

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก

โดยทีมสหวิชาชีพ

: อาริรัตน์ รักษาทรัพย์

การใส่ฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia:

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

: สุจินต์ พรหมประดิษฐ์

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

: พิทักษ์พล บุญยมาลิก

: สุพัฒนา สุขสว่าง

: เชษฐพล ชัยชนะฉิมพลี

: ขวัญจิตต์ นรากรพิจิตร

ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และภาระการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

: นำพล กิ่งก้าน

: พรพรรณณี เรืองดี

ผลการรักษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี:

รายงานผู้ป่วย 2 ราย

: ทัดกมล พรหมมา



วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา

ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๖

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวัฒน์	มัตตินรินทร์กุล
แพทย์หญิงอรรณ	ศิลปกิจ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงทัศนกุล	พรหมมา
------------------	--------

กองบรรณาธิการ

นางสาวเกลินี	ศิริวงศ์
นางสาวจันทร์	ยี่สุนศรี
นางสาวจุฑารัตน์	วิเศษรัตน์
นางนงนุช	แต่งสิงห์ตรง
นางสาวนันทา	แก้วสุข
นางสาวปรารถนา	มั่งมูล
นางเพลินพิศ	จันทร์ศักดิ์
นางมณีวรรณ	พัทธมินทร์
นางมาลินี	ชื่นชอบ
นางระวีวรรณ	เต็มวานิช
นางสาวรุ่งทิพา	เกิดแสง
นางสาวสมศรี	กิตติพงศ์พิศาล
นายสุภกิจ	ดำรงพิวัฒน์
นางสาวสุภาวดี	ธัมมะรักขิต
นางสาวอนงค์นุช	ศาโครก
นายเอกลักษณ์	วงศ์อภัย

ผู้จัดการ

นางสาวจารุวรรณ	จินตามงคล
----------------	-----------

วัตถุประสงค์

เป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่และเสริมสร้างความรู้สุขภาพจิต



Journal of Srithanya Hospital

Volume 14 Number 1 December 2013

Advisory board

Suwat	Mahatnirunkul
Orawan	Silpakit

Editor

Tatkamon	Promma
----------	--------

Editorial board

Kaysinee	Siriwong
Chantorn	Yeesunsri
Jularat	Wirakarat
Nongnutch	Tangsingtrong
Nanta	Kaewsook
Pratana	Mungmool
Plearnpit	Chantarasak
Maneewan	Patamin
Malinee	chuenchob
Rawiwan	Termvanich
Rungthiwa	Kerdsang
Somsri	Kitipongpisal
Supakit	Dumrongpiwat
Suphawadee	Thammarakkhitt
Anongnud	Sasok
Akaluck	Wongapai

Manager

Jaruwan	Jindamongkol
---------	--------------

Objective

Medians for distribution and promotion of mental health knowledge.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
บรรณาธิการแถลง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็ปติก โดยทีมสหวิชาชีพ : อาริรัตน์ รักษาทรัพย์	1
การใส่ฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia: รายงานผู้ป่วย 1 ราย : สุจินต์ พรหมประดิษฐ์	7
การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ : พัทธ์ศพล บุญมาลิก : สุพัฒนา สุขสว่าง : เชษฐพล ชัยชนะนิมพลี : ขวัญจิตต์ นรากรพิจิตร	18
ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม : นภาพล กิ่งก้าน : พรพรรณณี เรืองดี	29
ผลการรักษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี: รายงานผู้ป่วย 2 ราย : ทัดกมล พรหมมา	37



Index

Advice for the Author

Editor Announcement

Developing guideline for patients' treatment in risk of neuroleptic
malignant syndrome (NMS) by multidisciplinary team 2

: Areerat Raksashap

Full conventional dentures in elderly edentulous schizophrenic
patient with tardive dyskinesia: A case report 8

: Suchimon Prohmpradith

The development of the mental health-related surveillance system in
persistent insurgent affected southernmost region of Thailand. 19
(Violence-related Mental health Surveillance: VMS)

: Pitakpol Boonyamalik

: Supathana Suksawang

: Chetthaphon Chaichanachimplee

: Kwanjit Narakornpijit

Effects of psychoeducational group on knowledge, attitude, practice
and burden of dementia caregivers. 30

: Numphol Kingkan

: Pornpannee Roengdee

Long term treatment outcome of very late onset schizophrenia:
2 case reports 38

: Tatkamon Promma

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญาจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ผลงานทางวิชาการ อันเป็นประโยชน์ต่อวงการจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตของไทย โดยมีข้อตกลงระหว่างวารสารโรงพยาบาลศรีธัญญากับผู้นิพนธ์ ดังนี้

1. ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณา ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในที่ใดมาก่อนหรืออยู่ในระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา
3. ต้นฉบับที่ส่งมาจะได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในด้านนั้นจำนวน 2 ท่าน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

ในวารสารโรงพยาบาลศรีธัญญาแบ่งเป็น 6 ประเภท คือ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

บทบรรณาธิการเป็นบทความที่ได้วิเคราะห์ผลงานทางวิชาการที่มีความสำคัญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หรืออาจเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิชาการทางด้านสุขภาพจิต มืองค์ประกอบ ดังนี้ คือ บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Summary) และเอกสารอ้างอิง (References) ในส่วนเนื้อเรื่อง เขียนประเด็นและคำอธิบายที่ผสมผสานกับข้อวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

นิพนธ์ต้นฉบับเป็นบทความรายงานการวิจัย มืองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ความยาวชื่อเรื่องไม่เกิน 2 บรรทัด ไม่ใช้คำฟุ่มเฟือย เช่น การศึกษา การสำรวจ เป็นต้น

2.2 ผู้นิพนธ์ (Author) เขียนชื่อนามสกุล ตัวย่อวุดมการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ความยาว 200 - 300 คำ (นับคำที่มีความหมาย) หรือไม่เกิน ¼ หน้า มีเนื้อหาสมบูรณ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผล และสรุป ไม่ต้องมีการอ้างอิง

2.4 คำสำคัญ (Key words) เขียนคำสำคัญ จำนวน 2-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ลงในส่วนท้ายกระดาษหน้าเดียวกับบทคัดย่อ

2.5 บทนำ (Introduction) นำเสนอความสำคัญของปัญหา ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการวิจัยโดยมีการอ้างอิง อาจมีการเพิ่มเติมทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยในอดีตบ้างเล็กน้อย ตอนท้ายนำเข้าสู่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พร้อมทั้งแสดงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) นำเสนอรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง วิธีคัดเลือกตัวอย่าง หรือการสุ่มตัวอย่าง วิธีการรวบรวมข้อมูล สถานที่ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) วิเคราะห์ข้อมูล เขียนให้ชัดเจน ละเอียดพอสมควร ความยาวประมาณ 1-2 หน้า A4

2.7 ผล (Results) นำเสนอผลการการศึกษา โดยนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อน จึงนำเสนอเนื้อหาตามลำดับก่อน-หลัง ตามวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแสดงตารางหรือรูปประกอบอย่างชัดเจน ข้อมูลที่นำเสนอต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ และแปลผลทางสถิติมาแล้ว ความยาวส่วนนี้ประมาณ 4-6 หน้า A4 (รวมตารางและรูป)

2.8 วิจารณ์ (Discussion) เขียนเชิงวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีการประเมินและขยายผลการศึกษา ซึ่งให้ผู้อ่านเห็นว่าผลของการศึกษานั้นเป็นจริง น่าเชื่อถือ มีการเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นว่ามีความสอดคล้องเพียงใด หรือไม่ อย่างไร โดยมีเอกสารอ้างอิง อภิปรายผลอย่างตรงไปตรงมา ทั้งข้อดีและข้อเสียของการศึกษาสามารถแสดงความคิดเห็น ประสพการณ์วิจัย ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ข้อผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการวิจัย ความยาวประมาณ 1-3 หน้า A4

2.9 สรุป (Conclusion) เขียนสรุปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) แสดงความขอบคุณ

ทุกคนที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จ รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ เจ้าของทุน และผู้ที่เป็นกลุ่มเครือข่าย ยกเว้นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบอยู่แล้ว ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า A4

2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ใช้การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข (ตัวเลขยก) ไม่ต้องมีวงเล็บ ใส่หมายเลขท้ายประโยคที่อ้างอิงเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus สามารถค้นได้จาก <http://www.nlm.nih.gov>

3. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

บทความฟื้นฟูวิชาการเป็นบทความที่รวบรวมความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้รับตีพิมพ์นำมาวิเคราะห์ วิจารณ์ เปรียบเทียบ สรุปข้อดี ข้อเสีย อย่างมีเหตุผลสามารถทำให้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น มีองค์ประกอบดังนี้คือ ชื่อเรื่อง (Title) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) สรุป (Conclusion) เอกสารอ้างอิง (References)

4. รายงานเบื้องต้น (Preliminary report)

รายงานเบื้องต้นเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม มีองค์ประกอบเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ

5. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

บทความที่ผู้เขียนได้มีประสบการณ์กับผู้ป่วยเฉพาะรายที่น่าสนใจ หรือเป็นเรื่องใหม่

หรือกรณีที่ไม่ค่อยพบเห็น นำเสนอรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนั้นๆ มีองค์ประกอบดังนี้คือ ชื่อเรื่อง(Title) บทคัดย่อ (Abstract) คำสำคัญ (Key words) บทนำ (Introduction) เนื้อเรื่อง (Text) สรุป (Conclusion) เอกสารอ้างอิง (References)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

ปกิณกะเป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับกิจการทางการแพทย์และสุขภาพจิต องค์ประกอบในส่วนเนื้อเรื่องประกอบด้วย บทนำ ประเด็นหลักสำคัญ ประเด็นย่อยและคำอธิบาย สรุป ไม่ต้องมีบทคัดย่อ

การเตรียมต้นฉบับ

พิมพ์ใบนำส่งแยกออกจากเนื้อหา ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ตัวย่อวุฒิ การศึกษาสูงสุด และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ในปัจจุบันของผู้พิมพ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ระบุชื่อที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ หรือ E-mail address ของผู้พิมพ์ที่เป็นปัจจุบัน เพื่อกองบรรณาธิการติดต่อกับผู้พิมพ์ได้สะดวก ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น

การพิมพ์ให้พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ห่างขอบทุกด้านๆ ละ 1 นิ้ว มีเลขหน้ากำกับที่มุมบนขวาทุกหน้า ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนอยู่ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่ได้ ต้นฉบับทั้งหมดรวมไม่เกิน 12 หน้า

ส่งต้นฉบับมายังผู้จัดการวารสาร โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลศรีธัญญา

อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี 11000 หรือ e-mail : academic_s@yahoo.com

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในวารสาร

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน วันที่พิมพ์;ปีที่วารสาร(ฉบับที่):หน้า.

