำแหน่งงาน						
หัวหน้างาน	20	21.7	0	0.0	2.53	0.11
ผู้ปฏิบัติ	67	72.8	5	5.4		
ลักษณะงาน						
งานผู้ป่วยนอก	15	16.3	1	1.1	0.94	0.81
งานผู้ป่วยใน	64	69.6	4	4.3		
งานผู้ป่วยติดเตียง	5	5.4	0	0.0		
งานจิตเวชชุมชน	3	3.3	0	0.0		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน						
1 - 10 ปี	52	56.5	4	4.3	2.19	0.53
11 - 20 ปี	10	10.9	0	0.0		
21 - 30 ปี	18	19.6	1	1.1		
มากกว่า 30 ปี	7	7.6	0	0.0		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสำเร็จของบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 92) (ต่อ)

ข้อมูล	ความสำเร็จของบุคคล				X ²	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลางถึงสูง			
	(n = 87)		(n = 5)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชั่วโมงทำงาน/สัปดาห์						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง	26	28.3	1	1.1	0.23	0.62
มากกว่า 40 ชั่วโมง	61	66.3	4	4.3		
ชั่วโมงการนอน/วัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง	62	67.4	5	5.4	3.27	0.07
มากกว่า 6 ชั่วโมง	25	27.2	0	0.0		
ความเครียด						
เล็กน้อย	40	43.5	3	3.3	6.7 ^a	0.05*
ปานกลาง	36	39.1	0	0.0		
มาก	6	6.5	2	2.2		
มากที่สุด	5	5.4	0	0.0		
ความวิตกกังวล						
ต่ำ	25	27.2	1	1.1	1.1	0.56
ปานกลาง	57	62.0	3	3.3		
สูง	5	5.4	1	1.1		
การสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	1	1.1	1	1.1	6.8 ^a	0.03*
ปานกลาง	18	19.6	2	2.2		
สูง	68	73.9	2	2.2		

*p-value < 0.05, chi-square test, a = fisher's exact test

ในระดับสูง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร⁸ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน¹² บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดชุมพร¹⁰ และบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ¹³ การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานที่ผ่านมาของพยาบาลวิชาชีพประเทศจีน⁵ ประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁵ และประเทศไต้หวัน³ ที่พบว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าช่วงการศึกษาดังกล่าวเป็นสถานการณ์การระบาดเริ่มต้นที่ผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตจำนวนมาก แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรคน เงิน ของ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานที่สูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าสถานการณ์การระบาดทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มลดลง เมื่อพิจารณาพร้อมกับปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดและความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จึงมีส่วนทำให้ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำตามไปด้วย และมีสัดส่วนน้อยกว่าการศึกษาในช่วงสถานการณ์การระบาดเริ่มต้น

อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ชั่วโมงการทำงาน และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางตรงกับ

ระดับวุฒิภาวะและประสบการณ์การทำงาน บุคคลที่มีอายุงานมากกว่ามักมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุงานน้อย ด้วยเหตุผลว่าบุคคลที่มีอายุงานมาก จะมีประสบการณ์การทำงานและส่งผลให้มีมุมมองในชีวิตมากขึ้น²⁸ จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มีสัดส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลางและระดับสูงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบำราศนราดูร⁸ ที่พบว่า อายุต่ำกว่า 30 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร¹⁰ บุคลากรสาธารณสุขประเทศไทย¹¹ และพยาบาลจิตเวชประเทศจีน²¹

สถานภาพสมรส สถานภาพโสดมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าสถานภาพคู่ เนื่องจากสถานภาพคู่จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี นอกจากนี้ยังได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว จึงมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่า²⁸ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างสถานภาพโสดมีสัดส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงระดับสูงมากกว่าสถานภาพอื่น ๆ มีสอดคล้องกับการศึกษาของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า สถานภาพคู่มีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าสถานภาพโสด¹²

ตำแหน่งงาน พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่า

พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้างาน กล่าวคือ ระดับผู้ปฏิบัติมีโอกาที่ได้ให้บริการผู้ป่วยมากกว่า นอกจากนี้ ระดับหัวหน้างานเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน สามารถบริหารจัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติมีสัดส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงระดับสูงมากกว่ากลุ่มระดับหัวหน้างาน มีความสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร⁸ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าหัวหน้างาน เช่นเดียวกับการศึกษาในพยาบาลด้านหน้าประเทศจีน⁵ และพยาบาลจิตเวช^{21,22}

ชั่วโมงการทำงาน การทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน ซึ่ง Maslach⁶ ได้อธิบายว่า ปริมาณงานที่มากจนเกินไป มีผลทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้เนื่องจากความเหนื่อยล้า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์มีสัดส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลระดับปานกลางถึงสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร⁸ พบว่า จำนวนวันทำงานมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร¹⁰ พยาบาลวิชาชีพประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁵ และพยาบาลจิตเวชประเทศจีน²¹

ระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การทำงานและอายุของบุคคล บุคคลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 - 5 ปี มักเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าบุคคลที่ระยะปฏิบัติงานมานาน กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุน้อยมักขาดทักษะและประสบการณ์ ซึ่งแตกต่างจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี และเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้นจะแปรผันตรงกับความมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูงขึ้น^{6,28} จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างระยะเวลาปฏิบัติงาน 10 ปีแรก มีสัดส่วนความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลระดับปานกลางถึงสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ระยะปฏิบัติงาน 1 - 10 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในงาน⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาพยาบาลวิชาชีพประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁵ และพยาบาลจิตเวชประเทศจีน²¹

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความล้มเหลวของบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ความเครียด เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลวิชาชีพมีความกดดันและมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดในงานสูง เนื่องจากการปฏิบัติงานหลายบทบาทหน้าที่²⁸ ซึ่ง Maslach⁶ ได้อธิบายว่า ความเครียดเรื้อรังจากการทำงานมีผลต่อการรับรู้ปัญหาของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงจะมีการรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถจัดการงานได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ไร้ความสามารถในการทำงาน ไม่ประสบความสำเร็จตามแผนที่วางไว้ และมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน และในช่วงสถานการณ์การระบาดนี้ ได้ส่งผลทำให้พยาบาลจิตเวชมีความเครียดเพิ่มขึ้น^{4,17-19} จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูงจะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลระดับสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาพยาบาลจิตเวชประเทศจีน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน²¹ เช่นเดียวกับการศึกษานุเคราะห์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ¹³ และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี⁹

ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีของแต่ละบุคคล หากมีความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสม จะทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม หากมีความกังวลที่มากหรือน้อยเกินไปย่อมมีผลกระทบ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบได้ในภาวะหมดไฟในการทำงาน²⁸ โดยเฉพาะช่วงสถานการณ์การระบาดนี้ ส่งผลทำให้พยาบาลจิตเวชมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น^{4,17-19} จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงจะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลระดับสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

มีความสอดคล้องกับการศึกษาพยาบาลจิตเวชประเทศจีน²¹ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี⁹

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิกริยาของบุคคลต่อการรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง Maslach⁶ ได้อธิบายว่า การมีที่ปรึกษาในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนที่ดีเป็นปัจจัยส่งเสริมความรู้สึกละเลยประสบความสำเร็จของบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะมีความสำเร็จของบุคคลระดับสูงกว่ากลุ่มที่มีความสนับสนุนระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าในช่วงสถานการณ์การระบาด หน่วยงานได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงติดเชื้อ อบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันที่พร้อมใช้ การจัดสถานที่ทำงานให้มีความปลอดภัย และการได้รับค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการได้รับกำลังใจจากผู้บริหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของบุคคล มีความสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ภาวะหมดไฟในการทำงาน²⁹

สรุป

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช และมีสัดส่วนน้อยกว่าการศึกษาในช่วงสถานการณ์การระบาดเริ่มต้น แม้ว่าผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตโดยภาพรวมจะอยู่ในระดับเล็กน้อย แต่หากพิจารณาปัจจัยด้านบุคคลกลับพบว่า ผู้ที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลางและระดับสูงมากถึงร้อยละ 25 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพรุ่นใหม่ ซึ่งข้อค้นพบนี้ยังเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และมีความสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์การระบาด ดังนั้น ผู้บริหารกลุ่มภารกิจโรงพยาบาล ควรนำผลการศึกษานี้ไปเตรียมการวางแผน และหาแนวทางช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยการปรับภาระงาน เสริมสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในงาน การสนับสนุนทางสังคม และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อลดภัยคุกคามชีวิตที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะหมดไฟในการทำงาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการตอบแบบสอบถาม เฉพาะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในสถาบัน กัลยาณิราชนครินทร์ ซึ่งไม่สามารถนำไปอ้างอิงในระดับประเทศได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ความรู้จากการเข้าอบรม “สร้างนักวิจัยพยาบาล R2R รุ่นใหม่ กับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่นที่ 2/2564”

เอกสารอ้างอิง

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382: 1199-207.
2. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom* 2020; 89(4): 242-50.
3. Kapetanios K, Mazeri S, Constantinou D, Vavlitou A, Karaiskakis M, Kourouzidou D, et al. Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. *PLoS One* 2021; 16(10): e0258475.
4. Kameg BN, Fradkin D, Lee H, Mitchell A. Mental wellness among psychiatric-mental health nurses during the COVID-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs* 2021; 35(4): 401-6.
5. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu L, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine* 2020; 24: 100424.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
7. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.) [Online]. Available from: <https://icd.who.int/> [2021 Oct 29].

8. ปิยะวดี สุมาลัย. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4(2): 66-78.
9. พริษฐ์ โพธิ์งาม, นันทพร ภักทรพุท, ศรีรัตน์ ส้อมพงศ์. ภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2565; 23(2): 364-71.
10. ทามาส วิชัยดิษฐ, อรยา ประเสริฐชัย, ปกมล เหล่ารักษาวงษ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565; 30(3): 211-21.
11. วรพรรณ จูหา, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, กมลลักษณ์ มากคล้าย, นพพร ดันดิรังสี. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสาธารณสุขจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2565; 30(2): 170-60.
12. ทิพรรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, วิมลใจดี, เอมอัฒา วัฒนบูรานนท์, นิภา มหารัษฎพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 17(1): 101-10.
13. กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(3): 240-55.
14. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs 2021; 77(8): 3286-302.
15. Sagherian K, Steege LM, Cobb SJ, Cho H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. J Clin Nurs 2020; 32(15-16): 5382-95.
16. Manzano García G, Ayala Calvo JC. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. J Adv Nurs 2021; 77(2): 832-44.
17. Gao Z, Tan FPL. Nurses' experiences in response to COVID-19 in a psychiatric ward in Singapore. Int Nurs Rev 2021; 68(2): 196-201.
18. Puangsri P, Jinanarong V, Wattanapisit A. Impacts on and Care of Psychiatric Patients during the Outbreak of COVID-19. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2021; 17: 52-60.
19. Johnson J, Hall LH, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. Int J Ment Health Nurs 2018; 27(1): 20-32.
20. Li L. Challenges and Priorities in Responding to COVID-19 in Inpatient Psychiatry. Psychiatr Serv 2020; 71(6): 624-6.
21. Zhang L, Li M, Yang Y, Xia L, Min K, Liu T, et al. Gender differences in the experience of burnout and its correlates among Chinese psychiatric nurses during the COVID-19 pandemic: A large-sample nationwide survey. Int J Ment Health Nurs 2022; 31(6): 1480-91.
22. López-López IM, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Albendín-García L, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. Int J Ment Health Nurs 2019; 28(5): 1032-41.
23. ธวัชชัย วงพงศธร, สุริยพร วงพงศธร. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power. วารสารกรมอนามัย 2561; 41: 11-21.
24. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤติโควิด-19. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

25. ประภาศรี พุ่มมีผล. การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
26. เดิมศรี ชานิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
27. นันทาวดี วรวิสุต. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2): 603-613.
28. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, กฤตณัย แก้วยศ, เกษรมาศ อยู่ถื่น. ความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2557; 8(2): 40-53.
29. คัลณานต์ วรรณรงค์, ชีระวุธ ธรรมกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟในการทำงานช่วงวิกฤติโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2565; 20(1): 77-91.

ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ชฎาภา ประเสริฐทรง, กศ.ด.*, พชรมณัฐ กฤษปัญญาวโรช, พย.บ.*, ชลธิชา แก่นนาคำ, พย.บ.*

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวนทั้งสิ้น 32 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือเป็นแบบสอบถามออนไลน์ภาวะหมดไฟในการเรียน และสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่อง How to break burn out ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบเปรียบเทียบด้วย paired t-test

ผล : กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.9 อายุ 20 ปี ร้อยละ 56.3 อายุเฉลี่ย 20.50 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม 2.50 - 3.00 ร้อยละ 75.0 ความต้องเข้าเรียนคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นความต้องการของตนเอง ร้อยละ 75.0 นอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 93.8 ภายหลังการใช้สื่อเรื่อง How to break burn out นักศึกษามีภาวะหมดไฟในการเรียนต่ำลง (ก่อน 37.3 ± 4.26 , หลัง 11.1 ± 5.42) เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (ก่อน 18.3 ± 2.16 , หลัง 7.4 ± 3.33) การลดความเป็นบุคคล (ก่อน 7.4 ± 1.21 , หลัง 1.4 ± 1.21) การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (ก่อน 11.6 ± 1.81 , หลัง 2.31 ± 1.59) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุป : สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่อง How to break burn out ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียนของตนเองให้ลดลงได้

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล ภาวะหมดไฟ สื่อมัลติมีเดีย สุขภาพจิต

THE EFFECTS OF MULTIMEDIA IN MENTAL HEALTH EDUCATE ON REDUCING STUDY BURNOUT AMONG NURSING STUDENTS

Chadapa Prasertsong, Ed.D.*, Pacharamon Krichpunyawaroch, B.N.S.*,
Chonticha Kaennakam, B.N.S.*

**Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University*

Abstract

Objectives: The effects of multimedia in mental health educate on reducing study burnout among nursing students.