ตัวอย่าง

1.1 ลันดิชัย ฉ่ำจิตรชื่น. ภาวะลิเทียมเป็นพิษที่อาการกำเริบ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2549 พฤษภาคม; 8(2):32-8.

1.2 กรณีวารสารที่มีการเรียงเลขหน้า ตั้งแต่เล่ม 1 ถึงเล่มสุดท้ายไม่ต้องใส่เดือนหรือหมายเลขเล่มก็ได้ Basaria M, Graf H, Cooper DS. The use of Recombinant Thyrotrophic in the Follow-up of Patients with Differentiated Thyroid Cancer. Am J Med 2002;112:721-5.

1.3 ถ้าผู้พิมพ์มีน้อยหรือเท่ากับ 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ ชื่อ 6 คนแรกตามด้วย et al. Gao SR, McGarry M, Ferrier TL, Pallante B, Gasparrini B, Fletcher JR, et al. Effect of cell confluence on production of cloned mice using an inbred embryonic stem cell line. Biol Reprod 2003;68:595-603.

1.4 กรณีเป็นบทบรรณาธิการให้ใส่คำว่าบทบรรณาธิการไว้ในวงเล็บใหญ่[] ปัทมา ศิริเวช. ผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพ[บทบรรณาธิการ]. วารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10(2):56-66.

Lewis DA. Atypical Antipsychotic
Medications and the Treatment of
Schizophrenia[editorial]. AM J
Psychiatry 2002 June;159(2):177-9.

1.5 กรณีบทบรรณาธิการไม่มีชื่อผู้แต่ง
Pharmacists and HIPPA[editorial]. AJHP
2003 March 1;60(5):431-2.

2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ.
ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่าง

2.1 สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวช
ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้ว; 2542.

2.2 กรณีมีบรรณาธิการ ถ้า 1 คน ให้ใส่
editor ถ้ามากกว่า 1 คน ให้ใส่ editors
Brown AM, Stubbs DW, editors.
Medical physiology. New York: Willy;
1983.

2.3 กรณีนำบทหนึ่งในหนังสือมาใช้
อ้างอิงต้องระบุชื่อบทความในหนังสือและหน้า
Liberman RP, Kopelowicz A, Smith
TE. Psychiatric rehabilitation. In :
Sadock BJ, Sadock VA, editors.
Comprehensive textbook of psychiatry.
7th ed. Baltimore: William & Wilkin;
2000. p. 3218-45.

3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นเอกสารวิชาการ

3.1 รายงานการประชุมสัมมนา

(Conference proceedings) ต้องระบุวัน
เดือน ปีของการประชุมสัมมนา

Kimura j, Shibasaki H, editors.
Recent advances in clinical
neurophysiology. Proceedings of the
10th international Congress of EMG
and Clinical Neurophysiology; 1995
Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam:
Elsevier; 1996.

3.2 บทความในการประชุมสัมมนา
(Conference paper)

Bengtsson S, Solheim BG.
Enforcement of data protection,
privacy and security in medical
informatics. In: Lun KC, Degoulet P,
Piemme TE, Rienhoff O, editors.
MEDINFO 92. Proceedings of the 7th
World Congress on Medical
Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva,
Switzerland.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (dissertation)

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อ
เรื่อง[วิทยานิพนธ์]. สถานที่พิมพ์: ชื่อ
มหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง

4.1 อารีย์ ใจหนักแน่น. ความผูกพัน
ต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาล
ศรีธัญญา[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.

4.2 Kaplan SJ. Post-hospital home
health care: the elderly's access and

utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

5.1 อ้างอิงจาก Website

รูปแบบพื้นฐาน : Author. Title [Online]. Publication Year [cited year month(abbreviated)day];[Number of screens]. Available from: URL:URL address underline

ตัวอย่าง

National Organization for Rare Diseases [Online].1998[cited 1999 Aug 22];[10 screens]. Available from: URL:http:www.rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.htm

5.2 อ้างอิงจาก Web Based/Online Databases

ตัวอย่าง

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th ed. [Online]. 1998.

Available from: Stat Ref. Jackson (WY): Teton Data Systems; 2001. [cited 2001 Aug 31]

5.3 อ้างอิงจาก CD-ROM

ตัวอย่าง

Clinical pharmacology 2000[CD-ROM]. Version 2.01.[cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold Standard Multimedia; 2001.

กรณีอ้างอิงหนังสือในCD-ROM

ตัวอย่าง

Paracetamal. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series[CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (CO): Macromedia; 1998.

กรณีอ้างอิงวารสารในCD-ROM

ตัวอย่าง

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [serial on CD-ROM]. 1995;52:900-901.

บรรณาธิการแถลง

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับของปีที่ 14 มีนิพนธ์ต้นฉบับที่น่าสนใจ 3 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงาน Routine to Research (R2R) จากหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 2 เรื่องคือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกโดยทีมสหวิชาชีพ และผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแลและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีงานวิจัยของนายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก และคณะ เรื่องการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ 2 เรื่อง ได้แก่ การใส่ฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia: รายงานผู้ป่วย 1 ราย และผลการรักษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน ให้ความมองใหม่ๆ และเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ศักดิ์มล พรหมมา
บรรณาธิการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด กลุ่มอาการนิวโรเล็พติกโดยทีมสหวิชาชีพ

อารีรัตน์ รักษาทรัพย์, พย.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก
วัสดุวิธีการ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 2 ปี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๓-มกราคม ๒๕๕๔ ในผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญาและทบทวนองค์ความรู้ ขั้นตอนที่ 2 ร่างแนวปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 3 ทดลองปฏิบัติ โดยกำหนดตัวชี้วัด การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและจำนวนผู้ป่วยส่งต่อด้วยกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก ในระดับรุนแรง

ผล การทบทวนเวชระเบียน พบปัจจัยเสี่ยง คือได้รับยาผิดตามอาการทางจิตมากกว่า 3 เข็มติดต่อกันร่วมกับการจำกัดพฤติกรรม มากกว่า 2 ชั่วโมง มีประวัติเคยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก การปรับแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 กำหนดปัจจัยเสี่ยงก่อนมาโรงพยาบาล และขณะอยู่โรงพยาบาล การเฝ้าระวังโดยพยาบาล และการรักษาโดยแพทย์ ส่วนที่ 2 กำหนดอาการ การดูแลเริ่มต้นของ กลุ่มอาการนิวโรเล็พติก 5 ข้อ และกำหนดแนวทางการรายงานแพทย์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค ส่วนที่ 3 การดูแลขณะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก กำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยจิตเวชชาย จำนวน 236 ราย พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงก่อนมาโรงพยาบาล 11 ราย มีปัจจัยเสี่ยงขณะอยู่โรงพยาบาล 7 ราย และมีปัจจัยเสี่ยงก่อนมาโรงพยาบาลร่วมกับปัจจัยเสี่ยงขณะอยู่โรงพยาบาล 4 ราย จากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว ไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติก มีเพียง 2 ราย ที่มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

สรุป แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การเฝ้าระวัง และการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสม

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยง นิวโรเล็พติก แนวปฏิบัติ

Developing guideline for patients' treatment in risk of neuroleptic malignant syndrome (NMS) by multidisciplinary team

Areerat Raksashap, B.Ns.

Abstract

Objective To develop a guideline for treatment of neuroleptic malignant syndrome.

Materials and methods This guideline was divided into 3 phases. Phase 1, was to review NMS patients' medical records within last two years between November 2010 and January 2011, searching for risk factors often found in patients of Srithanya hospital. And reviewed body of knowledge. Phase 2, was to draft the guideline before the real trial. Phase 3, was to carry out the trial. The indicators of efficiency were the searching of patients in risk group and the number of patients referred with severe NMS.

Results Found 2 risk factors i.e. receiving antipsychotic injection more than 3 times consecutively combined with being restrained more than 2 hours, history of NMS. The result of the consideration was to adjust the guideline in 3 parts. Part1: Determined the risk group and surveillance of the risk group by doctors and nurses. Part2: Defined 5 symptoms of NMS and medical management. Part3: Urgency treatment while having NMS, Determined additional roles of multidisciplinary team. To carry out the trial in 236 male psychiatric patients found that 11 patients had risk factors before coming to the hospital, 7 patients while being in the hospital and another 4 before and during hospital admission. No one became NMS after applying this guideline, only 2 patients changed in vital signs.

Conclusion The guideline for the treatment of NMS by multidisciplinary team helped the patients in risk group to be assessed, precaution taken and properly planned treatment.

Key words : guideline, neuroleptic malignant syndrome, risk group

Srithanya Hospital

บทนำ

กลุ่มอาการนิวโรเลปติก เป็นภาวะอันไม่พึงประสงค์จากยา ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลา ระหว่างการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต¹ พบได้ในยาในกลุ่มดั้งเดิม เช่น haloperidol fluphenazine chlorpromazine haloperidol ร่วมกับ lithium นอกจากนี้ยังพบในยาในกลุ่มใหม่ เช่น clozapine risperidone² องค์ประกอบหลักของการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก คือ การทำหน้าที่ของ dopamine ในสมองส่วนกลางลดลงเนื่องจากยารักษาโรคจิตไปปิดกั้นอวัยวะรับสัมผัส² หลักวินิจฉัยที่สำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีประวัติใช้ยารักษาโรคจิต³ อาการอื่นที่พบร่วมคือ ระบบประสาทอิสระทำงานไม่คงที่ ระดับสตีลล์ปัสชูญะเปลี่ยนแปลง creatinine phosphokinase (CPK) สูงขึ้นมากกว่า 1000U/L⁴ กลุ่มอาการนิวโรเลปติก แม้พบได้น้อยแต่รุนแรง ถ้าวินิจฉัยล่าช้า และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ เนื่องจากอาการไม่จำเพาะ บางครั้งต้องวินิจฉัยแยกโรคการติดเชื้อหรือสาเหตุอื่น จึงต้องมีเกณฑ์ในการช่วยวินิจฉัย เพื่อให้มีความแม่นยำมากขึ้น¹

ติโกโสภ 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นตึกรับใหม่ผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีอาการระยะวิกฤตทางจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับยารับประทาน ยาฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น ร่วมกับยาฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงและปลอดภัย ป้องกันการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก

การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเลปติก อีกทั้งได้พัฒนาแบบเฝ้าระวังและการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก นำมาใช้ แต่ยังพบการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกเพิ่มขึ้น และมี 1 ราย อาการรุนแรงต้องส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลฝ่ายกาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติและทีมดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดความเครียด จากการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมพบว่าขาดวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของพยาบาลและแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า จึงได้ศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกโดยทีมสหวิชาชีพขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๓ - มกราคม ๒๕๕๔ โดยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 2 ปี ช่วงปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๓ ในผู้ป่วยที่เคยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ทบทวนจุดด้อยของแนวปฏิบัติเดิมและทบทวนองค์ความรู้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน ๒๕๕๔ นำร่างแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนเสนอกรรมการจริยธรรม

ในคนพิจารณา และทบทวนแนวปฏิบัติซ้ำก่อน
นำสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการระหว่าง
1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน ๒๕๕๔ กำหนด
ตัวชี้วัด การทดลองใช้แนวปฏิบัติ โดยค้นหา
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และจำนวนผู้ป่วยในระดับ
รุนแรงที่ส่งรักษาต่อ

ผล

ขั้นตอนที่ 1 จากการทบทวนเวช
ระเบียนย้อนหลัง 2 ปี พบว่าผู้ป่วยเกิดกลุ่ม
อาการนิวโรเลปติก 7 ราย ทั้ง 7 รายมีปัจจัย
เสี่ยง 2 ข้อ คือได้รับยาผิดตามอาการทางจิต
มากกว่า 3 เข็มติดต่อกันร่วมกับการจำกัด
พฤติกรรมมากกว่า 2 ชั่วโมง มีประวัติเคยเกิด
กลุ่มอาการนิวโรเลปติกมาก่อน

ขั้นตอนที่ 2 ร่างแนวปฏิบัติขึ้นใหม่ คือ
กำหนดกลุ่มเสี่ยง แบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และ
กิจกรรมการดูแล กำหนดบทบาทในการมีส่วน
ร่วมของทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็น
ดังนี้ เพิ่มการกำหนดปัจจัยเสี่ยงด้านการรักษา
โดยแพทย์ กำหนดอาการเริ่มต้นของกลุ่มอาการ
นิวโรเลปติก จำนวน 5 ข้อ พยาบาลกำหนด
วิธีการรายงานแพทย์เมื่อพบปัจจัยเสี่ยง มี
กิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน แพทย์กำหนด
แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค และการรักษาที่
เฉพาะเจาะจง มีวิธีการดูแลขณะเกิดกลุ่มอาการ
นิวโรเลปติก เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว และ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมกับวิชาชีพที่
เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด โภชนากร
เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์

แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและการดูแล
ผู้ป่วย ที่พัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงจากประวัติก่อนมา
โรงพยาบาลมี 2 ข้อคือ มีประวัติเคยเกิดกลุ่ม
อาการนิวโรเลปติก มีประวัติป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ
ทางสมอง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงขณะอยู่โรงพยาบาล
ได้แก่ ได้รับยา haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
ติดต่อกัน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เข็มทุกเวอร์
หรือทุกวัน มีลักษณะกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง
เคลื่อนไหวได้น้อย มีลักษณะอาการกล้ามเนื้อ
คอแข็ง กลืนลำบาก มีการเปลี่ยนแปลงของ
สัญญาณชีพ ดังนี้ ชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ
100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตขึ้นๆ ลงๆ มีไข้
มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส

ส่วนที่ 3 เมื่อเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
แล้ว มีอาการดังนี้คือ กล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง
มีไข้สูง มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส
มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางจิต เช่น งง
สับสน ไม่พูดหรือพูดมาก ไม่เคลื่อนไหวหรือเดิน
อย่างเร่งรีบ หัวใจเต้นเร็ว หรือหายใจเร็ว
ความดันโลหิตสูงๆต่ำๆ มีภาวะหลังแข็งมาก
หรือภาวะหลังน้ำลายมาก มีอาการกลืน
ปัสสาวะไม่อยู่ หรือปัสสาวะเองไม่ได้

ขั้นตอนที่ 3 นำแนวปฏิบัติที่ได้ไป
ทดลองใช้ในตึกผู้ป่วยนอก 2 โดยทีมสหวิชาชีพ
จำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด 236 ราย ใน
จำนวนนี้ มีประวัติเคยเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก
และได้รับบาดเจ็บทางสมอง 11 ราย

ขณะอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้ได้รับยา
haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ติดต่อกัน

มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เข็มทุกเวอร์หรือทุกวัน และมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ดังนี้ ชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตขึ้นๆ ลงๆ 7 ราย

มีประวัติได้รับบาดเจ็บทางสมองร่วมกับได้รับยา haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ติดต่อกัน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เข็มทุกเวอร์หรือทุกวัน 2 ราย

มีประวัติได้รับบาดเจ็บทางสมองร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ดังนี้ ชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตขึ้นๆ ลงๆ 1 ราย

มีประวัติได้รับบาดเจ็บทางสมองร่วมกับได้รับยา haloperidol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 3 เข็ม ติดต่อกันทุกเวอร์ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพคือ ชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่คงที่ช่วง 120/70-140/90 mm.Hg มีไข้ 38 องศาเซลเซียส รับประทานอาหารได้น้อย มีการจำกัดพฤติกรรมมากกว่า 2 ชั่วโมง 1 ราย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ พบผู้ป่วยเพียง 2 ราย ที่เป็นอาการเริ่มต้นของกลุ่มอาการนิวโรเลปติก ไม่มีรายใดเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก โดยทีมสหวิชาชีพ ได้พัฒนามาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกแบบเดิมที่ใช้ในปี

๒๕๕๐ ของกลุ่มงานพยาบาล แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ ในแต่ละส่วนได้กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนของทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พยาบาลมีเกณฑ์ในการประเมิน การให้การพยาบาลมีความระมัดระวังโดยพิจารณาใช้ยาฉีดเมื่อจำเป็น มีแนวทางในการรายงานอาการแก่แพทย์ สะดวกต่อการประสานงาน มีการเรียนรู้ร่วมกัน ทีมมีการตื่นตัวและไวต่อการนำเครื่องมือมาใช้ สามารถนำมาสู่การปฏิบัติได้จริงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ซึ่งในแนวปฏิบัติแบบเดิมนั้นไม่ได้กำหนดปัจจัยเสี่ยง แนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและใช้เฉพาะวิชาชีพพยาบาลเท่านั้น

สรุป

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก โดยทีมสหวิชาชีพทำให้ทีมสหวิชาชีพมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ตรงกัน ไม่มีผู้ป่วยรายใดเข้าสู่กลุ่มอาการนิวโรเลปติก ระยะอาการรุนแรงหรือต้องส่งต่อ

ข้อเสนอแนะ

หากมีการศึกษาต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา นำไปใช้ในตึกผู้ป่วยอื่นร่วมกับศึกษาประสิทธิภาพของเครื่องมือโดยเปรียบเทียบกับตึกผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัตินี้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติทั้งองค์กรได้

เอกสารอ้างอิง

1. วีระ สีสานันทกิจ. โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการ neuroleptic malignant syndrome (NMS). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
 2. Coroff SN, Mann SC. The neuroleptic malignant syndrome and related conditions. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2002.
 3. Adent P, Lestavel P, Krivosic-Horber R. Neuroleptic malignant syndrome. Br J Anaesth 2000;[8 screens]. [Online]. Available from:http://www.en.wikipedia.org/wiki/Neuroleptic_malignant_syndrome [23 Mar 2012].
 4. Chandran GJ, Mikler JR, Keegan DL. Neuroleptic malignant syndrome.case report and discussion. CMAJ. 2003; 169:439-42.
-

การใส่ฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สุจินต์ พรหมประดิษฐ์, ท.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อรายงานการใส่ฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia

วัสดุและวิธีการ รายงานผู้ป่วย 1 ราย โดยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ tardive dyskinesia ร่วมด้วยและมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปาก โดยอภิปรายขั้นตอนการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษา

ผล ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอาการทางจิตระดับน้อยและไม่มีฟันทั้งปากสามารถใส่ฟันปลอมทั้งปากได้ โดยมีขั้นตอนการทำเช่นเดียวกับในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ tardive dyskinesia ระดับน้อยร่วมกับสันเหงือกกลางมีการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันที่มากกว่าปกติ การพิมพ์ปากจึงเลือกใช้วัสดุพิมพ์ปากชนิดอีลาสโตเมอร์ร่วมกับถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล และออกแบบโดยขยายขอบเขตของฐานฟันปลอมล่างด้านท้ายร่วมกับใช้ฟันปลอมแบบไม่มีปุ่มฟันเพื่อเพิ่มการยึดอยู่และคงอยู่ของฟันปลอม มีการติดตามและประเมินผลการรักษาหลังการใส่ฟันเป็นระยะที่มีความถี่มากกว่าในผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันปลอมและดูแลได้เป็นอย่างดี

สรุป การใส่ฟันปลอมในผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ สิ่งสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทันตแพทย์จำเป็นต้องประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย และประเมินสภาพช่องปากเพื่อวางแผนการรักษาให้ได้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลหลังใส่ฟันเป็นระยะๆ

คำสำคัญ : tardive dyskinesia ผู้ป่วยจิตเภท ฟันปลอมทั้งปาก

Full conventional dentures in elderly edentulous schizophrenic patient with tardive dyskinesia: A case report

Suchimon Prohmpradith, D.D.S.

Abstract

Objective To report on the conventional full denture procedure in elderly edentulous schizophrenic patient with tardive dyskinesia.

Materials and methods A case of elderly edentulous patient diagnosed as schizophrenic patient with tardive dyskinesia who needed full conventional dentures was reviewed. The dental procedure and treatment outcome were discussed.