Material and Methods: The experimental group were 3rd year nursing students from the faculty of nursing Huachiew Chalermprakiet university. The 32 samples qualified according to the selection criteria. The instrument was online questionnaires about the burn out, and How to break burn out which was multimedia in mental health learning. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

Results: The results found that: The most nursing students were female 96.9%, age 20 years old, 56.3%, average age 20.5 years, cumulative GPA 2.50 - 3.00, 75.0% studying nursing as their own needs 75.0%, insufficient sleep 93.8%. After using the media on how to break burnout, the students had a lower burnout in learning, (^{before}37.3 ± 4.26, ^{after}11.1 ± 5.42). When comparing each factor were emotional fatigue (^{before}18.3 ± 2.16, ^{after}7.4 ± 3.33), Depersonalization (^{before}7.4 ± 1.21, ^{after}1.4 ± 1.21), Personal achievement reduction (^{before}11.6 ± 1.816, ^{after}2.3 ± 1.59) had a statistically significant lower mean score than before the experiment (p -value < 0.001).

Conclusion: The Multimedia media to educate about mental health can reduce burnout in studying. Assisting nursing students with burnout It is necessary for students to be able to manage their burnout.

Key words: nursing student, burnout, multimedia, mental health

บทนำ

ภาวะหมดไฟ (Burnout) บางการศึกษาได้แปลคำศัพท์นี้ว่า ภาวะเหนื่อยล้า ความเหนื่อยหน่าย^{2,3} องค์การอนามัยโลกได้ขึ้นทะเบียนว่า ภาวะหมดไฟเป็นกลุ่มอาการซึ่งเกิดจากเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในการทำงานและไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลก จะไม่ได้มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรค แต่ใน World Health Organization International Classification of Diseases 11th (ICD-11) ได้ให้ความหมายของภาวะนี้ว่าเป็นปรากฏการณ์ทางอาชีพ⁴ ภาวะหมดไฟ เป็นอาการอ่อนล้าทางจิตใจ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับการเผาไหม้ของไฟหรือการละลายของเทียน โดยอุปมาว่าเมื่อบุคคลเกิดภาวะหมดไฟ บุคคลเปรียบเสมือนรถยนต์ที่แบตเตอรี่ไม่สามารถชาร์จไฟได้ มีแต่เสียพลังงานไปเรื่อย จากความไม่สมดุลระหว่างการทำงานกับพลังของบุคคลที่มีอยู่ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานมักเป็นผลมาจากการสะสมความเครียดในการทำงานมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁵

ภาวะหมดไฟในการเรียนก็เช่นเดียวกันกับภาวะหมดไฟในการทำงาน เพราะการเรียนของนักศึกษาถือเป็นการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของนักศึกษา ภาวะหมดไฟที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพโดยเร็ว อาจเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิด ภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach, Schaufeli และ Leiter⁶ และนิยามศัพท์เฉพาะของภาวะหมดไฟในการศึกษานี้

จำแนกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) จะมีความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เหนื่อยล้าในการเรียน เมื่อคิดว่าจะไปเรียนก็จะรู้สึกหมดแรง มีอาการอ่อนเพลียทางร่างกาย ปวดศีรษะ นอนหลับยาก เมื่อยล้าตามร่างกาย น้ำหนักลดหรือน้ำหนักเพิ่ม หากไม่มีการทำให้ความรู้สึกมีกำลังใจในการเรียนกลับคืนมา มีผลให้บุคคลนั้นขาดความกระตือรือร้นในการเรียน ทำให้ขาดเรียนบ่อย ๆ ไม่ต้องการเผชิญหน้ากับสิ่งใหม่ๆหรือบุคคลอื่น 2) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้อื่น (depersonalization) มีความรู้สึกในทางลบต่อผู้อื่น เมินเฉย แยกตัวออกจากผู้อื่น ไม่ต้องการให้ใครมายุ่งหรือเกี่ยวข้องกับตัว ดูหมิ่นเหยียดหยามผู้อื่น มองผู้อื่นเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้สึก ไม่มีความสุขาพอ่อนโยน ขาดความเอาใจใส่ และไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นขอความช่วยเหลือ มีผลให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ปรับตัวเข้ากับเพื่อนในชั้นเรียนไม่ได้ 3) ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (reduce personal accomplishment) จะประเมินตนเองในทางลบ ขาดความสำเร็จและประสิทธิภาพในการเรียนลดลง รู้สึกว่าตนเองขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่มีความก้าวหน้าในงานที่ได้รับมอบหมาย ผลการเรียนตกต่ำหรือไม่เป็นตามที่คาดหวัง สูญเสียการนับถือตนเองและไม่สามารถปรับตัวต่อการเรียนได้⁶ นอกจากนี้พบว่า ภาวะหมดไฟ ยังส่งผลกระทบต่อความสนใจในการเรียน ทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้อลดลงได้⁷

การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักสูตรการศึกษาที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดต่อนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมาก สาเหตุเพราะผู้ที่เรียนในสาขาวิชาชีพการพยาบาล จะต้องมีความรู้พื้นฐานความรู้อย่างดี มีความอดทน เสียสละ เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการ ติดต่อสัมพันธ์กับผู้ที่มีความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีความเสี่ยงต่อชีวิต และความปลอดภัย ของผู้ที่มาขอรับบริการ โดยการเรียนรู้มีทั้ง ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่นักศึกษาต้องให้การ พยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จำลอง และ สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยและชุมชน มีการ เปรียบเทียบสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องอาศัยการ ตัดสินใจและใช้ทักษะทางการพยาบาล รวมทั้ง นักศึกษาต้องเผชิญกับการนอนดึก เพราะต้องอ่าน หนังสือเพื่อเขียนแผนการพยาบาลรายวันก่อนขึ้น ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในวันรุ่งขึ้น ต้องตื่นเช้า เนื่องจากแหล่งฝึกปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร แต่หอพักของนักศึกษาอยู่ใน จังหวัดสมุทรปราการ ทำให้นักศึกษาต้องตื่นแต่เช้า ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ นักศึกษา ต้องทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะหมดไฟ ในการเรียนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นช่วงที่ต้องเรียนภาคปฏิบัติการ พยาบาลมากกว่าการเรียนทฤษฎี นักศึกษาจะฝึก ปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยหรือชุมชน หลาย วิชาต่อเนื่องติดต่อกัน ทั้ง 3 ภาคการศึกษา ตลอดปี

การศึกษา จึงอาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการ เรียนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะหมดไฟในการทำงานหรือการเรียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา พบว่า มีแต่งงานวิจัยที่ศึกษาถึง ปัจจัยทำนายหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ หมดไฟในการทำงานหรือการเรียน^{1-3,5-8} แต่ไม่พบ งานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือ วิธีการลดภาวะหมดไฟ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างสื่อ มัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิตเพื่อลดภาวะหมดไฟ ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สื่อ มัลติมีเดียที่สร้างขึ้นเป็นเสมือนเครื่องมือในการให้ ความรู้สุขภาพจิต ผ่านโลกเสมือนจริงในสังคม ยุคดิจิทัล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการ ใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burnout เพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียน ของนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษาภาวะหมดไฟใน การเรียนโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ความ อ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล การลด ความสำเร็จส่วนบุคคล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าภาวะหมด ไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลสามารถลดลง ได้ หากนักศึกษาพยาบาลได้รับความรู้ในเรื่องการ จัดการภาวะหมดไฟในการเรียนและสามารถนำ ความรู้ไปใช้ช่วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ กลุ่มเดียว ทดสอบก่อนหลัง (one group pretest-posttest design) ประชากรคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่

ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติจำนวน 146 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 32 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้

1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565

2) มีคะแนนภาวะหมดไฟในการเรียนมาก เป็นลำดับที่ 1 ถึง 30 คนแรก

3) ลงชื่อยินยอมเข้าเป็นกลุ่มทดลอง

4) มีสมาร์ทโฟนที่สามารถติดต่อสื่อสารผ่าน Line และ Microsoft teams ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

1) ตอบแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียนไม่ครบสมบูรณ์

2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของโครงการ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 และค่าแอลฟาที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.9 และได้ขนาดกลุ่มทดลอง 27 คน และสำรองร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่เนื่องจากคะแนนภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาลำดับที่ 29 มีคะแนนเท่ากับ 3 คน และนักศึกษาทั้ง 3 คนยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียน

เป็นแบบสอบถามออนไลน์ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย ความต้องเข้าเรียนคณะพยาบาลศาสตร์ การนอนหลับ และส่วนที่ 2 ภาวะหมดไฟในการเรียน เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดเรื่องภาวะหมดไฟในการทำงาน ตามแนวคิดของ Maslach, Schaufeli และ Leiter⁶ และนิยามศัพท์เฉพาะของการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ 2) การลดคุณค่าความเป็นบุคคล จำนวน 3 ข้อ 3) การลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบ 4 ระดับ การแปลผลคะแนนรายข้อ ดังนี้

ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เลย เท่ากับ 0

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เท่ากับ 1

สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง เท่ากับ 2

ทุกวัน เท่ากับ 3

และเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการเรียนรายด้านดังแสดงในตารางที่ 1

2. สื่อมัลติมีเดียเรื่อง How to break burn out เป็นคลิปที่สร้างจากโปรแกรม KINE MASTER ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความยาว 9.09 วินาที มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียน เนื้อหาของสื่อมี 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนแรกเป็นการนำเสนอการดำเนินชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการเรียน ส่วนที่ 2 เป็นการจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียน สร้างมาจากแนวคิดเรื่องผลกระทบของภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach, Schaufeli และ Leiter⁶ และ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการเรียนรายด้าน

ภาวะหมดไฟในการเรียน	คะแนนเต็ม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (7 ข้อ)	21	1 - 7	8 - 14	15 - 21
การลดความเป็นบุคคล (3 ข้อ)	9	1 - 3	4 - 6	7 - 9
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (5 ข้อ)	15	1 - 5	6 - 10	11 - 15
ภาวะหมดไฟในการเรียนในการเรียน (15 ข้อ)	45	1 - 15	16 - 30	31 - 45

*0 คะแนน เท่ากับ ไม่มี ความอ่อนล้าทางอารมณ์/การลดความเป็นบุคคล/การลดความสำเร็จส่วนบุคคล

การจัดการกับภาวะหมดไฟที่ได้จากการสัมภาษณ์ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คนที่เคยมีภาวะหมดไฟในการเรียนและผ่านช่วงเวลานั้นมาได้ จำนวน 10 คน ผู้วิจัยใช้คำถามว่า “ในช่วงที่อยู่ชั้นปีที่ 3 นักศึกษาทำอะไรให้ภาวะหมดไฟในการเรียนลดลงหรือหมดไป” ผลการสัมภาษณ์ พบว่า การแก้ปัญหาภาวะหมดไฟในการเรียน ครอบคลุมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเพิ่มพลังบวกทางอารมณ์ ได้แก่ 1.1) คิดบวกต่อการเรียนวิชาการพยาบาล 1.2) วิธีการดูแลตนเองให้ผ่อนคลายอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง 2) การเพิ่มคุณค่าความเป็นบุคคล ประกอบด้วย 2.1) พูดกับตนเอง (self-talk) ถึงสิ่งดี ๆ ที่ตนมี 2.2) มีความมุ่งมั่นสู่เป้าหมายของการสำเร็จการศึกษาเพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2.3) ยอมรับผลการประเมินของตนเอง เพื่อนและอาจารย์ 2.4) มีการพัฒนาดตนเอง 3) การเพิ่มความสำเร็จส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3.1) เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง “ฉันทำได้” (I can do it) 3.2) วางแผนวิธีการเรียน โดยขอคำแนะนำหรือวิธีจากเพื่อนหรือพี่ที่เรียนวิชานั้น

มาแล้ว 3.3) ลงมือทำ 3.4) ประเมินผลการกระทำ และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมตามสถานการณ์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาสร้างกระดานเรื่องราว (story board) ในการนำเสนอวิธีการจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียน ตามที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียน และสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามและสื่อมัลติมีเดียให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ (Face Validity) โดยพิจารณาถึงเกณฑ์และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง จากนั้นเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruency Index: IOC) มีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ดังนี้ 1) รองศาสตราจารย์รพีพันธ์ สีขาว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 2) พ.ต.หญิง ดร.อุบลพรรณ ชีระศิลป์ และ 3) อาจารย์ ดร.จริยา ทรัพย์เรือง

อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิเคราะห์หาอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Analysis) พบว่า แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียน มีค่าเท่ากับ 0.66 - 1.00 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีคำถาม 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ภาวะหมดไฟในการเรียน มีคำถาม 15 ข้อ รวมทั้งฉบับมีคำถาม 20 ข้อ นำแบบสอบถามออนไลน์มาทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) พบว่า แบบสอบถามออนไลน์ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ส่วนสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruency Index: IOC) ระหว่างเนื้อหาการนำเสนอ กับวัตถุประสงค์ พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำวิดิทัศน์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วลง YouTube เพื่อทำ QR code สำหรับส่งให้กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับประกาศเขตซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามหนังสือเลขที่ อ.1303/2565 เมื่อได้รับรองการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้อธิบายและปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด และผู้วิจัยจะนำเสนอ

ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างระบุในช่องยินยอมหรือไม่ยินยอม ในแบบยินยอม (consent form) ออนไลน์ เพื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลองผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเชิญชวนนักศึกษาเข้าร่วมโครงการผ่านไลน์ (LINE) ชั้นปีที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยส่งลิงค์ (Link) แบบสอบถามออนไลน์เรื่องภาวะหมดไฟในการเรียน ให้กับนักศึกษาที่สนใจเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์การคัดเข้า วันเสาร์ที่ 5 พฤศจิกายน 2565 นักศึกษาจะต้องระบุในช่องยินยอมก่อน หากนักศึกษาไม่ยินยอมจะไม่สามารถดำเนินการต่อได้ เมื่อนักศึกษาระบุยินยอมจึงจะเริ่มทำแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียนได้ มีนักศึกษาเข้าร่วมโครงการจำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 72.48 จากจำนวนประชากร ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียน ที่ได้รับมาวิเคราะห์เรียงลำดับจากคะแนนมากที่สุดถึงน้อยที่สุด และดำเนินขั้นตอนต่อไป ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนภาวะหมดไฟในการเรียนมากที่สุดเรียงตามลำดับลงมา จำนวน 30 คนแรก ลำดับคะแนนที่ 29 มีจำนวน 3 คนที่คะแนนเท่ากัน จากนั้นสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่าทั้ง 3 คน ยินดีเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน

2. ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ขั้นตอนการทดลอง ดังนี้ โครงการมีระยะเวลา 6 สัปดาห์ ตั้งแต่ วันเสาร์ที่ 17 ธันวาคม 2565 ถึง วันเสาร์ที่ 21 มกราคม 2566

สัปดาห์ที่ 1 วันเสาร์ที่ 17 ธันวาคม 2565 ปฐมนิเทศให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ทำแบบทดสอบก่อน (pre-test) โดยใช้แบบทดสอบเดิมซ้ำอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 วันเสาร์ที่ 24 ธันวาคม 2565 ให้กลุ่มตัวอย่างชมสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้ทางสุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out พร้อมกันผ่านช่องทาง Microsoft teams จากนั้นสอบถามนักศึกษาว่า “รู้สึกหรือคิดเห็นอย่างไรต่อการชมสื่อนี้”



สัปดาห์ที่ 3 และ 4 วันเสาร์ที่ 31 ธันวาคม 2565 ถึง วันเสาร์ที่ 7 มกราคม 2566 ให้กลุ่มตัวอย่างชมสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้ทางสุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out ผ่าน link QR code โดยผู้วิจัยส่ง link ให้ทางไลน์กลุ่ม ในวันศุกร์ที่ 30 ธันวาคม 2565 เพื่อให้ให้นักศึกษาแต่ละคนสามารถจะชมอีกครั้งก็ได้ทุกที่ทุกเวลาที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต

สัปดาห์ที่ 5 วันเสาร์ที่ 14 มกราคม 2566 อภิปรายกลุ่ม (Focus group) ทาง Microsoft teams

โดยสอบถามนักศึกษาแต่ละคนว่า “ภายหลังการชม How to break burn out นักศึกษาแต่ละคนทำอะไรเพื่อหยุดภาวะหมดไฟในการเรียนของตนเอง” เพื่อประเมินผลการเรียนรู้และการจัดการกับภาวะหมดไฟของนักศึกษา

สัปดาห์ที่ 6 วันเสาร์ที่ 21 มกราคม 2566 ให้กลุ่มตัวอย่างชม How to break burn out พร้อมกันอีกครั้งทาง Microsoft teams จากนั้นผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาเพื่อประเมินผลของการใช้สื่อ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการเรียน (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสำเนาข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งอยู่ในรูปแบบ Excel มาลงในโปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการหาความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ภาวะหมดไฟในการเรียน โดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลค่าเฉลี่ย
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการเรียนก่อนและหลัง โดยสถิติ paired t-test

ผล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.9 อายุ 20 ปี ร้อยละ 56.3 อายุเฉลี่ย 20.5 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม 2.50 - 3.00 ร้อยละ

75.0 การเข้าเรียนคณะพยาบาลศาสตร์เป็นความต้องการของตนเอง ร้อยละ 75.0 การนอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 93.8

การเปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการเรียน

การเปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการเรียนพบว่า ก่อนการทดลอง นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการเรียนมีระดับสูง (37.3 ± 4.26) หลังการทดลองมีระดับต่ำ (11.1 ± 5.42) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการเรียนรายด้านพบว่า ก่อนการทดลอง ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

(18.3 ± 2.16) และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (11.6 ± 1.81) มีระดับสูง ส่วนด้านการลดความเป็นบุคคล (7.4 ± 1.21) มีระดับปานกลาง หลังการทดลอง ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (7.4 ± 3.33) การลดความเป็นบุคคล (1.4 ± 1.21) การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (2.3 ± 1.59) อยู่ในระดับต่ำ และพบว่า นักศึกษามีภาวะหมดไฟในการเรียน หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการเรียนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 32)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	mean $\pm$ SD	แปลผล	mean $\pm$ SD	แปลผล		
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	18.3 ± 2.16	สูง	7.4 ± 3.33	ต่ำ	17.33	< 0.001*
การลดความเป็นบุคคล	7.4 ± 1.21	ปานกลาง	1.4 ± 1.21	ต่ำ	25.62	< 0.001*
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล	11.6 ± 1.81	สูง	2.3 ± 1.59	ต่ำ	28.56	< 0.001*
ภาวะหมดไฟในการเรียน	37.3 ± 4.26	สูง	11.1 ± 5.42	ต่ำ	28.11	< 0.001*

*p-value < 0.05, paired t-test

ข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม โดยใช้คำถามสอบถามนักศึกษาว่า ภายหลังการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out ข้อที่หนึ่ง รู้สึกหรือคิดอย่างไรต่อการชม How to break burn out พบว่า “เหมือนชีวิตจริงของหนูเลย เหมือนกับการเรียน หมดพลัง” (5 คน) “ชอบคลิปที่ตรงมีช่วงของการช่วยเหลือทำให้พวกเรามีแรงที่

จะเรียนต่อ” (22 คน) “ทำให้หนูรู้ว่าต้องทำให้ได้” “คนอื่นยังทำได้เลย” “เรียนให้จบเพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพ” “มีวิธีการจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียนด้วยตนเองนะ” (32 คน) ข้อที่สอง ภายหลังการชม How to break burn out นักศึกษาแต่ละคนได้ทำอย่างไร เพื่อหยุดภาวะหมดไฟในการเรียนของตนเอง พบว่า นักศึกษาทั้ง 32 คน ให้ข้อมูล

สรุปได้ ดังนี้ “หลังการใช้วิธีที่คลิปลสอนเรื่องการนอน นอนหลับได้เพียงพอมากขึ้น” “ทำให้นอนหลับได้มากขึ้น สดชื่นขึ้น” “มีกำลังใจขึ้นเยอะ ได้เรียนรู้วิธีคิดบวกต่อการเรียน” “ได้ทราบถึงข้อดีของการเป็นพยาบาล เช่น รายได้ สามารถทำงานอย่างอื่นก็ได้” “ตั้งใจเรียนมากขึ้น” “มีเป้าหมายในการเรียน คือการจบเป็นพยาบาลวิชาชีพ” “อยากให้การครบครันภูมิใจที่เราทำได้” “ได้พูดให้กำลังใจตนเอง” “เมื่อก่อนไม่เคยพูดให้กำลังใจตนเองเลย มีแต่รำพึงรำพันว่าเป็นโชคชะตา” “เคยกำหนดตัวเองว่าคิดถูกหรือผิดนี้ที่มาเรียนพยาบาล แต่ตอนนี้กลับภูมิใจ” “ทำอะไรต้องวางแผน ให้เหมือนแผนการพยาบาล คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล หากยังไม่ดีจะปรับปรุงแผนใหม่” และ “เราต้องทำได้ คนอื่นยังผ่านมาได้เลย”

อภิปราย

จากการศึกษาผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิตเพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่าภายหลังการใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out นักศึกษามีภาวะหมดไฟในการเรียนโดยภาพรวมและรายด้านลดลงกว่าก่อนทดลอง อาจเนื่องจากเนื้อหาสำคัญภายในสื่อครอบคลุมกิจวัตรประจำวันของนักศึกษาพยาบาลที่เป็นสาเหตุของภาวะหมดไฟในการเรียน ได้แก่ วิธีการช่วยให้นอนหลับ เพราะหากนอนหลับไม่เพียงพอจะมีความสัมพันธ์กับความภาวะหมดไฟของนักศึกษา¹ เมื่อนักศึกษาสามารถพักผ่อนอย่าง

เพียงพอความอ่อนล้าทางอารมณ์จึงลดลง⁸ สอดคล้องกับคำพูดของนักศึกษาที่ว่า “ได้เรียนรู้วิธีการนอนหลับอย่างเพียงพอ ทำให้นอนหลับได้มากขึ้น สดชื่นขึ้น” และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าชั่วโมงการนอนและคุณภาพนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์^{1,6} นอกจากนี้ อาจเนื่องจากนักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียน ได้แก่ 1) การคิดบวกต่อการเรียนพยาบาล โดยการคิดถึงข้อดีต่อการเรียนพยาบาล และได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับข้อเสียของการเรียนพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษา ที่กล่าวถึงวิธีการจัดการเมื่อมีภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นเชิงบวก พิจารณาข้อดีข้อเสียของการลาออกจากงาน การค้นหาเป้าหมาย และการวางแผนชีวิต² 2) การพูดให้กำลังใจกับตัวเอง (self-talk) สอดคล้องกับคำพูดของนักศึกษาที่ว่า “ได้พูดให้กำลังใจตนเอง เมื่อก่อนไม่เคยพูดให้กำลังใจตนเองเลย มีแต่รำพึงรำพันต่อโชคชะตา ว่าคิดถูกหรือผิดนี้ที่มาเรียนพยาบาล” 3) การปรับปรุงและพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับการเพิ่มความประสบความสำเร็จส่วนบุคคล โดยมีการเตรียมตัววางแผนวิธีการเรียนรู้ ขอคำปรึกษาจากรุ่นพี่ หรือให้เพื่อนรื้อวิธีการเรียนวิชาที่ผ่านมา หรือการมีระบบให้คำปรึกษาจากอาจารย์หรือรุ่นพี่^{1,7} จะช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน และประเมินผลการกระทำ สอดคล้องกับคำพูดของนักศึกษาที่ว่า “ทำอะไรต้องวางแผน ให้เหมือนแผนการพยาบาล คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล หากยังไม่ดีจะ

ปรับปรุงแผนใหม่” “เรียนให้จบเพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพ” นอกจากนี้การเพิ่มความเป็นบุคคลนักศึกษาที่มีภาวะหมดไฟ มีผลกระทบต่อความสนใจในการเรียน ทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลงได้” ซึ่งหากนักศึกษาได้ฝึกความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่า “ฉันทำได้” (I can do it) ย่อมเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้จากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับคำพูดของนักศึกษาที่ว่า “เราต้องทำได้ คนอื่นยังผ่านมาได้เลย” และ “ทำให้หนูรู้ว่าต้องทำได้”

สรุป

การใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out ทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับภาวะหมดไฟในการเรียนของตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ภาวะหมดไฟในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล สามารถลดลงได้หากได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจารย์หรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้องการทำหน้าที่ดูแลนักศึกษาพยาบาลสามารถใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out มาใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ เยียวยานักศึกษาพยาบาลได้ เนื่องจาก

1. การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล ทำให้นักศึกษาสามารถดูแลตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้สุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out เป็น

ตัวช่วย หรือ coach เพื่อลดภาวะหมดไฟในการเรียนของตนเอง และกลุ่มตัวอย่างสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการลดภาวะหมดไฟในการทำงาน เมื่อตนเองเป็นพยาบาลวิชาชีพได้

2. สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้ทางสุขภาพจิต เรื่อง How to break burn out สามารถนำไปใช้ในกิจกรรมพัฒนานักศึกษา หรือระบบการดูแลนักศึกษาคนอื่น ๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ทุกคนที่มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รุจิรา ดวงเพิ่มทรัพย์, วินิตรา นวลละออง, ธรรมนาถ เจริญบุญ. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(2): 189-202.
2. ชัยพร พงษ์พิสันต์รัตน์. ความเหนื่อยหน่ายในการเรียน: สภาวะการณ์ที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2564; 15(1): 7-14.
3. ศรีสกุล เขียนแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. วารสารแพทยสารทหารอากาศ 2562; 65(2): 44-52.
4. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version :04/2019) [online]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/lm/en/#/> <http://id.who.int/icd/entity/129180281>. [2019 Jun 28].