Results This article presents the full denture procedure for the elderly edentulous schizophrenic patient with mild psychiatric symptom as well as another mild tardive dyskinesia and resorbed lower mandibular ridge. The special technique in this case consisted of impressing the resorbed mandibular ridge using elastomeric impression materials and a special custom tray to improve retention, maximal areas of coverage of lower denture to improve support and using non-anatomical teeth to improve stability of denture. After having denture delivery, the patient had to receive follow up and evaluation more often than the normal ones. The patient could perform well on oral movements and dental care.

Conclusion The use of full conventional denture can improved the quality of life in elderly edentulous schizophrenic patients. The key of successful prosthesis for these patients was that the dentists must considered on psychological evaluation, oral examination before engaging prosthesis and the patients should periodically receive more often follow up and evaluation after having denture delivery.

Key words : full denture, schizophrenic patient, tardive dyskinesia

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและการดำเนินโรคเรื้อรัง อีกทั้งมีความเสื่อมถอยเป็นส่วนใหญ่¹ พบเริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีความการค่อยเป็นค่อยไป มีความเสื่อมหรือบกพร่องในด้านการงาน การเรียน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น² ไม่สนใจสุขภาพอนามัยและการแต่งกาย ในระยะกำเริบจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น³ ด้วยโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่มีความซับซ้อน แนวทางการรักษาประกอบด้วย การรักษาทางชีวภาพ (biological treatment) และการรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) ซึ่งการรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาด้านจิตสังคม เช่น การรักษาด้วยจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด พฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตถือว่าเป็นหัวใจสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการเฉียบพลัน เพื่อควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว เป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น หลังจากมีอาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นที่จะต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากผู้ป่วยได้รับยาในขนาดหรือระยะเวลาที่ไม่เพียงพอ มีโอกาสสูงที่จะกลับเป็นซ้ำอีก⁴

ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่พบมากคือ อาการปากแห้ง ซึ่งทำให้การรับ

รสอาหารของผู้ป่วยไม่ปกติ⁵ มีฟันผุเพิ่มขึ้น^{6,7} มีความเสี่ยงสูงกว่าคนปกติต่อการเกิดโรคปริทันต์และการติดเชื้อในช่องปาก ผู้ป่วยจะมีอาการพูด เคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ในรายที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้จะมีปัญหาการใส่ฟันปลอม เนื่องจากอาการปากแห้งจะทำให้การยึดอยู่ (retention) และการคงอยู่ (stability) ของฟันปลอมลดลง และมักเกิดแผลที่เกิดจากการใส่ฟันปลอมได้ง่าย ผู้ป่วยมักจะชอบรับประทานลูกอมหรือเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อช่วยลดอาการปากแห้ง ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดฟันผุมากขึ้น⁸ ซึ่งจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเปรียบเทียบกับคนทั่วไปของต่างประเทศ พบผู้ป่วยเป็นโรคปริทันต์และฟันผุสูงกว่าคนทั่วไป และได้รับการรักษาต่ำกว่า^{9,10} โดยเมื่อเปรียบเทียบการรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้พิการและคนปกติพบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการอุดฟันน้อยที่สุด¹¹ ส่วนการศึกษาสถานะปริทันต์ในคนไทยได้ผลเช่นเดียวกันโดยในผู้ป่วยจิตเภทพบเป็นโรคปริทันต์ถึงร้อยละ 47.6 เปรียบเทียบกับการสำรวจในคนไทยพบว่าเป็นโรคมามากกว่ากลุ่มคนทั่วไปถึง 3 เท่า และมีความรุนแรงมากกว่าคนปกติ¹²⁻¹⁴ ความรุนแรงของโรคปริทันต์ในผู้ป่วยจิตเภทจะมากขึ้นตามปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง กิจวัตรในการทำมาหาสอาดช่องปาก และการสูบบุหรี่¹⁵ ในผู้ป่วยจึงพบมีการสูญเสียฟันได้มากกว่าคนปกติ จากการศึกษาของต่างประเทศผู้ป่วยจิตเวชรายที่ไม่มีฟันทั้งปากไม่ได้รับการรักษาโดยการใส่ฟันปลอมทั้งปาก^{16,17}

ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการข้างเคียง tardive dyskinesia ซึ่งเป็น 1 ในอาการ extrapyramidal side effects มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมชนิดที่ออกฤทธิ์เป็น dopamine receptor blocking agent ติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน ซึ่งไม่มีการศึกษาใดที่ระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงหรือยืนยันว่าผู้ป่วยต้องกินยานานเท่าใดจึงจะมีอาการดังกล่าว¹⁸ การรักษาด้วยยาการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวได้^{19,20} ลักษณะอาการ tardive dyskinesia ที่แสดงคือผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลิ้น ริมฝีปากแบบควบคุมไม่ได้ มีการขยับขากรรไกรที่ผิดปกติเหมือนกับเคี้ยวอาหาร มีการดูดริมฝีปากหรือขมุกขมูยปาก เมื่อแลบลิ้นจะพบว่าลิ้นลิ้น ลิ้นอาจกระดกไปข้างหน้าหรือข้างหลัง บางครั้งลิ้นอาจจุกอยู่ที่ริมฝีปาก หรือลิ้นม้วนไปมาในปากหรือลิ้นดันแก้ม หากให้ผู้ป่วยอ้าปากอาจแลบลิ้นออกมาเอง บางรายอาจมีอาการขยับนิ้ว บิบบิ คอ บิดเอียง ซึ่งอาการดังกล่าวมีผลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงด้านการพูด บุคลิกภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเข้าสังคม นอกจากนี้แล้วอาการดังกล่าวยังเพิ่มความยุ่งยากในการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณช่องปากได้ โดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปาก^{21,22} จากการสำรวจผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีฟันทั้งปากพบมีอาการ tardive dyskinesia ร้อยละ 7²³

ผู้ป่วยรายที่ไม่มีฟันทั้งปากจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใส่ฟันปลอมเพื่อช่วยบดเคี้ยวอาหาร

พูดออกเสียงให้ชัดเจนและเสริมบุคลิกภาพ²⁴ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทยที่ผ่านมาพบผู้สูงอายุ 60-74 ปี ที่ไม่มีฟันทั้งปาก ใส่ฟันปลอมทั้งปากร้อยละ 5.3 แต่ยังมีผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากแต่ยังไม่ได้ใส่อีกร้อยละ 2.5¹³ ซึ่งความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับทันตแพทย์สามารถทำฟันปลอมได้เหมาะสมกับขากรรไกรและการสบฟันของผู้ป่วย ลักษณะของสันเหงือกกลางของผู้ป่วย คุณภาพของฟันปลอมและสุขภาพจิตของผู้ป่วย²⁵ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากไปเป็นระยะเวลาานาน จะพบผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่มีการละลายตัวอย่างมากของกระดูกเบ้าฟันในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน โดยเฉพาะในรายที่มีปริมาณระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ²⁶ ลักษณะที่พบคือสันเหงือกบริเวณฟันหน้าแบนและเล็ก และจะแบนมากขึ้นบริเวณฟันหลัง ทำให้การยึดอยู่และคงอยู่ของฟันปลอมลดลง ซึ่งในการทำฟันปลอมในผู้ป่วยที่มีการละลายตัวของกระดูกสันเหงือก (resorbed ridge) ทันตแพทย์จำเป็นต้องมีประสบการณ์และความชำนาญในการวางแผนการรักษา สามารถเลือกใช้วัสดุและวิธีการที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มการยึดอยู่และคงอยู่ของฟันปลอม^{27,28} นอกจากนี้พบว่าความสัมพันธ์ที่ตรงระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการใส่ฟันปลอมทั้งปากอีกด้วย²⁹ ปัจจุบันได้มีการนำรากฟันเทียมมาใช้ร่วมกับการทำฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยประเภทนี้ แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและอยู่ในระหว่างการศึกษาถึงผลการรักษาในระยะยาว³⁰ การศึกษานี้เป็นการรักษาทาง

ทันตกรรมโดยใส่ฟันปลอมทั้งปากให้ผู้ป่วยจิตเภทรายที่สูญเสียฟันทั้งปากร่วมกับมีอาการ tardive dyskinesia เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาทางทันตกรรมด้านการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยจิตเภท

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 64 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นแม่บ้าน มีประวัติมารักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.๒๕๒๑ ด้วยอาการบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากที่เคยเป็น ไม่สนใจตัวเอง พูดหยาบคาย ชอบขโมยเงินและมีท่าทีเฉยเมย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในตึกประเภตบำบัดระยะยาว มาพบทันตแพทย์ด้วยสาเหตุฟันปลอมเก่าหลวมใส่ไม่ได้ ทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ผู้ป่วยต้องนั่งเก้าอี้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (wheel chair) และต้องมีคนช่วยพยุงขณะลุกขึ้นหรือนั่ง ผู้ป่วยเคยป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่มีสาเหตุมาจากเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มมีอาการป่วยทางจิต ช่วงปี ๒๕๕๑ เกิดอุบัติเหตุกระดูกสะโพกด้านขวาร้าวได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ตามปกติ ต้องใช้เครื่องช่วยการทรงตัวขณะเคลื่อนที่ ส่วนประวัติทางทันตกรรม เคยทำฟันปลอมทั้งปากครั้งแรกประมาณปี พ.ศ.๒๕๔๗ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (F20.5 : Residual schizophrenia) และมีโรคเบาหวานร่วมด้วย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่เกิน 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

จากการประเมินอาการทางกายผู้ป่วยสามารถดูแลอนามัยส่วนบุคคลได้ดี ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา) ได้คะแนนเท่ากับ 25 คะแนน แสดงถึงผู้ป่วยอยู่ในช่วงระดับอาการทางจิตน้อย สามารถพูดคุย ตอบคำถามและบอกความต้องการได้ เมื่อตรวจร่างกายบริเวณใบหน้าและขากรรไกร พบมีอาการขยับขากรรไกรเหมือนกับเคี้ยวอาหารขณะผู้ป่วยนั่งเฉยๆ แต่อาการจะหยุดได้บ้างชั่วขณะ หากมีการกระตุ้นด้วยการพูดคุย ส่วนภายในช่องปากเมื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก พบกล้ามเนื้อลิ้นจะมีการหดเกร็งมากกว่าปกติ และมีการเคลื่อนไหวมันวาวไปมาแบบควบคุมไม่ได้เป็นบางครั้ง ไม่มีฟันทั้งปาก ซึ่งเป็นลักษณะอาการ tardive dyskinesia ระดับน้อย ส่วนลิ้นเหงือกขากรรไกรบนมีลักษณะปกติ แต่ลิ้นเหงือกขากรรไกรล่างเป็น resorbed ridge ซึ่งมีลักษณะแบน เล็กกว่าปกติ และปากแห้ง