5. Mahfouz MS, Ali SA, Alqahtani HA, Kubaisi AA, Ashiri NM., Daghriri EH, et al. Burnout and its associated factors among medical students of Jazan University, Jazan, Saudi Arabia (Research report). Saudi Arabia: Emerald Publishing Limited; 2020.
6. มนัสพงษ์ มาลา. ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4. นนทบุรี: ส่วนราชการศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 4; 2563.
7. กอเกศ ค่ายเกิด, ครองขวัญ รั้วมัน, นิรุชา ปรีชาเลิศศิลป์, วินิตรา นวลละออง, ปณัลดา โรจน์พิบูลสถิต. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟ (Burnout syndrome) ในนักศึกษาแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2562; 19(Supplement): 127-38.
8. ชารัตน์ พรมสาร, จุติกรณ อรุณดิน, เบญจมาศ มั่นอยู่. ภาวะหมดไฟทางการเรียนของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยนเรศวร. ศึกษาศาสตร์สาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2564; 5(3): 1-10.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลัง การติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่รับบริการ home isolation สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ชุติกานันท์ ทิพย์ปัญญา, วท.บ.*, สาวิตรี แสงสว่าง, พย.ม.*,

ธิตี เจริญศักดิ์, ส.บ.*, กมลวรรณ บุญเพ็ญ, พย.ม.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่รับบริการ Home isolation สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารับการรักษาในรูปแบบ home isolation ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 95 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลด้วยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้ป่วยประเมินตนเองด้วยแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบ google form ภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความวิตกกังวล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล : ความชุกของการปัญหาสุขภาพจิตหลังติดเชื้อโควิด-19 พบความเครียดร้อยละ 46.3 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 10.3 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.5 และนอนไม่หลับร้อยละ 35.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ การว่างงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดและภาวะวิตกกังวล และอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะนอนไม่หลับ

สรุป : ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบได้ค่อนข้างสูง ควรมีการประเมินและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้สูง

คำสำคัญ : การดูแลรักษาในที่พัก ปัญหาสุขภาพจิต อาการหลังการติดเชื้อโควิด-19

THE PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF PSYCHIATRIC PROBLEMS IN POST COVID-19 SYNDROME AMONG PATIENT AT HOME ISOLATION, SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Chutikan Thippunya, B.Sc.*, Sawitree Saengsawang, M.N.S*,

Thiti Charoensuk, B.P.H.*, Kamolwan Boonpang, M.N.S.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: The purpose was to investigate the prevalence and associated factors of psychiatric problems in post COVID-19 syndrome among patient at home isolation in Somdet Chaopraya institute of psychiatry.

Material and Methods: This research is a retrospective study. The subjects were 95 COVID-19 patients admitted in home isolation at Somdet Chaopraya institute of psychiatry. The prevalence and associated factors of psychiatric problems were assessed from patient history file and post COVID-19 syndrome electronic database that self-assessment patients via google form 3 months after infection with COVID-19. Research instruments included the Stress test (ST5), the General Anxiety Disorder (GAD-7), the 9 questions of depression assessment (9Q) and the Insomnia severity index (ISI). Data were analyzed with descriptive statistics and logistic regression analysis.

Results: The prevalence of psychiatric problems in post COVID-19 syndrome were stress (46.3%), anxiety (10.3%), depress (10.5%) and insomnia (35.8%). Associated factors of psychiatric problems were unemployment that associated to stress and anxiety, age associated to insomnia.

Conclusion: The psychiatric problems in post COVID-19 syndrome were quite high. Patients should be properly assessed and managed to prevent the development of psychiatric disorders. Especially in late adulthood who do not have a job, which is a group that has a high risk of mental health problems.

Key words: home isolation, psychiatric problems, post COVID-19 syndrome

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease: COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาเพื่อจับเซลล์โปรตีนของบางอวัยวะทำให้เกิดการอักเสบในร่างกายเป็นผลให้อวัยวะนั้น ๆ ได้รับความเสียหายส่งผลกระทบต่อร่างกาย¹ และเมื่อติดตามอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังการติดเชื้อพบว่าในผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากการติดเชื้อแล้วจำนวนหนึ่งยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ลักษณะอาการหลงเหลือที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผื่นร่วง เวียนศีรษะ วิดกกังวล/เครียด ความจำสั้น เจ็บหน้าอก เป็นต้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามว่าเป็นภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Post COVID-19 conditions)² และด้วยอาการที่ต้องใช้เวลาฟื้นตัวกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไปจึงเรียกอาการเรื้อรังนี้ว่า “ภาวะลองโควิด” (Long COVID)³

ภาวะลองโควิด (Long COVID) หรือ Post COVID-19 Syndrome คือ ภาวะของผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด-19 แล้วแต่ยังต้องเผชิญกับอาการที่หลงเหลืออยู่ พบในช่วง 3 เดือนหลังจากการติดเชื้อ และต้องแสดงอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน โดยอาการที่พบอาจจะเป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากหายจากโรคโควิด-19 หรือเป็นอาการหลงเหลืออยู่เดิมแม้ผ่านช่วงฟื้นตัวจากการติดเชื้อมาแล้ว⁴ ซึ่งอาการลองโควิดมีโอกาสเกิดขึ้นได้ร้อยละ 30 - 50 จากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่

รักษาหายแล้ว โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการป่วยรุนแรง ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดภาวะลองโควิดที่ชัดเจน สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะลองโควิดก็ยังไม่ทราบแน่ชัดเช่นกัน มีเพียงข้อสังเกตว่ามีปัจจัยที่พบได้ในหลาย ๆ การศึกษา อาทิเช่น เพศหญิง อายุมาก ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว มีอาการมากกว่า 5 อาการในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรครุนแรงในระยะแรก เป็นต้น⁴

โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและเศรษฐกิจแล้ว ยังผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนด้วย โดยมีสาเหตุมาจาก 1) ความวิตกกังวล ซึ่งคนส่วนใหญ่เกิดความกังวลว่าตนเองได้รับเชื้อหรือไม่ คนในครอบครัวจะปลอดภัยหรือไม่ เกิดการวิตกกังวลกลัวการสูญเสียคนที่รักไป 2) ความเครียดจากการรับข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไป 3) ความเครียดจากผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ที่พบว่าธุรกิจจำนวนมากต้องปิดกิจการ การค้าขายชะงักงัน ขาดรายได้ ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีพ และ 4) ความเครียดจากการเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบกะทันหัน เช่น ต้องทำงานจากบ้าน ไม่ได้พบเจอกับเพื่อน ไม่สามารถไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ตามปกติ ส่งผลให้มีภาวะโดดเดี่ยวเหงา⁵ เมื่อการสะสมความเครียดนานวันก็ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตตามมา ปฏิบัติการที่พบได้บ่อยในผู้ที่เกิดผลกระทบทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความกลัวที่จะติดเชื้อและเสียชีวิต การหลีกเลี่ยงที่จะไปโรงพยาบาลเพราะกลัวติดเชื้อขณะรับบริการ ความกลัวการแยกออกจากสังคม

รู้สึกหมดหนทาง เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว และซึมเศร้า จากการถูกแยกกักโรค ความรู้สึกกลัวการเกิดเหตุการณ์ย้อนกลับเหมือนการแพร่ระบาดครั้งก่อน⁶

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีการเก็บข้อมูลของผู้ที่หายป่วยจากโควิด-19 ในต่างประเทศพบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่หายจากโรคโควิด-19 พบเกิดภาวะวิตกกังวลร้อยละ 18 มีปัญหาด้านอารมณ์ร้อยละ 13.6 ภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 5.3 และบางรายพบอาการหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง โดยสาเหตุการเกิดก็ยังไม่แน่ชัด⁷ และตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายของกรมการแพทย์ได้แนะนำให้ประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในภาวะ Long COVID ได้แก่ อาการเครียด อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต⁴ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองปัญหาเบื้องต้นตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้เปิดให้บริการผู้ป่วยโควิด-19 ในรูปแบบการดูแลรักษาในที่พัก (home isolation) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการน้อย ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีสถานที่แยกกักตัวที่เหมาะสมซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์และมีพยาบาลติดตามอาการตลอด 24 ชั่วโมงในช่วง

ระยะเวลาการกักตัว 10 วัน ตามมาตรฐานการจัดบริการ Home Isolation ของกรมการแพทย์⁸ รวมถึงการประเมินภาวะ Long COVID ภายหลังการติดเชื้อ 3 เดือนด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้รับการดูแล รักษา ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า ข้อมูลของปัญหาด้านสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในภาวะ Long COVID ยังมีจำกัด การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตหลังการติดเชื้อโควิด-19 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือน ซึ่งจะส่งผลในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและการติดตามดูแลผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารับการรักษาในรูปแบบ home isolation ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2565 จำนวน 95 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย และข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองผ่านทาง google form ภายหลังการติดเชื้อ COVID-19 ในระยะเวลา 3 เดือน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด-19

ด้วยตรวจ Real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) หรือ Antigen test kite (ATK) ต่อเชื้อ SARS-CoV-2 เป็นผลบวก

2) ได้รับการรักษาพยาบาลในรูปแบบการดูแลรักษาในที่พัก (home isolation) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2565

3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ได้และยินยอมให้ข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามผ่าน google form

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ BMI โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีน ความรุนแรงของอาการโควิด-19 การได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ และภาวะเครียดขณะติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต หลังการติดเชื้อโควิด-19 เป็นการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้ป่วยได้ประเมินอาการและความรู้สึกด้วยตนเองในลักษณะการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต 4 ด้าน ดังนี้

1) แบบประเมินความเครียด (ST5) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา⁹ มีจำนวน 5 ข้อคำถาม มี

ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน แปลผลด้วยการรวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนน 1 - 4 คะแนนหมายถึง มีความเครียดน้อย คะแนน 5 - 7 คะแนนหมายถึง มีความเครียดปานกลาง คะแนน 8 - 9 คะแนนหมายถึง มีความเครียดมาก และคะแนน 11 - 15 คะแนนหมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

2) แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (General Anxiety Disorder: GAD-7) ของสปิทเซอร์และคณะ¹⁰ ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ โดยลักษณะการตอบเป็นการประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน แปลผลด้วยการรวมคะแนนทั้งหมด คะแนน 0 - 9 คะแนนหมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปกติ คะแนน 10 - 14 คะแนนหมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และคะแนน 15 - 21 คะแนนหมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

3) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยการตอบเป็นการประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน แปลผลด้วยการรวมคะแนนทั้งหมด คะแนน < 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการซึมเศร้า คะแนน 7 - 12 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13 - 18 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 19 คะแนน คือ มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

4) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index: ISI) ของ Morin¹² แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธัญญา แก้วแพง¹³ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่

หลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยตอบคำถามเป็นแบบการประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน แปลผลด้วยการรวมคะแนนทุกข้อ คะแนน 0 - 7 คะแนนคือการนอนหลับปกติ คะแนน 8 - 14 คะแนนคือมีอาการนอนไม่หลับระยะแรก คะแนน 15 - 21 คะแนนคือมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง และคะแนน 22 - 28 คะแนนคือมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 003/2566 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยการทดสอบไคร้สแควร์ (Pearson's Chi-square Test) และใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.6 อายุระหว่าง 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.8 ประกอบอาชีพข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 18 - 24.99 คิดเป็นร้อยละ 55.8 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77.9 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 4 เข็ม คิดเป็นร้อยละ 61.1 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยขณะติดเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการแสดงของโรคโควิด-19 ได้แก่ อาการเจ็บคอ (ร้อยละ 66.3) อาการไอ (ร้อยละ 65.3) อาการมีเสมหะ (ร้อยละ 57.9) และมีน้ำมูก (ร้อยละ 57.9) เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคโควิด-19 จากอาการแสดงของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีอาการแสดง 4 อาการ คิดเป็นร้อยละ 27.4 ในด้านการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 95)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	47.4
หญิง	50	52.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 95) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21 - 40 ปี	54	56.8
41 - 60 ปี	41	43.2
อาชีพ		
ข้าราชการ	53	55.8
พนักงานบริษัท	7	7.4
รับจ้าง	7	7.4
เจ้าของกิจการ	5	5.3
ว่างงาน	10	10.5
อื่นๆ	13	13.7
BMI		
18 - 24.99	53	55.8
25 - 29.95	22	23.2
≥ 30	20	21.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	74	77.9
มี	21	22.1
โรคความดันโลหิตสูง	3	14.2
โรคไขมันในเลือดสูง	4	19.1
ภูมิแพ้	6	28.6
โรคไทรอยด์	2	9.5
อื่น ๆ	6	28.6
ประวัติการรับวัคซีน		
ไม่ได้รับวัคซีน	9	9.5
1 เข็ม	0	0
2 เข็ม	6	6.3
3 เข็ม	22	23.2
4 เข็ม	58	61.1

การรักษาด้วยยา favipiravir คิดเป็นร้อยละ 78.9
และการเกิดภาวะเครียดขณะติดเชื้อมีโควิด-19 พบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียดหรือมีภาวะเครียด
ในระดับน้อยร้อยละ 76.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพขณะติดเชื้อมีโควิด-19 (n = 95)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
อาการแสดงที่พบของโรคโควิด-19		
ไม่มีอาการ	4	4.2
มี (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)	91	95.8
เจ็บคอ	63	66.3
ไอ	62	65.3
มีเสมหะ	55	57.9
มีน้ำมูก	55	57.9
ปวดศีรษะ	20	21.1
ปวดเมื่อยตัว	23	24.2
ไข้	16	16.8
ท้องเสีย	4	4.2
หายใจลำบาก	1	1.1
จมูกไม่ได้กลิ่น	3	3.2
ความรุนแรงของอาการโควิด-19		
ไม่มีอาการใดๆ	4	4.2
มีอาการแสดง 1 อาการ	7	7.4
มีอาการแสดง 2 อาการร่วมกัน	17	17.9
มีอาการแสดง 3 อาการร่วมกัน	23	24.2
มีอาการแสดง 4 อาการร่วมกัน	26	27.4
มีอาการแสดง 5 อาการร่วมกัน	14	14.7
มีอาการแสดง 6 อาการขึ้นไปร่วมกัน	4	4.2
การได้รับยา Favipiravir		
ไม่ได้รับ	20	21.1
ได้รับ	75	78.9