ก่อนการทำฟันปลอมต้องอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าการทำฟันปลอมทั้งปากมีหลายขั้นตอน ผู้ป่วยต้องมาพบทันตแพทย์อย่างน้อย 5 ครั้งจึงจะได้ใส่ฟันปลอม โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1: พิมพ์ปากโดยใช้วัสดุพิมพ์ปากชนิดอัลจีเนท เพื่อนำไปทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล (individual tray) โดยออกแบบให้ขอบถาดพิมพ์ปากห่างจากขอบเหงือกประมาณ 2 เซนติเมตรโดยรอบ

ครั้งที่ 2 : พิมพ์ปากครั้งที่ 2 โดยใช้ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลร่วมกับวัสดุพิมพ์ปาก

ชนิดโพลีเอเทอร์อีลาสโตเมอร์ ปรเภทความหนาปานกลาง ในขั้นตอนนี้สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเพิ่มเติมจากการทำในผู้ป่วยปกติ คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนพิมพ์ปากจริงโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งเอียงประมาณ 45 องศา กับพื้นราบ แล้วนำถาดพิมพ์ปากที่ยังไม่มีวัสดุพิมพ์ปากลงใส่ในช่องปากผู้ป่วย แล้วฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเรื่อยๆทางจมูก เมื่อพิมพ์ปากจริงจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งเอียงประมาณ 45 องศา กับพื้นราบ แล้วนำถาดพิมพ์ปากที่มีวัสดุพิมพ์ปากใส่ในช่องปากผู้ป่วย พร้อมบอกให้ผู้ป่วยหายใจเรื่อยๆทางจมูก จากนั้นค่อยๆปรับเก้าอี้ให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงขึ้น และทำ muscle mold เพื่อให้ได้แบบพิมพ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับเนื้อเยื่อในช่องปากมากที่สุด มีเทคนิคคือ ใช้ปริมาณวัสดุพิมพ์ปากให้พอดีมากที่สุดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการขยับขากรรไกรและเคลื่อนไหวลิ้นในแบบที่ผู้ป่วยมักเป็นเมื่อนั่งนิ่งๆ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เมื่อจัดทำให้นั่งตัวตรงผู้ป่วยจะมีการขยับขากรรไกรและลิ้น ซึ่งการเลือกวัสดุพิมพ์ปากชนิดนี้เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาการแข็งตัวหลังผสมประมาณ 2-3 นาที ทำให้มีเวลาเพียงพอสำหรับให้ได้รายละเอียดของขอบฟันปลอมที่เหมาะสม จากนั้นออกแบบฐานฟันปลอมล่างด้านท้ายบริเวณที่คลุม retromolar pad ทั้งสองข้างให้กว้างกว่าปกติเพื่อเพิ่มการคงอยู่ของฟันปลอม²⁸

ครั้งที่ 3 : ลองขี้ผึ้ง (bite block) เพื่อกำหนดแนวของระนาบการสบฟัน ความอูนูนความสูงของฟัน ตำแหน่งกึ่งกลางใบหน้า ปีกจมูกและบันทึกรอยสบฟัน โดยเลือกใช้ฟันแบบไม่มีปุ่มฟัน (non-anatomical teeth) ในการทำฟันปลอมเพื่อเพิ่มการคงอยู่ของฟันปลอม^{27,28}

ครั้งที่ 4 : ลองฟัน โดยพิจารณาความถูกต้องของการสบฟัน ความสวยงามและการพูดออกเสียงของผู้ป่วย

ครั้งที่ 5 : ใส่ฟัน ด้วยผู้ป่วยมีอาการปากแห้งมากวันแรกที่ใส่ฟันปลอมแนะนำให้ผู้ป่วยอมลูกอมเพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายเพิ่มการยึดอยู่ของฟันปลอมในช่องปาก โดยให้อมลูกอมเฉพาะครั้งแรกของการใส่เท่านั้น หลังจากนั้นการใส่ฟันปลอมจะเป็นการช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลายให้เพิ่มขึ้นได้³¹ แนะนำวิธีการดูแลรักษาฟันปลอมให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย นัดติดตามผลการรักษาในวันถัดไป

ครั้งที่ 6 เป็นต้นไป : นัดติดตามและประเมินผลหลังใส่ฟันทุกวันในช่วงสัปดาห์แรก จนกว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการฟันปลอมกดเจ็บและใช้งานได้ หลังจากนั้นนัด 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนและทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผลและความสามารถในการดูแลรักษาฟันปลอมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้หลังใส่ฟันปลอมมีการแก้ไขฟันปลอมจำนวน 3 ครั้ง เนื่องจากมีแผลกดเจ็บและมีปัญหาการสบฟัน อาการปากแห้งลดลงไม่มีปัญหาต่อการยึดอยู่ของฟันปลอมตั้งแต่วันแรกที่นัดติดตามการรักษา ครั้งสุดท้ายเป็นนัดติดตามผลการรักษาหลังใส่ฟัน 3 เดือน ผู้ป่วยยังคงมีอาการ tardive dyskinesia แต่สามารถใส่ฟันปลอมเคี้ยวอาหารและพูดคุยได้เป็นอย่างดี ส่วนการดูแลรักษาฟันปลอมผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบ้างเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นด้วย

การวางแผนการรักษาในอนาคตสำหรับผู้ป่วยรายนี้ หากฟันปลอมเกิดหลวมใช้งานไม่ได้เนื่องจากสันเหงือกมีการละลายตัวของกระดูกสันเหงือกเพิ่มขึ้น อาจพิจารณาแก้ไขโดยใช้ฟันปลอมเดิมร่วมกับอคริลิกชนิดนิ่ม (tissue conditioner) เพื่อให้ได้ลักษณะของสันเหงือกและขอบฟันปลอมของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงแล้วนำมาทำฐานฟันปลอมใหม่ (rebase) ให้แก่ผู้ป่วยใหม่



วิจารณ์

ในการทำฟันปลอมทั้งปากสำหรับผู้ป่วยทั่วไปต้องคำนึงถึงการยึดอยู่และการคงอยู่ของฟันปลอมในช่องปากทั้งในขณะที่ผู้ป่วยใช้งาน ได้แก่ พูด เคี้ยวอาหาร หรือขณะอยู่เฉยๆ แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางจิต จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุจิตเภทเรื้อรังร่วมกับมีอาการข้างเคียง tardive dyskinesia มีระดับอาการทางจิตน้อย ภายในช่องปากไม่มีฟันทั้งปากและสันเหงือกกลางมีการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันมาก สิ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนการรักษาเพิ่มเติมได้แก่ระดับอาการทางจิต ระดับอาการข้างเคียง tardive dyskinesia ลักษณะทางกายวิภาคของสันเหงือกและประวัติการใส่ฟันของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้สามารถให้การรักษาโดยใส่ฟันปลอมทั้งปากชนิดถอดได้เนื่องจากมีระดับอาการทางจิตน้อย ผู้ป่วยมีประวัติเคยใส่ฟัน



ปลอมทั้งปากมาโดยตลอดและสามารถดูแลรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ดี แต่มีอาการข้างเคียง tardive dyskinesia ระดับน้อย มีอาการขยับขากรรไกรเหมือนกับเคี้ยวอาหารขณะผู้ป่วยนั่งเฉยๆ ซึ่งอาการดังกล่าวจะหยุดได้บ้างชั่วขณะ หากมีการกระตุ้นด้วยการพูดคุย ส่วนภายในช่องปากเมื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก กล้ามเนื้อลิ้นจะมีการหดเกร็งมากกว่าปกติ และมีการเคลื่อนไหวมันไปมาแบบควบคุมไม่ได้เป็นบางครั้ง ลักษณะของสันเหงือกขากรรไกรล่างเป็น resorbed ridge และปากแห้ง

จากการศึกษารายงานผู้ป่วยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเพิ่มการยึดอยู่และการคงอยู่ของฟันปลอมทั้งปาก ในผู้ป่วยที่มีสันเหงือกขากรรไกรล่างแบบ resorbed ridge แนะนำให้ใช้ฮาดทิพย์ปากเฉพาะบุคคลร่วมกับวัสดุพิมพ์ปากชนิดโพลีอีเทอร์อีลาสโตเมอร์ การออกแบบฐานฟันปลอมล่างด้านท้ายบริเวณที่คลุม retromolar pad ทั้งสองข้างให้กว้างกว่าปกติ และเลือกใช้ฟันปลอมแบบไม่มีปุ่มฟัน (non-anatomical teeth) ในการทำฟันปลอม จะช่วยให้การทำฟันปลอมประสบความสำเร็จมากขึ้นได้^{27,28} สำหรับเทคนิคการทำฟันปลอมทั้งปากในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการข้างเคียง tardive dyskinesia ร่วมด้วยนั้นยังไม่มีผลการศึกษา แต่มีการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการใส่ฟันปลอมทั้งปาก²⁹ โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากผู้ป่วยใส่ฟันปลอมจำเป็นต้องนัดติดตามและ

ประเมินผลทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลจะต้องคอยสังเกตซักถามและประสานงานกับทันตแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถใส่ฟันแล้วใช้งานได้จริง และดูแลรักษาได้อย่างถูกวิธี

ส่วนอาการข้างเคียงปากแห้ง หรือ tardive dyskinesia ที่พบในผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ทันตแพทย์น่าจะเป็นผู้ที่พบอาการดังกล่าวได้เร็วที่สุด และควรมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้จิตแพทย์เพื่อประกอบการวางแผนรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ก่อนที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ทันตแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมและจัดทำแนวทางการรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีฟันทั้งปากหรือไม่มีฟันบางส่วน การใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถประสบความสำเร็จได้โดยทันตแพทย์จำเป็นต้องมีการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละรายทุกครั้ง นอกจากนี้ยังต้องประเมินอาการหรือลักษณะในช่องปากที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อการยึดอยู่และคงอยู่ของฟันปลอม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนขั้นตอนต่างๆตลอดจนการเลือกวิธีเทคนิคและชนิดวัสดุที่ใช้ในการรักษา และ