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพขณะติดเชื้อโควิด-19 (n = 95) (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเครียดขณะติดเชื้อโควิด-19		
ไม่มีภาวะเครียด/เครียดน้อย	73	76.8
เครียดปานกลาง	19	20.0
เครียดมาก	3	3.2

ตารางที่ 3 ความทุกข์ของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n = 95)

ปัญหาสุขภาพจิตหลังการติดเชื้อโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะความเครียด		
ไม่มีความเครียดหรือเครียดน้อย	51	53.7
เครียดปานกลาง	27	28.4
เครียดมาก	8	8.4
เครียดมากที่สุด	9	9.5
ภาวะวิตกกังวล		
วิตกกังวลระดับปกติ	85	89.5
วิตกกังวลระดับปานกลาง	7	7.4
วิตกกังวลระดับสูง	3	3.2
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีอาการซึมเศร้า	85	89.5
มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย	3	3.2
มีอาการซึมเศร้าปานกลาง	7	7.4
มีอาการซึมเศร้ารุนแรง	0	0.0
ภาวะนอนไม่หลับ		
การนอนหลับปกติ	61	64.2
มีอาการนอนไม่หลับระยะแรก	22	23.2
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	12	12.6
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	0	0.0

ความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังการติดเชื้อโควิด-19

ความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะความเครียดร้อยละ 46.3 ความชุกของการเกิดภาวะวิตกกังวลร้อยละ 10.3 ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.5 และความชุกของการเกิดภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 35.8 ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยสถิติ Pearson's Chi-Square test ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับความเครียดภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ปัจจัยด้านอายุและอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's Chi-Square test มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์พบว่า การว่างงานมีโอกาสเกิดภาวะเครียดภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 เป็น 4.73 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.66, 13.50) การว่างงานมีโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 เป็น 6.27 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.55, 25.25) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะนอนไม่หลับภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 เป็น 0.39 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.15, 0.97) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n = 95)

ปัจจัย	ภาวะความเครียด				Crude OR ^a (95% CI)	Adjusted OR ^b (95% CI)
	เครียดปกติ (n = 51)		มีภาวะเครียด (n = 44)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	45	47.4	27	28.4	1.00	1.00
ว่างงาน	6	6.3	17	17.9	4.72 (1.65, 13.43)*	4.73 (1.66, 13.50)*

*p-value < 0.05, a = binary logistic regression, b = multiple logistic regression, Adjusted: sex, NA = not available

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n = 95) (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะวิตกกังวล				Crude OR ^a (95% CI)	Adjusted OR ^b (95% CI)
	ไม่มีวิตกกังวล (n = 85)		มีวิตกกังวล (n = 10)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
21 - 40 ปี	44	46.3	10	10.5	NA	NA
41 - 60 ปี	41	43.2	0	0.0		
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	68	71.6	4	4.2	1.00	1.00
ว่างงาน	17	17.9	6	6.3	6.00 (1.52, 23.66)	6.27 (1.55, 25.25)*
ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า				Crude OR ^a (95% CI)	Adjusted OR ^b (95% CI)
	ไม่มีซึมเศร้า (n = 85)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 10)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
21 - 40 ปี	45	52.9	9	90.0	1.00	1.00
41 - 60 ปี	40	47.1	1	10.0	0.12 (0.01, 1.03)	0.12 (0.01, 1.02)
ปัจจัย	ภาวะนอนไม่หลับ				Crude OR ^a (95% CI)	Adjusted OR ^b (95% CI)
	นอนหลับปกติ (n = 61)		นอนไม่หลับ (n = 34)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
21 - 40 ปี	30	49.2	24	70.6	1.00	1.00
41 - 60 ปี	31	50.8	10	29.4	0.40 (0.16, 0.98)*	0.39 (0.15, 0.97)*

*p-value < 0.05, a = binary logistic regression, b = multiple logistic regression, Adjusted: sex, NA = not available

อภิปราย

ความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
หลังการติดเชื้อโควิด-19

จากผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะเครียดหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบได้มากถึงร้อยละ 46.3 รองลงมาคือปัญหาการนอนไม่หลับที่พบได้ร้อยละ 35.8 สำหรับการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าพบได้ใกล้เคียงกับปัญหาความวิตกกังวล

คือร้อยละ 10.5 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ อาจเนื่องจากสถานการณ์การระบาดที่โรคโควิด-19 ที่ยังไม่สงบและมีระยะเวลาการแพร่ระบาดที่ยาวนาน สังคมยังมีความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ อีกทั้งสถานะเศรษฐกิจที่ตกต่ำยังไม่สามารถฟื้นคืนได้ ทำให้ผู้ป่วยโควิด-19 แม้จะหายจากการติดเชื้อแล้วยังไม่สามารถปรับตัวกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรค จึงส่งผล

ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบปัญหาด้านสุขภาพจิตได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการพบปัญหาสุขภาพจิตในภาวะ Long COVID ของกรมการแพทย์⁴ ที่พบอาการนอนไม่หลับร้อยละ 36 อาการวิตกกังวลร้อยละ 23 และอาการหลงลืมร้อยละ 24 และการสำรวจของศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต พบผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 13.30 อาการวิตกกังวลร้อยละ 11.80¹⁴ และการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังโควิด-19 ในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร พบผู้ป่วยมีความเครียดปานกลางร้อยละ 40.8 เครียดมากร้อยละ 13.2 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.6¹⁵ สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาของเมซซาและคณะ¹⁶ ที่พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31 ความวิตกกังวลร้อยละ 42 อาการย้ำคิดย้ำทำ (OC) ร้อยละ 20 และอาการนอนไม่หลับร้อยละ 40

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังการติดเชื้อโควิด-19

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเรื่องการว่างงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดและภาวะวิตกกังวลหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยผู้ที่ว่างงานมีโอกาสเกิดความเครียดเป็น 4.55 เท่า และมีโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลเป็น 6.27 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ประกอบอาชีพ ซึ่งอาจเนื่องในสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจที่ยังไม่สามารถฟื้นตัวจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การว่างงานจึงจัดเป็นปัญหาใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้ เกิดความยากลำบากในดำรงชีวิต ซึ่งผู้ที่ว่างงานจะต้องพยายามขวนขวายในการเติมเต็มความจำเป็นใน

การใช้ชีวิต อีกทั้งผู้ที่ตกงานมักจะมีความอับอายสูญเสียเป้าหมายในชีวิต สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิรา ชาญณรงค์¹⁷ และโฮสตันและคณะ¹⁸ ศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ว่างงานหรือทำงานบ้านพบการเกิดปัญหา Long COVID ได้มากกว่าอาชีพอื่นและการศึกษาของสันติ เหล่านิพนธ์¹⁹ ที่พบว่า การขาดรายได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัยเรื่องอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะนอนไม่หลับหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะนอนไม่หลับเป็น 0.39 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี จะเห็นได้ว่าแม้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 แต่โอกาสที่จะเกิดเพียง 0.39 เท่า อาจเนื่องจากอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุได้แก่ ปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมักพบได้บ่อยถึงร้อยละ 30 - 35 ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะทำให้การหลับลึกลดลงอย่างชัดเจน²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสันติ เหล่านิพนธ์¹⁹ ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 คือ อายุ อาชีพ และรายงานของกรมการแพทย์⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากมีโอกาสเกิดภาวะ Long COVID ได้มากกว่าผู้ที่อายุน้อยโดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุ 40 ปีขึ้นไป

สรุป

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบได้ค่อนข้างสูง ควรมีการประเมินและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้สูง

ข้อเสนอแนะ

1. การเก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองผ่าน google form อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการตอบแบบประเมินได้ ควรมีการนัดหมายเพื่อประเมินผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น รวมถึงสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
2. ควรเพิ่มเติมขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมาก่อนที่จะติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชงชัย ฉัตรยิ่งมมงคล. ภาวะลองโควิด อาการเรื้อรังที่ตามมาของคนติดเชื้อโควิด-19. [online]. Available from: <https://www.sikarin.com/health/covid19/long-covid>. [15 ตุลาคม 2565].
2. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus. [online]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1. [2022 Oct 20].
3. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. Royal College of General Practitioners, Healthcare Improvement Scotland SIGN; 2020.
4. กรมการแพทย์. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) ภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์. [online]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=157. [20 ตุลาคม 2565].
5. สิทธิพล วนิชย์ธนากุล. โควิด-19 กับสุขภาพจิต รัฐบาลต้องใส่ใจ. [ออนไลน์]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/879191>. [12 ตุลาคม 2565].
6. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ แพรว ใดสังกะ. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด COVID-19. [ออนไลน์]. Available from: <https://www.thaidmhelibrary.org/content/7191/มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของการระบาด-covid-19addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-of-covid-19-outbreak>. [15 ตุลาคม 2565].
7. พรทิพย์ ศรีโสภิต. ผลกระทบจากลองโควิด (Long Covid) ต่อจิตใจ. [online]. Available from: <https://www.praram9.com/long-covid-depression/>. [15 พฤศจิกายน 2565].

8. กรมการแพทย์. การจัดบริการ home isolation. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [online]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=159. [20 ตุลาคม 2565].
9. อรรถพรณ ศิลปะกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีรัฐัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551; 16(3): 177-85.
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Archiv Inter Med 2006; 166(10): 1092-7.
11. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ฉบับที่ 3/2557. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2557.
12. Morin CN. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford press; 1993.
13. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
14. กรมสุขภาพจิต. คู่มือ COVID-19. [online]. Available from: http://mhso.dmh.go.th/page/submenu.php?submenu_id=16 [21 ตุลาคม 2565].
15. สุดฤทัย รัตนโอภาส, เพ็ญพิศ จีระภา. ผลของการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(6): 645-53.
16. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. Brain Behav Immun 2020; 89: 594-600.
17. มณฑิรา ชาญณรงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565; 28(1): 1-16.
18. Hossain MA, Hossain KM, Saunders K, Uddin Z, Walton LM, Raigangar V, et al. Prevalence of long covid symptoms in Bangladesh: A prospective inception cohort study of covid-19 survivors. BMJ Global Health 2021; 6(12): e006838.
19. สันติ เหล่านิพนธ์. ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565; 12(2): 250-67.
20. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; 2561.

การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

เพลิน เลี้ยงโชคอยู่, พย.ม.*, วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, พย.ม.*,
สาวิตรี สุริยะฉาย, พย.ม.*, สาวิตรี แสงสว่าง, พย.ม.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และ 2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในขั้นตอนการทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนาม

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน จำนวน 84 คน เป็นกลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาล จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน แบบประเมินระดับอาการทางจิต และชุดทดสอบสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ติดตามการป่วยซ้ำ และเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ 4

ผล : 1) รูปแบบผสมผสานการพยาบาลพัฒนาเป็นคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” และ 2) ผลการทดลองภาคสนาม พบว่าการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีโอกาสป้องกันการป่วยซ้ำเป็น 0.7 เท่าของกลุ่มควบคุม และการเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ระหว่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีโอกาสป้องกันการเสพยาเป็น 0.67 เท่า และ 0.69 เท่าของกลุ่มควบคุม

สรุป : รูปแบบการผสมผสานการพยาบาลสามารถป้องกันการป่วยซ้ำและการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนได้

คำสำคัญ : การป่วยซ้ำ การเสพยา ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน รูปแบบผสมผสานการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A NURSING-INTEGRATED MODEL FOR RELAPSE AND ADDICTION RELAPSE FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH METHAMPHETAMINE USE DISORDER

Plearn Sieangchokyoo, M.S.N.*, Wattanaporn Piboonarluk, M.S.N.*,
Sawitree Suriyachai, M.S.N.*, Sawitree Saengsawang, M.S.N.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: 1) To develop the nursing integration model for schizophrenic patients with methamphetamine use disorder. 2) To study the result of the nursing integration model on relapse and substance use relapse in schizophrenic patients with methamphetamine use disorder in the field-testing phase.

Material and Methods: This research and development included a sample group of 84 schizophrenic patients with methamphetamine use disorder who met the inclusion criteria were recruited from in patient department. Then were randomly assigned into experimental group and control group, 42 subjects in each group. The experimental group received a nursing integrated model and the control group received regular caring activity. The research instruments consisted of clinical nursing practice guidelines: an integrated model of nursing for schizophrenia patients with methamphetamine use disorder, brief psychiatric rating scale (BPRS), and methamphetamine test strip. Follow-up relapse and relapse substance use after the end of the experiment and discharged 2 and 4 weeks.

Results: 1) Integrated nursing model developed into a manual “clinical nursing practice guidelines: integrated nursing model for schizophrenia patients with amphetamine use disorder”. (2) Field experiment results found that relapse after 2 weeks was not different between the experimental group and the control group. However, after 4 weeks was significantly different at the 0.05 level, with the experimental group having a 0.7 times chance of being prevented relapse than the control group. Substance use relapse after 2 and 4 weeks of the experiment between the two groups was significantly different at the 0.05 level, with the experimental group having a chance of being prevented substance use relapse again 0.67 times and 0.69 times the control group.

Conclusion: The integrated nursing model can prevent relapse and substance use relapse in schizophrenic patients with methamphetamine use disorder.

Key words: relapse, substance use relapse, schizophrenic patients with methamphetamine use disorder, nursing integrated model

Corresponding author: Plearn Sieangchokyoo, e-mail: ju4161@hotmail.com

Received: August 18, 2023; Revised: October 25, 2023; Accepted: October 30, 2023

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ทั่วโลก พบได้มากถึงร้อยละ 0.32¹ ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยในอัตราที่สูงขึ้น² โดยปัจจัยหนึ่งที่นำมาซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากปัญหาการใช้สารเสพติด (substance use disorder)^{3,4} ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่เป็นยาบ้า⁵ ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสพยาได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ป่วยซ้ำและเสพยา อธิบายได้ว่าเกิดจากสารเมทแอมเฟตามีนไปกระตุ้น brain reward system ส่งผลต่อการปลดปล่อยสารโดปามีนแบบชั่วคราวให้เข้มข้นมากขึ้นจนเกิดพิษในระบบประสาทระดับรุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเมทแอมเฟตามีน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตแบบเฉียบพลันได้ง่าย อีกทั้งสารเมทแอมเฟตามีนยังไปยับยั้งประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยาต้านอาการทางจิต และส่งผลให้เกิดภาวะข้างเคียงจากยาได้ง่าย⁶ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือในยาตามแผนการรักษา นำไปสู่การพยากรณ์โรคที่แย่ลงและเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นมากได้ง่าย⁷ นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ มุมมองว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยทางจิตจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน ขาดเป้าหมายในการเลิกใช้ การเสพยาเมทแอมเฟตามีนเป็นหนทาง

ช่วยลดความเครียดจากปัญหาชีวิต สะท้อนให้เห็นการเผชิญและแก้ไขปัญหาที่ไม่สร้างสรรค์ ตลอดจนความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จากความเชื่อผิด ๆ จึงสรุปได้ยากว่าการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำ หรือการป่วยซ้ำจากการทางจิตเป็นสาเหตุของการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแลทางการแพทย์จากหลักฐานเชิงประจักษ์จึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมมาใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวช การหาแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจึงสำคัญอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการจัดรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานร่วมกัน โดยมุ่งเน้นปัญหาการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทางคลินิกที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลตามสภาพปัญหาที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละรายตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นเพิกเฉย ขั้นลังเลใจ/ซังใจ และขั้นเตรียมตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดำเนินงานกันแบบทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณี⁷⁻⁹ จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาล (1) เพื่อพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และ (2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในขั้นตอนการทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนาม ซึ่งการพัฒนาครั้งนี้สอดคล้องกับ

นโยบายกรมสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมไทย

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน จำนวน 12 เรื่อง เป็นงานวิจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจำนวน 7 เรื่อง พบว่า รูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำที่สำคัญ มีลักษณะการจัดระบบการดูแลการรายกรณี (Case Management: CM) ร่วมกับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Therapy: TR) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้น (Cognitive Behavior Therapy: CBT) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation Therapy: PE) และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation: FPE) มีผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ⁹⁻¹⁵ และงานวิจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน พบจำนวน 5 เรื่อง พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยแบบกลุ่ม (PE) และสุขภาพจิตศึกษา

ครอบครัว (FPE) มีผลต่อการป้องกันการเสพยาซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶⁻²⁰ ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชโดยการสนทนากลุ่ม หัวข้อ “มุมมองพยาบาลจิตเวชต่อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรพยาบาลจิตเวชที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน จำนวน 15 คน อธิบายได้ว่าระยะอาการทางจิตกำเริบ หรือระยะถอนพิษเมทแอมเฟตามีน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ และเมื่อเข้าสู่ระยะอาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยา

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน กำหนดแนวคิดที่นำมาประยุกต์เป็นรูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ประกอบด้วย 6 แนวคิด ได้แก่ การจัดการรายกรณี (CM) แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด (TR) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (PE) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (FPE) โดยจัดเป็นคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ระบบการจัดการรายกรณี และส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ กำหนดคุณสมบัติสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี ได้แก่ (1) สำเร็จ

การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลสาขา
สุขภาพจิตและจิตเวช หรือหลักสูตรพยาบาลศาต
รมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต (2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัด
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (3) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่ง
การวางแผนนี้จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบำบัด
เบื้องต้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบบำบัด
เบื้องต้น เป็นการจัดทำคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาล
ทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลใน
ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ประกอบด้วย
6 ส่วน คือ (1) ขั้นตอนการจัดการรายกรณี (2)
แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด (3)
แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (4)
แนวปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจ (5) แนวปฏิบัติการพยาบาล
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และ (6) แนวปฏิบัติ
การพยาบาลสุขภาพจิตครอบครัว มีค่าความตรง
เชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence:
IOC) แต่ละส่วนระหว่าง 0.67 - 1.00

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบภาคสนาม
เบื้องต้น และการปรับปรุงรูปแบบบำบัดหลัก ผู้วิจัย
ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วย
จิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาใน
หอผู้ป่วย จำนวน 5 คน ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน
ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยผู้วิจัยทำ
หน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีดำเนินการตามขั้นตอน
ของคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ พบ
ประเด็นปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหา ดังนี้ (1) ขั้นตอน

การจัดการรายกรณีไม่ชัดเจน จึงปรับรายละเอียด
ขั้นตอนการจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้น และประชุมร่วมกับ
หอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงขั้นตอนการจัดการรายกรณี
บทบาทหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (2) กลุ่มตัวอย่าง
ไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อ
เสริมสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากประโยคสั้น ขาดใจความ
สำคัญในการถาม จึงเพิ่มการขยายความในประโยค
คำถามให้มีความชัดเจนขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบภาคสนามหลัก
และการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัย
ทำความเข้าใจกับพยาบาลจิตเวชที่ทำหน้าที่เป็น
ผู้จัดการรายกรณีในการดำเนินการตามขั้นตอนของ
คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯที่ได้จาก
การปรับแก้ไขจากขั้นตอนที่ 4 การทดสอบ
ภาคสนามเบื้องต้น และประชุมทำความเข้าใจ
ขั้นตอนการจัดการรายกรณีกับบุคลากรหอผู้ป่วย
แล้วไปทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน
10 คน ที่มาจากหอผู้ป่วย 2 แห่ง ติดตามผลลัพธ์
หลังสิ้นสุดการตรวจสอบภาคสนามหลักหลัง
จำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน
ไม่พบการป่วยซ้ำและการเสพยา แต่มีกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 1 คน ที่ป่วยซ้ำและเสพยา เนื่องจากหลัง
จำหน่ายผู้ป่วยถูกผู้ดูแลในครอบครัวแยกบ้านจึง
ต้องอยู่ลำพัง เกิดความรู้สึกเหงา จึงกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำ
ตั้งแต่ช่วงสัปดาห์ที่ 2 ส่งผลต่อการไม่ร่วมมือใน
การใช้ยาจึงเกิดอาการทางจิตขึ้น และได้รับการส่ง
เข้ารับการรักษาอีกครั้ง ทั้งนี้ รูปแบบการบำบัด
แบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
เมทแอมเฟตามีนมีข้อจำกัดที่ต้องอยู่อาศัยร่วมกับ

ผู้ดูแลหลัก จึงปรับเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมีผู้ดูแลหลัก ที่อยู่ร่วมบ้านกันหลังจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบการนำไปใช้ใน ภาคนาม และการปรับปรุงรูปแบบครั้งสุดท้าย เป็นการวิจัยเรื่อง “ผลของรูปแบบผสมผสานการ พยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ด้วยวิธีการทดลองแบบ Randomized Controlled Trials (RCT) ติดตามผล การป่วยซ้ำและเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและ จำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 (T1) และสัปดาห์ที่ 4 (T2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน (schizophrenia with methamphetamine used disorders) เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยา จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการ สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยหมายเลขผู้ป่วยใน (Admission Number: AN) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกนำมาเรียงลำดับจาก น้อยไปมาก และถูกการนับหน่วยกลุ่มตัวอย่างเว้น ทุก 3 ลำดับสลับเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มีประวัติเข้ารับการรักษ าแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้งขึ้นไป มีอายุ 16 - 60 ปี มีผล การตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะแรกรับ การรักษาค้างนี้เป็นบวก หลังจำหน่ายอาศัยอยู่กับ ครอบครัว หรือมีครอบครัวดูแลรับผิดชอบ และมี ผู้ดูแลหลักบรรลุนิติภาวะ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

ถูกส่งมาบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต หรือเงื่อนไขคุมประพฤติ มีความน่าสงสัยหรือ ได้รับการวินิจฉัยร่วมว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม มี ความผิดปกติทางจิตจากระบบประสาทเวชศาสตร์ หรือระดับสติปัญญา

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วย รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ ใช้เมทแอมเฟตามีน และกลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ การติดตามการป่วยซ้ำและการเสพยาเมื่อ หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 (T1) และสัปดาห์ที่ 4 (T2)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยในขั้นตอนการทดสอบการนำไปใช้ ในภาคนาม ได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าฯ เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 001/2566 วันที่รับรองวันที่ 1 พฤษภาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1) คู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลใน ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ที่พัฒนาและ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วในขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วยแนวคิดทางการพยาบาล 6 แนวคิด ได้แก่ การจัดการรายกรณี (CM) สัมพันธภาพ บำบัด (TR) สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (PE) การ สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับ ความคิดและพฤติกรรม (CBT) และสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว (FPE) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4

สัปดาห์

2) แบบประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS)²¹ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการป่วยซ้ำจาก 3 อาการ คือ ความคิดสับสน (conceptual disorganization) ประสาทหลอน (hallucinatory behavior) หรือเนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) หากพบว่าอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งในสามอาการนี้ มีระดับรุนแรงมาก (6 คะแนน) ขึ้นไป จึงแปลความว่า “ป่วยซ้ำ”²² ค่า Inter-Rater Reliability (IRR) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เท่ากับ 1.00

3) ชุดทดสอบสารเสพติด เมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผลการตรวจเป็นบวกจะพบแถบสีม่วงที่ตำแหน่ง C เท่านั้น และผลการตรวจเป็นลบจะพบแถบสีม่วงแดงที่ตำแหน่ง C และ T

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมตัว ทำความเข้าใจกับผู้จัดการรายกรณีในการใช้เครื่องมือวิจัย โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปลองใช้ในช่วงทดลองกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อน และมาปรึกษาร่วมกันเกี่ยวกับการดำเนินการบำบัดตามกิจกรรม ทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง และประชุมร่วมกับหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการ

ดำเนินการ

2) ระยะดำเนินการ กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลด้วย “รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลด้วย “การพยาบาลตามปกติ”

3) ระยะสิ้นสุด ผู้ช่วยวิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช ยาเสพติด และติดตามการป่วยซ้ำ และการเสพยา หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 (T1) และ 4 (T2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าฐานนิยม ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการป่วยซ้ำ และจำนวนการเสพยา ใช้สถิติ Phi Coefficient และความเสี่ยงสัมพัทธ์ของอัตราการเกิดการป่วยซ้ำและการเสพยา ในกลุ่มทดลองเทียบเท่าของกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Risk Ratio (RR) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอนที่ 7 การเผยแพร่และการนำไปใช้
ดำเนินการนำรูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนไปขยายผลทุกหอผู้ป่วย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน พร้อมแจกคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” จากนั้นนำเสนอ

ทีมนำทางคลินิก เพื่อเป็นกระบวนการหลักในการ
บำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
เมทแอมเฟตามีน และวางแผนตีพิมพ์เผยแพร่
วารสารทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงการ
นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับประเทศต่อไป

ผล

**การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาล
ต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
เมทแอมเฟตามีน**

การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาล
ต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้

เมทแอมเฟตามีนในขั้นตอนที่ 1 - 5 ทำให้เกิดคู่มือ
“แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบ
ผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมท
แอมเฟตามีน” ประกอบด้วย ขั้นตอนการจัดการราย
กรณี แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด
แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา แนว
ปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง
แรงจูงใจ แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัดความคิด
และพฤติกรรม และ แนวปฏิบัติการพยาบาล
สุขภาพจิตครอบครัว ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล

ขั้นตอนกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล	
สัปดาห์ที่ 1	ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้ป่วย : ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเกี่ยวกับรูปแบบผสมผสานการพยาบาล : ระบุตัวตนในเอกสารทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน/ การค้นหาปัญหา : แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 1 : ประเมินขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน (stage of change) ขั้นตอนที่ 3 การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ : ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี : บำบัดตามขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน (stage of change) ดังนี้ กรณีขั้นไม่สนใจ*: แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (PE) ครั้งที่ 1 และ 2 กรณีขั้นลังเลใจ/ซังใจ**: แนวปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ครั้งที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล (ต่อ)

ขั้นตอนกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล	
ลำดับที่ 2	ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี : แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 2 : บำบัดตามขั้นตอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน ดังนี้ กรณีขั้นลงเลใจ/ซังใจ**: แนวปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจ (MI) ครั้งที่ 2 - 3 กรณีขั้นเตรียมตัว***: แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครั้งที่ 1
ลำดับที่ 3	ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี (ต่อ) : แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 3 : บำบัดตามขั้นตอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน กรณีขั้นเตรียมตัว***: แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครั้งที่ 2 - 3 : แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (FPE) ครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 5 การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน : ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
ลำดับที่ 4	ขั้นตอนที่ 6 การกำกับอย่างต่อเนื่อง : ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 7 การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการกรณี : แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 4 : แนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (FPE) ครั้งที่ 2