สิ่งสำคัญที่สุดคือการติดตามและประเมินผล การรักษาหลังการใส่ฟันปลอม การใส่ฟันปลอม ก็จะสามารถประสบความสำเร็จได้และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมได้ดี ขึ้น³² และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสหวิชาชีพในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชได้

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Mental Health. Schizophrenia. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizosph.cfm> [14 Feb 2013]
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition Text Revision DSM-IV-TR TM.Text Revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Velligan DI, Mahurin RK, Diamond PL, Hazleton BC, Eckert SL, Miller AL. The functional significance of symptomatology and cognitive function schizophrenia. Schizophrenia Research 1997;25:21-31.
4. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet 2004;363:2063-72.
5. Cho MA, Ko JY, Kim YK, Kho HS. Salivary flow rate and clinical characteristics of patients with xerostomia according to its aetiology. J Oral Rehabil 2010;37:185-93.
6. Su N, Marek CL, Ching V, Grushka M. Caries prevention for patients with dry mouth. J Can Dent Assoc 2011;77:85.
7. Marton K, Madlena M, Banoczy J, Varga G, Fejerdy P, Sreebny LM et al. Unstimulated whole saliva flow rate in relation to sicca symptoms in Hungary. Oral Dis 2008;14:472-7.
8. Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K et al. Oral health care for people with mental health problems guidelines and recommendations. 2000. Retrieved from: <http://www.bsdh.org.uk/guidelines/mental.pdf> [13 Aug 2013].
9. Ainara A, Mercedes Z, Izaskun D, Jose JU, Juan M, Maria AP. Oral health and the symptoms of schizophrenia. Psychiatry Research 2011;188:24-8.
10. Teng PR, Su JM, Chang WH, Lai TJ. Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. Gen Hosp Psychiatry 2011;33:253-9.
11. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. J Formos Med Assoc 2012;111:214-9.

12. Toomtong S. Oral health status of schizophrenic patients. Bangkok: Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry; 2005.
13. Department of health, Ministry of public health. Oral health survey in Thai 7th 2012. Retrieved from <http://www.dental.anamai.mop.go.th/survey.7.pdf> [30 May 2013].
14. Prohmpradith S, Keawmongkol S. Periodontal status in patients with schizophrenia. *J Ment Health Thai* 2013;3:160-70.
15. Gurbuz O, Alatas G, Kurt E, Dogan F, Issever H. Periodontal health and treatment needs among hospitalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. *Community Dent Health* 2011;28:69-74.
16. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry* 2003;18:101-5.
17. Zusman SP, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa AE, Ramon T, Natapov L et al. An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. *Spec Care Dentist* 2010;30:18-22.
18. Lerner V, Miodownik C. Motor symptoms of schizophrenia: is tardive dyskinesia a symptom or side effect? A modern treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:295-304.
19. Dayalu P, Chou KL. Antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms and their management. *Expert Opin Pharmacother* 2008;9:1451-62.
20. Pierre JM. Extrapyramidal symptoms with atypical antipsychotics: incidence, prevention and management. *Drug Saf* 2005;28:191-208.
21. Scully C, Cawson RA. Medical problems in dentistry: Wright. 5th Ed. London: Churchill Livingstone; 2005.
22. Waln O, Jankovic J. An update on tardive dyskinesia: from phenomenology to treatment. *Tremor Other Hyperkinet Mov* 2013. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709416/pdf/tre-03-161-4138-1.pdf> [2 Jun 2013]
23. Blanchet PJ, Rompre PH, Lavigne GJ, Lamarche C. Oral dyskinesia: a clinical overview. *Int J Prosthodont*. 2005;18:10-9.

24. Roumanas ED. The social solution-denture esthetics, phonetics, and function. *J Prosthodont* 2009;18:112-5.
25. Critchlow SB, Ellis JS, Field JC. Reducing the risk of failure in complete denture patients. *Dent Update* 2012;39:427-30, 433-4, 436.
26. Zmyslowska E, Ledzion S, Jedrzejewski K. Factors affecting mandibular residual ridge resorption in edentulous patients: a preliminary report. *Folia Morphol (Warsz)* 2007;66:346-52.
27. Chandrasekharan NK, Kunnekel AT, Verma M, Gupta RK. A technique for impressing the severely resorbed mandibular edentulous ridge. *J Prosthodont* 2012;21:215-8.
28. Devaki VN, Manonmani P, Balu K, Aravind RJ. Clinical management of highly resorbed mandibular ridge without fibrous tissue. *J Pharm Bio allied Sci* 2012;4:149-52.
29. Carlsson GE. Facts and fallacies: an evidence base for complete dentures. *Dent Update* 2006;33:134-6, 138-40, 142.
30. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil* 2010;37:143-56.
31. Marton K, Boros I, Fejerdy P, Madlena M. Evaluation of unstimulated flow rates of whole and palatal saliva in healthy patients wearing complete dentures and in patients with Sjogren's syndrome. *J Prosthet Dent* 2004;91:577-81.
32. Roumanas ED. The social solution-denture esthetics, phonetics, and function. *J Prosthodont* 2009;18:112-5.
-

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจาก สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

พิทักษ์พล บุญยมาลิก, พ.บ., วท.ม., ประด.¹

สุพัฒนา สุขสว่าง, ศศ.ม.²

เชษฐพล ชัยชนะนิมพลี, ศศ.ม.²

ขวัญจิตต์ นรากรพิจิตร, ศศ.ม.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการเยียวยาสุขภาพจิต

วัสดุและวิธีการ กำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยทบทวนทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ระบบการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ และประชุมผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช และผู้ปฏิบัติงานทางสาธารณสุขในพื้นที่ จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ทั้งทางด้านเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบการดำเนินงานและการบริหารจัดการ ทักษะความสามารถของนักจิตวิทยาและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำการวิเคราะห์ระบบในการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ดำเนินการออกแบบและพัฒนาระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยโปรแกรมเมอร์นำไปทดลองใช้ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา จากนั้นประชุมติดตามประเมินผลและปรับปรุงระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้จริง

ผล มีระบบฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับการติดตาม เฝ้าระวังในการเยียวยาจิตใจอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง นักจิตวิทยาในพื้นที่ที่ศึกษาสามารถปฏิบัติงานได้สะดวก และมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งได้ข้อมูลระดับวิทยาทางสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบที่สามารถนำมาใช้วางแผนให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการต่อไป นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดนโยบาย และงบประมาณในการดำเนินงานด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบในปีต่อไป

สรุป มีระบบฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ช่วยให้เฝ้าระวังความเครียดในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชตามสภาพปัญหา และความต้องการได้อย่างเหมาะสม กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับการติดตาม เฝ้าระวังในการเยียวยาจิตใจอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง ปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระบบฐานข้อมูล

¹ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

² กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

The development of the mental health-related surveillance system in persistent insurgent affected southernmost region of Thailand. (Violence-related Mental health Surveillance: VMS)

Pitakpol Boonyamalik, M.D., M.Sc., Ph.D.¹

Supathana Suksawang, M.A.²

Chetthaphon Chaichanachimplee, M.A.²

Kwanjit Narakornpijit, M.A.²

Abstract

Objective The research aims to the development of mental health-related surveillance system in persistent insurgent affected southernmost region of Thailand for the mental health care staff.

Materials and methods The problems and research objectives were defined. Related theoretical backgrounds, relevant research, mental health problem situation as well as pre-existing systems used in the area were thoroughly reviewed. The expert panel consisting of psychiatrists, psychologists, psychiatric nurses, and health personnels was set up in order to help brainstorm preliminary structures in the surveillance system. As key issues comprising possibilities of the system implementation, the development of technology on work, system management in addition to current psychologists and local staffs' capabilities were addressed. By the next processes, computer software programmers developed those ideas into PC-based software. The finished software as well as the system implemented for a trail in southernmost provinces was assessed and improved the real use one.

Results The mental health-related surveillance systems were successfully put into practice. All target groups could receive follow up and surveillance in mental health care continuously. The psychologists could work more conveniently and effectively. Receiving epidemiological data of affected individuals' mental health could benefit mental health support's plan and developing knowledge. Department of mental health and related organizations could use the data to define policy and budget of prevention and improvement through affected individuals' mental health by the next year.

Conclusion The mental health-related surveillance systems were successfully put into practice. It could properly help to develop psychiatric patients' ability in accordance with a problem and need. All target groups could receive follow up and surveillance in mental health care continuously.

Key words : database system, surveillance, violence-related mental health in persistent insurgent affected southernmost region of Thailand

¹ Director of bureau of policy and strategy

² office of consultants, Department of Mental Health

บทนำ

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ จากสถิติของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ในระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๕๐ จนถึงปลายเดือนธันวาคม ๒๕๕๒¹ พบว่ามีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นจำนวน 2,478 เหตุการณ์ มีผู้บาดเจ็บ 5,561 คน และมีผู้เสียชีวิต 1,390 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจอีกเป็นจำนวนมากได้แก่ ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ ญาติพี่น้องของผู้ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิต และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ โดยมีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวม 4,400 คน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับการดูแลโดยเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance: VIS)² ซึ่งพัฒนาโดยศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ร่วมกับหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา และกรมแพทย์ทหารบก ซึ่งฐานข้อมูลนี้รวบรวมข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบทางตรงที่ได้รับบาดเจ็บเฉพาะทางร่างกาย แต่ไม่ครอบคลุมผู้ที่ได้รับผลกระทบทางอ้อมซึ่งอาจเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ และไม่ได้มีการบาดเจ็บทางกาย รวมทั้งครอบครัวของ

ผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่อาจได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤตทั้งทางตรงและทางอ้อมหากไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความผิดปกติทางจิตและโรคจิตเวชตามมา³ เช่น ภาวะการปรับตัวผิดปกติ โรคเครียดแบบเฉียบพลัน โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โรคซึมเศร้า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การติดสารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุคคลไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต ขาดการดูแลให้ความช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ได้รับผลกระทบ รวมถึงชุมชน สังคม และประเทศชาติ แต่ถ้าบุคคลผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมได้รับการดูแลเยียวยาและสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต จะช่วยลดปัญหาโรคทางจิตเวชและปัญหาการปรับตัวที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงสามารถลดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางจิตเวชในระยะยาวได้

ในระยะแรกเมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นักจิตวิทยาหรือผู้ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจจะเข้าให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบโดยการพูดคุยหรือเยี่ยมบ้าน เป็นรายกรณี โดยยังไม่มีระบบการเตรียมความพร้อม และระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ทำให้การทำงานเกิดความซ้ำซ้อน ยุ่งยากและล่าช้า

การให้ความช่วยเหลือจึงขาดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังไม่สามารถรวบรวมประมวลผลข้อมูลเพื่อทราบขนาดของสถานการณ์ปัญหา และกำหนดนโยบายเพื่อการเฝ้าระวังในการป้องกันและควบคุมปัญหาทางสุขภาพจิตได้

การศึกษานี้เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (VMS: Violence-related Mental health Surveillance) สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการเยียวยาสุขภาพจิต เพื่อรวบรวมบุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมเข้ามาอยู่ในระบบฐานข้อมูลเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และรวดเร็ว เจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเยียวยาติดตามต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ระบบฐานข้อมูลยังช่วยให้สามารถรวบรวมและประมวลผลข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้ทราบถึงขนาดและสภาพปัญหาจึงสามารถวางแผนเฝ้าระวังในการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้สามารถเผยแพร่ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นประโยชน์อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น และทำให้เกิดการประสานการช่วยเหลือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้สามารถก่อให้เกิดการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานทางสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 จังหวัด ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ อำเภอเทพา อำเภอสบไย้อย และอำเภอนาทวี ระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๕๑ – เดือน ธันวาคม ๒๕๕๒ ขั้นตอนในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ในการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบฐานข้อมูล

ด้านเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบ ได้มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญถึงความเป็นไปได้รูปแบบในการปรับปรุง พัฒนาเวชระเบียนและแบบประเมินทางสุขภาพจิต เพื่อการใช้งานและการประมวลผลบนระบบคอมพิวเตอร์

ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐในการดำเนินงาน และการบริหารจัดการและได้รับการบริหารทางวิชาการจากกรมสุขภาพจิต และศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 มีการประเมินทักษะความสามารถ และจัดอบรมแก่นักจิตวิทยา และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้สามารถคัดกรอง บำบัด เยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งสามารถใช้งานระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตได้

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ระบบในการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังภาพที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 ออกแบบ และพัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) พัฒนา ทดลองใช้ ปรับปรุงเวชระเบียน และแบบคัดกรองทางจิตเวช ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ได้เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ 2) คณะวิจัยร่วมกันวางแผนและออกแบบระบบฐานข้อมูลตามโครงสร้างของเวชระเบียน และแบบคัดกรองทางจิตเวช 3) โปรแกรมเมอร์เขียนโครงสร้างของระบบฐานข้อมูล โดยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามเวชระเบียน และแบบคัดกรองทางจิตเวช 4) โปรแกรมเมอร์เขียนโปรแกรมทดลองใช้ และปรับปรุงระบบ ได้ระบบฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูล (information system) และระบบฐานข้อมูลทางภูมิศาสตร์สารสนเทศ (geographic information system) ในการวิเคราะห์ข้อมูล และแสดงผลข้อมูลเชิงพื้นที่ (spatial data) 5) ประชุมชี้แจง และจัดอบรมผู้วิจัยภาคสนาม ในการเก็บและป้อนข้อมูลเข้าสู่ระบบ 6) ติดตามประเมินผล และปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผล

1) เวชระเบียน และแบบคัดกรองทางจิตเวช ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เวชระเบียน DISA M.1 และ DISA M.4 เวชระเบียน DISA.M1⁴ ประกอบด้วย รายละเอียดเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวทั่วไปและข้อมูลเชิงลึกของผู้เข้ารับบริการ ได้แก่ ข้อมูลก่อนเกิดเหตุ (pre-crisis) ข้อมูลระหว่างเกิดเหตุ (peri-crisis) และข้อมูลหลังเกิดเหตุ (post-crisis) เวชระเบียน DISA M.4⁵ ได้แก่ แบบติดตามปัญหาสุขภาพจิต หรือแบบรายงานการเยี่ยมครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบ การประเมินปัญหา การให้ความช่วยเหลือ และการส่งต่อ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองทางจิตเวช ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพจิตทั่วไป⁶ แบบประเมินสุขภาพทั่วไป (GHQ 12 Plus R) แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-18 (PISCES-18)⁷ เครื่องมือวินิจฉัยโรค MINI⁸ และการประเมินจากจิตแพทย์

2) โครงสร้างของระบบฐานข้อมูล ในระดับการใส่ข้อมูล (input level) เริ่มจากผู้ป้อนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ (user) ได้ดำเนินการเก็บประวัติผู้ได้

รับผลกระทบ ผลจากแบบประเมิน และผลการติดตามเยี่ยมบ้าน (DB: database) ลงในคอมพิวเตอร์ที่ลงโปรแกรม VMS ไว้ (VMS agent) จากนั้นจุดโปรแกรมจะเชื่อมต่อไปกับอินเทอร์เน็ตเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับการป้อนมาไปเก็บไว้ที่เซิร์ฟเวอร์หลัก (database server) ในระดับการนำข้อมูลไปใช้นั้นผู้ดูแลระบบ (admin) จะเป็นบุคคลเดียวที่สามารถเข้าถึงข้อมูลทั้งหมดได้ โดยผู้ป้อนข้อมูลทั่วไปจะสามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลังเพื่อปรับแก้และใช้ประโยชน์ได้เฉพาะข้อมูลที่หน่วยงานของตนป้อนข้อมูลมาเท่านั้น ผู้ดูแลระบบยังมีหน้าที่ในการนำข้อมูลดังกล่าวมาประมวลผลใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลดิบทางสถิติ นำไปส่งต่อให้กับผู้บริหาร ผู้วางนโยบาย และนักวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ดังภาพที่ 2

3) โปรแกรมฐานข้อมูล บนเว็บไซต์ <http://www.vms.skph.go.th/index.aspx> หน้าจอแสดงผล ดังตัวอย่างในภาพที่ 3

4) หน้าจอสำหรับการบันทึกข้อมูล ดังตัวอย่างในภาพที่ 4

5) การแสดงผลข้อมูลทางภูมิศาสตร์สารสนเทศ (geographic information system) ดังตัวอย่างในภาพที่ 5

วิจารณ์

ในการปฏิบัติงานพบว่ามีความยุ่งยากในการส่งต่อผู้ได้รับผลกระทบจากสถานพยาบาลหนึ่ง ไปยังสถานพยาบาลปลายทาง เนื่องจาก

การจัดเก็บประวัติผู้ป่วยและข้อมูลอาจมีการตกหล่นหรือสูญหาย การใช้ฐานข้อมูล VMS ในการเก็บประวัติทุกรายนอกเหนือจากการเก็บข้อมูล Disa.M1 และ Disa.M⁴ จะสามารถลดความยุ่งยากและปัญหาข้อมูลของผู้ป่วยสูญหายได้ โดยผู้ใช้งานระบบฐานข้อมูลใช้รหัสประจำตัวประชาชนหรือข้อมูลพื้นฐาน เช่น ชื่อนามสกุล ที่อยู่ในการค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ VMS นอกจากนี้ควรมีการผนวกรวมฐานข้อมูล VMS เข้ากับระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence – related Injury Surveillance - VIS) เนื่องจากฐานข้อมูล VIS เป็นระบบฐานข้อมูลใหญ่ ครอบคลุมข้อมูลที่บันทึกเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การรวมฐานข้อมูลเข้าด้วยกัน จะช่วยให้ระบบฐานข้อมูลมีความลึกมากขึ้น ผู้ที่อยู่ในฐานข้อมูล VMS เกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่อยู่บนฐานข้อมูล VIS การผนวกรวมข้อมูลทางร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน จึงทำให้สามารถศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆได้มากขึ้น และก่อให้เกิดประโยชน์อย่างบูรณาการยิ่งขึ้น

จากการศึกษา พบว่านักจิตวิทยาสามารถสืบค้นข้อมูลได้เฉพาะข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากโรงพยาบาลของตนเองเท่านั้น และไม่สามารถประมวลผลข้อมูลเพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ปัญหาเองได้ ดังนั้นในการพัฒนาขั้นต่อไป ควรให้นักจิตวิทยา

สามารถประมวลผลและนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น เพื่อการพัฒนาทั้งทางด้านบริการและวิชาการ นอกจากนี้ในระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจิต พบว่ามี การเตรียมการ การพัฒนาบุคลากร รวมทั้ง เครื่องมือ และเทคโนโลยีต่างๆ และมีการ เพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง ให้ทันต่อ เหตุการณ์ แต่พบว่าขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ เป็นศูนย์กลางของข้อมูลและการบริหารจัดการ ที่สามารถเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร และประสาน งานไปยังหน่วยปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต สามารถที่จะเชื่อมต่อกับองค์กรภาครัฐ หรือ เอกชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการต่อเหตุการณ์ภัยพิบัติจากการกระทำ ของมนุษย์

สรุป

จากการดำเนินงานมีการพัฒนาเวช ระเบียบ และแบบคัดกรองทางจิตเวชที่เหมาะสม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งระบบฐานข้อมูลในการเฝ้าระวัง ปัญหาสุขภาพจิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ และมีการนำข้อมูล ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ ที่สามารถนำมาใช้ในทาง ปฏิบัติ อีกทั้งสามารถนำมาเพิ่มและพัฒนาองค์ ความรู้ทางวิชาการต่อไป ในส่วนของผู้ได้รับ ผลกระทบ กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับการ ติดตาม เฝ้าระวังในการเฝ้าระวังจิตใจอย่าง

ทั่วถึงและต่อเนื่อง นอกจากนี้ระบบฐานข้อมูล ช่วยให้นักจิตวิทยาปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ สามารถสืบค้น ข้อมูลของผู้ได้รับผลกระทบในการติดตามได้ ง่าย และสามารถประสานงานในการส่งต่อกับ หน่วยงานอื่นได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ข้อมูลไม่ สูญหาย และมีการนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนด นโยบาย และงบประมาณในการป้องกัน และ แก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบ ในปีต่อไป