หมายเหตุ *กรณีขั้นไม่สนใจ เริ่มการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล PE, MI และ CBT ตามลำดับ **กรณีขั้นลงเลใจ/ซังใจ เริ่มการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล MI และ CBT ตามลำดับ ***กรณีขั้นเตรียมตัว เริ่มการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล CBT

ผลการทดสอบภาคสนามในการวิจัย เรื่อง “ผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำ และเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน”

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 31.1 ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.4 ปี ส่วนใหญ่มี

สถานภาพโสด ร้อยละ 88.1 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 64.3 ว่างาน ร้อยละ 79.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ร้อยละ 54.8 ประเภทสารเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 82.2 ความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนสัปดาห์ละ 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 84.5 มีผู้ดูแลเป็นพ่อหรือแม้อยู่ ร้อยละ 82.1

ตารางที่ 2 การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ (T1) และ 4 สัปดาห์ (T2)

		จำนวนการป่วยซ้ำ (ร้อยละ)		RR (95%CI)	p-value
		ป่วยซ้ำ	ไม่ป่วยซ้ำ		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย					
2 สัปดาห์ (T1)					
กลุ่มทดลอง		5 (11.9)	37 (88.1)	0.49 (0.15, 1.60)	0.240
กลุ่มควบคุม		9 (21.4)	33 (78.6)		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย					
4 สัปดาห์ (T2)					
กลุ่มทดลอง		6 (14.3)	36 (85.7)	0.30 (0.10, 0.87)	0.023*
กลุ่มควบคุม		15 (35.7)	27 (54.3)		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 42 คน พบว่า (1) การป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ (T1) กลุ่มทดลองป่วยซ้ำร้อยละ 11.9 และไม่ป่วยซ้ำร้อยละ 88.1 ส่วนกลุ่มควบคุมป่วยซ้ำร้อยละ 21.4 และไม่ป่วยซ้ำร้อยละ 78.6 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (2) การป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 4 สัปดาห์ (T2) กลุ่มทดลองป่วยซ้ำร้อยละ 14.3 และไม่ป่วยซ้ำร้อยละ 85.7 ส่วนกลุ่มควบคุมป่วยซ้ำร้อยละ 35.7 และไม่ป่วยซ้ำร้อยละ 54.3 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีโอกาสป่วยซ้ำ 0.3 เท่าของกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีโอกาสป้องกัน

การป่วยซ้ำเป็น 0.7 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 42 คน พบว่า (1) การเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ (T1) กลุ่มทดลองเสพยาร้อยละ 14.3 และไม่เสพยาร้อยละ 85.7 ส่วนกลุ่มควบคุมเสพยาร้อยละ 33.3 และไม่เสพยาร้อยละ 66.7 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีโอกาสเสพยา 0.33 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีโอกาสป้องกันการใช้ยาเป็น 0.67 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

การพยาบาลตามปกติ (2) การเสพซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 4 สัปดาห์ (T2) กลุ่มทดลองเสพซ้ำร้อยละ 19.0 และไม่เสพซ้ำร้อยละ 81.0 ส่วนกลุ่มควบคุมเสพซ้ำร้อยละ 42.9 และไม่เสพซ้ำร้อยละ 57.1 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีโอกาเสพซ้ำ 0.31 เท่าของกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีโอกาสป้องกันการเสพซ้ำเป็น 0.69 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 การเสพซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ (T1) และ 4 สัปดาห์ (T2)

	จำนวนการเสพซ้ำ (ร้อยละ)		RR (95%CI)	p-value
	เสพซ้ำ	ไม่เสพซ้ำ		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย				
2 สัปดาห์ (T1)				
กลุ่มทดลอง (n = 42)	6 (14.3)	36 (85.7)	0.33 (0.11, 0.97)	0.040*
กลุ่มควบคุม (n = 42)	14 (33.3)	28 (66.7)		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย				
4 สัปดาห์ (T2)				
กลุ่มทดลอง (n = 42)	8 (19.0)	34 (81.0)	0.31 (0.11, 0.83)	0.010*
กลุ่มควบคุม (n = 42)	18 (42.9)	24 (57.1)		

*p-value < 0.05

อภิปราย

จากวัตถุประสงค์การวิจัย(1)เพื่อการพัฒนา รูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน นำมาซึ่งการพัฒนาคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ที่มีจุดเด่นในการผสมผสานการจัดการดูแล (care management) กับการ

ดูแลโดยตรง (direct care) ที่เป็นการบำบัดทางจิตสังคมหลายแนวคิดเข้าด้วยกัน โดยแต่ละแนวคิดมีเป้าหมายแตกต่างกันแต่ได้ผลลัพธ์ในภาพรวมที่นำมาเชื่อมต่อกันได้ในการตอบสนองหรือยับยั้งปัจจัยการป่วยซ้ำ และการเสพซ้ำ โดยแนวคิดในรูปแบบผสมผสานการพยาบาลประกอบด้วย การจัดการรายกรณี สัมพันธภาพบำบัด สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจ การปรับความคิดและพฤติกรรม รวมทั้ง สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งในแต่ละแนวคิดเป็น การใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของพยาบาลจิตเวช ในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกร รวมไปถึงการทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดทางจิตสังคม

รูปแบบผสมผสานการพยาบาลสอดคล้องกับหลายการวิจัยที่มีการจัดกระทำด้วยการผสมผสานรูปแบบการบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการผสมผสานระหว่างการจัดการรายกรณี สัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับ สุขภาพจิตศึกษา⁹ การจัดการรายกรณีร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างสั้น¹¹ การจัดการรายกรณีกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว¹³ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ¹² รวมถึงการบำบัดแบบวิธีเดียวด้วยการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือใช้ยา¹⁰ ล้วนมีผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ

เช่นเดียวกับการวิจัยรูปแบบการบำบัดเพื่อป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่เป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการรายกรณี การปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ²⁰ การผสมผสานการสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับความคิดและพฤติกรรม ครอบครัวบำบัด และ สุขภาพจิตศึกษาไว้ร่วมกัน¹⁶ การผสมผสานการสัมพันธภาพบำบัด การสัมผัสเพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไว้ร่วมกัน¹⁷ รวมถึงการบำบัดแบบวิธีเดียวด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม¹⁸ ล้วนมีผลต่อการป้องกันการเสพยา

จากวัตถุประสงค์การวิจัย (2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำและการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในขั้นตอนการทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนาม ผลการวิจัยการติดตามการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ (T1) พบว่าการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาลไม่แตกต่างกับการพยาบาลตามปกติอธิบายได้ว่าระยะโรคกำเริบที่โครงสร้างของสมองยังเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ถึงช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาและยากต่อการฟื้นฟูได้ สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยซ้ำหลังจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับเวลาและจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคครั้งก่อน โดยจำนวนครั้งของการกำเริบที่เพิ่มขึ้นผกผันกับเวลาการเกิดอาการกำเริบที่ลดลง²³ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในมากกว่า 2 ครั้ง จึงมีโอกาสดที่เกิดการป่วยซ้ำในช่วงสัปดาห์แรกได้ และผู้ป่วยจะสังเกตด้วยตนเองได้ตั้งแต่ 1 - 3 วันแรก แต่ผู้ดูแลในครอบครัวจะเริ่มสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์²³ จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการจัดการหรือบรรเทาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ส่งผลให้การป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลอง

และจำหน่าย 4 สัปดาห์ (T2) พบว่ารูปแบบผสมผสานการพยาบาลแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติ และมีแนวโน้มป้องกันการป่วยซ้ำได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนอธิบายได้ว่าองค์ประกอบของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลที่มีความหลากหลายมีผลต่อการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการป่วยซ้ำ โดยผู้จัดการรายกรณีทำการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน เกิดความเชื่อมโยงในการวางแผนดูแลอย่างเป็นองค์รวม สำหรับการป้องกันการป่วยซ้ำ รูปแบบสัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองจากปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองสู่การมีสุขภาวะที่ดี และก่อให้เกิดความเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเชิงบวกต่อผู้บำบัด ก็ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดอื่น ๆ ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนด รูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะความเจ็บป่วย การรักษา เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษา และนำสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการป้องกันการป่วยซ้ำ รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและช่วยประคับประคองการ

เผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สอดคล้องกับหลายการวิจัยที่พบว่าการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยรูปแบบการจัดการระบบการพยาบาลและการดูแลโดยตรงที่ให้การบำบัดต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹⁻¹⁵ หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

สำหรับผลการวิจัยการติดตามการเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ (T1) และ 4 สัปดาห์ (T2) พบว่าการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติ และมีแนวโน้มป้องกันการเสพยาได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าการดำเนินการด้วยการผสมผสานหลาย ๆ รูปแบบการบำบัด ด้วยการจัดการรายกรณีโดยมีผู้จัดการรายกรณีที่ดำเนินการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบสัมพันธภาพบำบัดช่วยให้ทราบขึ้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยจิตเภทโดยผ่านข้อความจากที่ผู้ป่วยสื่อสารออกมา และนำมาวางแผนการช่วยเหลือได้ตรงต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการบำบัด ช่วยลดการต่อต้านการบำบัดการป้องกันการเสพยา ทั้งนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบการสัมพันธภาพเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยขึ้นสติใจ/ ชั่งใจตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนมานาน สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าความรู้สึกหนึ่งเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเลิกเสพยา²⁴ ที่ช่วยส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันการ

เสพซ้ำเข้าสู่ขั้นเตรียมตัว เป็นการใช้นโยบายการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพซ้ำ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาความเครียดที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำ สอดคล้องการวิจัยปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทร่วมสารเสพติดที่พบว่าที่ใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับปัญหาในแง่การใช้เพื่อลดความเครียด²⁵ การช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดต่อการจัดการความเครียด จึงส่งผลต่อการป้องกันการเสพซ้ำให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่มีการผสมผสานการจัดการรายกรณี สัมพันธภาพบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับความคิดและพฤติกรรมเข้ามาร่วมกันในการป้องกันการเสพ¹⁶⁻²⁰ นอกเหนือจากการบำบัดผู้ป่วยแล้ว จำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับการบำบัดร่วมด้วยเช่น เพื่อลดปัจจัยแรงของอิทธิพลจากครอบครัวที่เป็นแรงกดดันให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำหลังได้รับการบำบัด²⁵ ผู้ดูแลจึงได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทำให้ลดโอกาสการเสพซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

สรุป

การพัฒนาแบบผสมผสานการพยาบาลเป็นการสร้างคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วย

จิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ประกอบด้วย การจัดการรายกรณีบูรณาการร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบ โดยมีผู้จัดการรายกรณีดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 4 และช่วยป้องกันการเสพซ้ำหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. การประเมินการเสพซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เป็นการให้ชุดทดสอบสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ซึ่งตรวจพบการมีสารเมทแอมเฟตามีนได้ภายใน 1 - 3 วันหลังการเสพ ดังนั้น หากการวิจัยครั้งต่อไปมีทุนวิจัยหรือมีงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานวิจัย อาจปรับเครื่องมือวัดผลลัพธ์การเสพซ้ำเป็นการตรวจสอบสารเสพติดในเลือดซึ่งมีความแม่นยำมากกว่าการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ

2. การวิจัยครั้งนี้ติดตามการป่วยซ้ำ และการเสพซ้ำนานที่สุด 4 สัปดาห์ เนื่องจากระยะเวลาดำเนินการวิจัยมีข้อจำกัดด้านเวลาดำเนินการ ดังนั้น การวิจัยในครั้งต่อไปจึงควรวางแผนระยะเวลาดำเนินการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนในยาวนานมากขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 9 เดือน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล

พว.พรชัย ทุมมา และ พว.สกวรัตน์ เทพประสงค์ ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Schizophrenia [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. [2022 Nov 1].
- Hunt EG, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders BJ. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2018; 191(0376-8716): 234-58.
- สินเงิน สุขสมปอง, คุณฤ อุดมอิทธิพงษ์, พลภัทร ไกลเสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559; 61(4): 331-40.
- Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2012; 139(1-3): 116-28.
- กรมสุขภาพจิต, ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2562-2564. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565.
- Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2020; 46(3): 505-16.
- Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34(1): 123-38.
- เอกอุมา อัมคำ. การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด : การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2556; 21(7): 697-710.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอลักษณ์, จินตนา ชูนิพันธุ์, ภาวิเผ่ากันทราร, วีรพล อุณหศรี. ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย* 2561; 5(2): 5-18.
- Chien W, Cheung E, Mui J, R. G, Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J* 2019; 25(1): 1-6.
- Liu Y, Yang X, Gillespie A, Guo Z, Ma Y, Chen R, et al. Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study. *Psychiatry Res* 2019; 272: 275-83.
- Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull* 2020; 46(1): 98-109.
- Abu Sabra AM, Hamdan-Mansour MA. The effectiveness of relapse prevention intervention on the ability of patients and their families to prevent psychotic symptoms of relapse among patients with schizophrenia: systematic literature review. *Medico-Legal Update* 2021; 21(3): 392-402.
- Gumley IA, Bradstreet S, Ainsworth J, Allan S, Alvarez-Jimenez M, et al. The EMPOWER blended digital intervention for relapse prevention in schizophrenia: a feasibility cluster randomised controlled trial in Scotland and Australia. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(6): 477-86.

15. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(3): 211-21.
16. กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์, สุพัตรา สุขาวห. ประสิทธิภาพการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561; 63(2): 127-40.
17. โกศล วราอัสวปดิ, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ดันติรังสี, ปราณี จันทะโม. ผลของการบำบัด Start Over and Survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2565; 30(2): 87-99.
18. Harada T, Mori R, Tsutomi H, Wilson B D. Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 12(12): CD011315.
19. AshaRani P, Hombali A, Seow E, Ong Jw, Tan HJ, Subramaniam M. Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2020; 212: 1-19.
20. Tran MTN, Luong HQ, Mihn LG, Dunne P. M, Baker P. Psychosocial interventions for Amphetamine Type stimulant use disorder: An overview of systematic reviews. *Front Psychiatry* 2021; 12: 512076.
21. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24(1): 97-9.
22. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, et al. The vulnerability/ stress model of schizophrenia relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(382): 58-64.
23. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey HB. The nature of relapse in Schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13(50): 1-8.
24. Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Carswell MA. Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24(3): 221-32.
25. สุภาภรณ์ นิชวัฒน์ชาญชัย, ปัทมา ศิริเวช. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2562; 13(1): 11-20.

การพัฒนาแผ่นกันกัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก
ระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า
DEVELOPMENT OF BITE GUARD TO PREVENT ORAL
COMPLICATIONS DURING ELECTROCONVULSIVE THERAPY

นารีรัตน์ ทองยินดี, วท.ม.*, ศิริลดา เลิศวิบูลย์อนันต์, พย.บ.*

Nareerat Thongyindee, M.Sc.*, Sirilada Leardwiboonanant, B.N.S.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) เป็นการรักษาอาการทางจิตเวชชนิดหนึ่ง โดยใช้กระแสไฟฟ้าที่มีความถี่สม่ำเสมอในการเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก การรักษาด้วยไฟฟ้าสามารถควบคุมอาการทางจิตหรือพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง รุนแรง ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยา¹ จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงของศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการรักษาด้วยไฟฟ้าผู้ป่วยจะมีการข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ พบได้ร้อยละ 32.8 อาการมักไม่รุนแรง และหายปวดศีรษะเองภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากการรักษา อาการคลื่นไส้อาเจียน พบได้ร้อยละ 23.0 อาจเป็นผลมาจากอาการปวดศีรษะ หรือยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ อาการปวดกล้ามเนื้อ พบได้ร้อยละ 24.0 อาจเกิดจากการสั่นไหวของกล้ามเนื้อซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อ หรือเกิดจากการชัก² และเกิดการบาดเจ็บในช่องปากและฟัน ได้แก่ การเจ็บที่ฟัน วัสดุบูรณะฟันรวมถึงลิ้น ริมฝีปาก เนื้อเยื่อในช่องปาก พบได้ร้อยละ 20.0

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดการบาดเจ็บในช่องปากและฟันในระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เกิดจากการไม่สนใจและละเลยในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง สูบบุหรี่ ดิสุรา หรือใช้สารเสพติด รวมถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวชบางชนิดทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย ซึ่งน้ำลายเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยทำความสะอาดช่องปากเมื่อน้ำลายลดลงส่งผลให้ระดับความเป็นกรดต่างในน้ำลายเปลี่ยนแปลงร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันการทำงานลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงเป็นประจำ รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการพบทันตแพทย์ ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการบาดเจ็บที่ฟันและอวัยวะในช่องปากระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ โรคฟันผุที่มีรอยผุขนาดใหญ่ มีการสูญเสียเนื้อฟันส่วนที่แข็งแรงไป ฟันที่มีวัสดุบูรณะฟันขนาดใหญ่ ฟันที่มีรอยร้าว ฟันที่ได้รับการรักษาลong รากฟัน ฟันสึกบริเวณคอฟันที่มีรอยลึกขนาดใหญ่ โรคปริทันต์อักเสบ ฟันหน้ามีรากฟันรากเดียว การสบฟันที่ผิดปกติ ใส่อุปกรณ์จัดฟัน มีปัญหาข้อต่อขากรรไกร เกิดการติดเชื้อในช่องปาก เป็นต้น การใส่อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บในช่องปากระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าจำเป็นต้องตรวจสอบตำแหน่งและวางอุปกรณ์ครอบคลุมถึงตำแหน่งฟันกรามและสามารถป้องกันฟันตรงข้ามกัดลิ้นและไม่กระทบกับฟันหน้า รวมถึงการตรวจสอบเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น ลิ้นหรือกระพุ้งแก้มอาจม้วนเข้าไประหว่างฟัน ดังนั้นอุปกรณ์ที่ใส่

ในช่องปาก จึงมีเพื่อป้องกันการบาดเจ็บระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าได้^{2,3}

การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันการภาวะแทรกซ้อนการบาดเจ็บในช่องปากระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีการพัฒนาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2532 ลักษณะเป็นแผ่นกั (bite guard) ผลิตจากยางพารา มีรูปร่างและขนาดเท่ากับถาดพิมพ์ปาก (Rim-lock tray) ขนาดเบอร์ 13 เมื่อใช้ไปนานครั้ง พบว่า แผ่นยางมีความยืดหยุ่นน้อยลง แข็งขึ้น และเมื่อนำไปทำความสะอาดหลายครั้ง แผ่นยางมีกลิ่นยางเหม็น และมีสีดำ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหวาดระแวงมักไม่ให้ความร่วมมือในการกัอุปกรณ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 เปิดศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกได้มีการปรับปรุงคุณภาพวัสดุที่ใช้ในการผลิตอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัจจุบันเป็นแผ่นยางที่ผลิตจากวัสดุซิลิโคน (silicone) ชนิดฟู้ดเกรด ที่มีความยืดหยุ่น เมื่อวางในปากผู้ป่วยจะครอบคลุมถึงตำแหน่งฟันกราม สามารถป้องกันฟันตรงข้ามกัดลิ้นและเนื้อเยื่อด้านข้างแก้ม (buccal mucosa) และไม่มีแรงกระทำต่อฟันหน้า มีความหนาเหมาะกับผู้ป่วย สามารถล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค และนำกลับมาใช้ซ้ำได้ในตลอดระยะเวลาการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้ป่วย ทำให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ใช้งาน

ผลการดำเนินงานภายหลังจากใช้แผ่นยางกันกัดจากซิลิโคน

ผลผลิต มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า

ดังนี้ พ.ศ. 2560 - 2564 จำนวน 2,841, 4,170, 5,213, 3,861 และ 3,791 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าทุกรายได้รับการใช้แผ่นยางกันกัดในการรักษาทุกครั้ง

ผลลัพธ์ จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปี พ.ศ. 2560 - 2564 ไม่พบ ความเสี่ยงที่การใช้ยางกันกัด แต่พบการบาดเจ็บที่เกิดจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีอาการหาวกระแวง และทักษะในการใส่แผ่นยางกันกัด รวมถึงการตรวจสอบตำแหน่งวางยางกันกัด

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาให้การสนับสนุนงบประมาณด้านการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการพัฒนายางกันกัดและให้เวลากับเจ้าหน้าที่ผู้ผลิตยางกันกัดของกลุ่มงานเภสัชกรรมในการลองผิดลองถูก เริ่มจากการจัดทำแม่พิมพ์ของยางกันกัด ซึ่งรูปแบบแม่พิมพ์ของยางกันกัดนี้ได้รับความร่วมมือจากทันตแพทย์ในการออกแบบรูปร่างและขนาดโดยใช้ถาดพิมพ์ปากหลายขนาดสร้างเป็นแม่พิมพ์หล่อยางกันกัดหลายรูปแบบหลายขนาด และเภสัชกรช่วยกำหนดอัตราส่วนในการผสมสูตร เช่น สารทำให้ซิลิโคนอ่อนตัว หรือแข็งตัว เป็นต้น รวมถึงการควบคุมอุณหภูมิในห้องซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากในการทำให้ยางกันกัดซิลิโคนสามารถออกมาอย่างสมบูรณ์แบบและนำมาให้วิสัญญีพยาบาลทดลองใช้กับผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าและเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อน

ในระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้าจนสามารถใช้เป็นรูปแบบในปัจจุบัน

ปัญหาและอุปสรรคในการผลิตยางกันกัด

เริ่มแรกผลิตจากยางพารา มีรูปร่างและขนาดเท่ากับถาดพิมพ์ปาก (Rim-lock tray) ขนาดเบอร์ 13 ใช้ไปนาน ๆ พบว่าแผ่นยางมีความยืดหยุ่นน้อยลง แข็งขึ้น และเมื่อนำไปทำความสะอาดหลายครั้ง แผ่นยางมีกลิ่นยางเหม็น และมีสีดำนากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหาวกระแวงไม่ให้ความร่วมมือในการกัดอุปกรณ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 เปิดศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกได้มีการปรับปรุงคุณภาพวัสดุที่ใช้ในการผลิตอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัจจุบันเป็นแผ่นยางที่ผลิตจากวัสดุซิลิโคน (silicone) ชนิดฟูลส์เกรด ที่มีคุณสมบัติมีความยืดหยุ่น แต่ระหว่างที่ปรับเปลี่ยนวัสดุเป็นซิลิโคนมีการลองผิดลองถูกเกิดจากอัตราส่วนของสารที่ทำให้มีความอ่อนตัวให้มีความยืดหยุ่น และสารแข็งตัวมีความไม่เหมาะสมการใส่สีมากเกินไปหรือน้อยเกินไป การใส่กลิ่นที่ไม่ฉุนจนเกินไป อุณหภูมิในสถานที่ทำไม่เหมาะสมเกิดการพังชำรุด ไม่เป็นรูปทรงที่ต้องการ เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายอยู่หลายครั้ง ปัจจุบันสามารถผลิตแผ่นยางกันกัดที่มีประสิทธิภาพและจำหน่ายให้กับโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตหรือโรงพยาบาลที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งได้รับมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และได้รับการจดสิทธิบัตร เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน แผ่นยางกันกัด มีการประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจ และส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน แผ่นยางกันกัด จำนวน 21 คน ดังนี้

1) น้ำหนัก และรูปร่างของแผ่นยางกันกัด มีความเหมาะสม พบว่า มีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.9 เนื่องจากแผ่นยางกันกัดผลิตมาจากซิลิโคนซึ่งมีน้ำหนักเบา ส่วนรูปร่าง ถูกดัดแปลงมาจากการใช้ถาดฟันของทันตแพทย์ ที่มีด้ามจับ

2) ขนาดของแผ่นยางกันกัดมีความเหมาะสม พบว่ามีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.4 เนื่องจากเป็นถาดฟันของทันตกรรมที่เป็นขนาดกลาง

3) วัสดุที่นำมาใช้มีความเหมาะสมต่อการใช้งาน พบว่ามีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.4 เนื่องจากทำมาจากซิลิโคนที่มีความยืดหยุ่นลดแรงกระแทกในขณะที่ผู้ป่วยกัดฟันได้

4) ราคามีความเหมาะสมคุ้มค่าต่อการใช้งาน พบว่ามีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 57.1 เนื่องจากยางกันกัดมีราคา 150 บาท สามารถนำไปทำความสะอาดได้หลายครั้ง และนำกลับมาใช้กับผู้ป่วยคนเดิมจนกว่าผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยไฟฟ้า

5) แผ่นยางกันกัดมีความสะดวก เหมาะสม ต่อการใช้งานกับผู้รับบริการ พบว่ามีความพึงพอใจ

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 52.4 เนื่องจาก ยางกันกัดทำมาจากซิลิโคนและมีความยืดหยุ่น สามารถหักพับ งอให้เข้ากับรูปปากของผู้ป่วยได้ดี

6) แผ่นยางมีความคงทนเหมาะสมกับการใช้งาน พบว่ามีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 33.3 เนื่องจากนำไปทำความสะอาดได้มากกว่า 20 ครั้ง ไม่เกิดการฉีกขาดของแผ่นยาง

7) สีของแผ่นยางกันกัดมีความเหมาะสม พบว่ามีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มาก ที่สุด ร้อยละ 47.6 เนื่องจากทำมาฟู้ดเกรด (Food Grade) ที่รับรองความสะอาด และปลอดภัยกับ ผู้บริโภค

8) ความยืดหยุ่นของแผ่นยางกันกัดมีความเหมาะสม พบว่ามีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มากที่สุด ร้อยละ 47.6 เนื่องจากมีความยืดหยุ่นไม่แข็งหรืออ่อนจนเกินไปทำให้เกิดการบาดเจ็บในช่องปาก

ประโยชน์ของนวัตกรรม

1) มีอุปกรณ์ป้องกันที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่องปากระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า

2) มีความคงทน ใช้ซ้ำได้หลายครั้ง และสามารถลดค่าใช้จ่าย

3) สีและกลิ่นทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยไฟฟ้า

4) เป็นต้นแบบในการออกแบบอุปกรณ์ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก

แนวทางการพัฒนาต่อยอด

- 1) จัดทำหลายขนาด ไซส์ S, M และ L เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 2) แบ่งสีตามไซส์ต่าง ๆ
- 3) จัดทำบรรจุภัณฑ์ให้มีความสวยงาม หยิบใช้สะดวก

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ สีสานันทกิจ. การรักษาด้วยไฟฟ้า ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
2. พิชัย อัญสุสกุล. การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอลพริ้นท์; 2565.
3. สุวรรณี ตุ่มทอง. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับฟันและอวัยวะในช่องปากของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2560; 11(2): 52-61.



ภาพประกอบนวัตกรรม