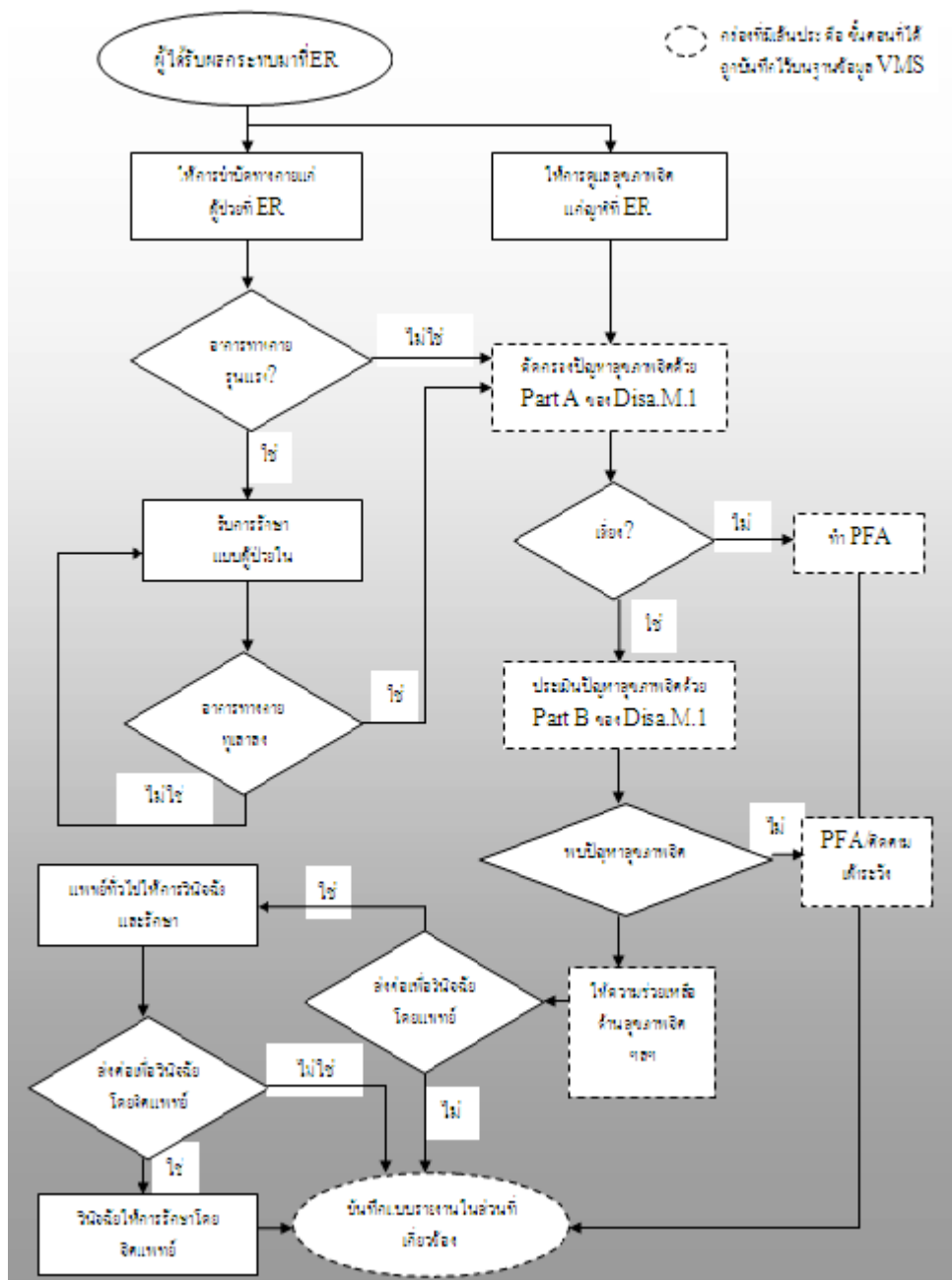
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชาติรี บานชื่น อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์วัชร เพ็งจันทร์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์จุมภฏ พรหมลีดา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ แพทย์หญิงเพชรดาว โต๊ะมีนา ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย หน่วยระบาด วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายแพทย์สุภัทร ฮาสสุวรรณกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยอย่างดียิ่ง และบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เฝ้าระวังโรงพยาบาล ชุมชน ในจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ สงขลา ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการไปได้ อย่างดียิ่ง

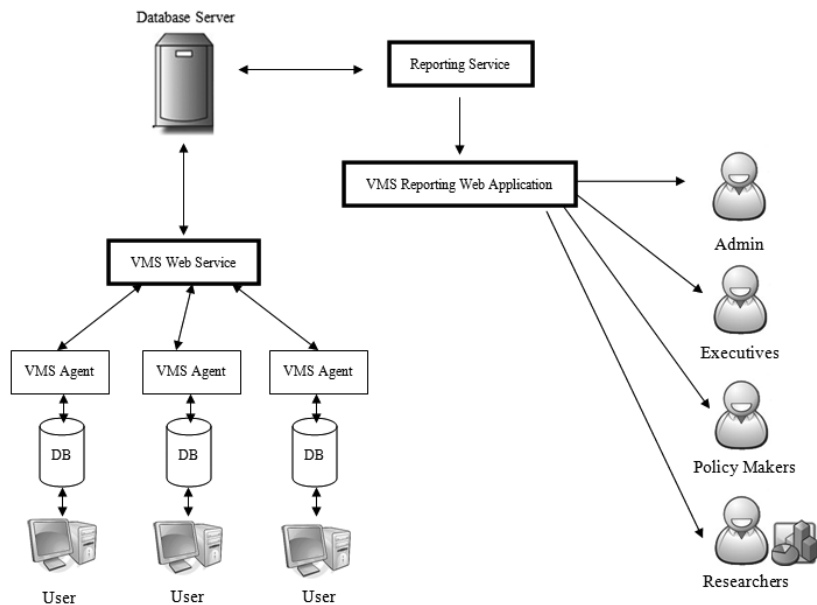
เอกสารอ้างอิง

1. Network surveillance injuries from violence in the Deep South. Surveillance reports of injuries from violence in the Deep South. (Violence-related Injury Surveillance - VIS) January 2007 - December 2009. Retrieved from <http://www.deepsouthwatch.org/node/685> [25 Jan 2010].
2. Network surveillance injuries from violence in the Deep South. Retrieved from <http://medipe2.psu.ac.th/~vis/>.
3. Everly G, Parker C. Mental health aspects of disaster: public health preparedness and response. Baltimore: MD: Johns Hopkins center for public health preparedness; 2005.
4. ศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยด้านสุขภาพจิต. เวชระเบียนเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต กรณีภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ (Disa.M.1.). Retrieved from <http://61.19.203.115/response/document2/Disa.M1.pdf>.
5. ศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยด้านสุขภาพจิต. เวชระเบียน Disa. M.4. Retrieved from <http://61.19.203.115/response/document2/Disa.M4.pdf>.
6. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. แบบสำรวจสภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤติภัยพิบัติ (GHQ-12 Plus-R). Retrieved from <http://61.19.203.115/response/document2/GHQ12.pdf>.
7. Boonyamalik P, Suksawang S, Swangwongsin S, Chaichanachim-plee C, Narakornpijit K. Development of the psychological impact scale for crisis events-18. J Psychiatr Assoc 2009;54:318-22.
8. Kittirattanapaiboon P, Khamongpin M. The study reports validity of a psychiatric diagnosis. Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) conducts Thailand. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2004.

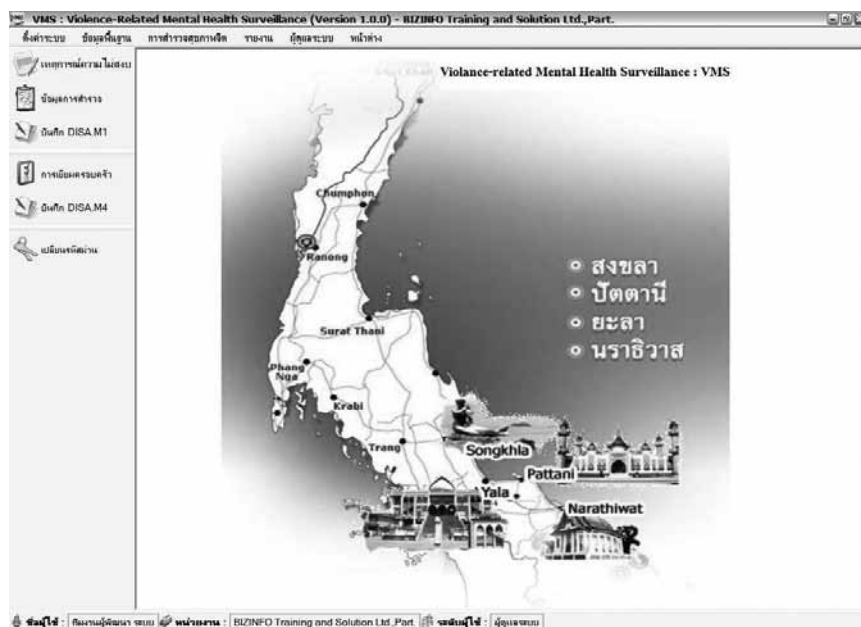
ภาพที่ 1 ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้



ภาพที่ 2 โครงสร้างของระบบฐานข้อมูล



ภาพที่ 3 โปรแกรมฐานข้อมูล



ภาพที่ 4 หน้าจอสำหรับการบันทึกข้อมูล

The screenshot shows a web-based data entry form titled "บันทึกข้อมูล : Disa.M 1 (Version 3.0) - เก็บข้อมูล". It includes fields for date and time, location, and various demographic and clinical data points. The form is organized into sections with labels like "ข้อมูลเบื้องต้น" and "ข้อมูลเฉพาะตัว".

Key fields visible include:

- Date/Time: วันที่: 08/11/2550 เวลา: 13:39
- Location: สถานที่เกิดเหตุ: ตำบล...
- Demographics: อายุ: 2550, เพศ: ...
- Clinical Data: A1, A2, A3 (with radio buttons for different categories)
- Personal Information: ชื่อ, นามสกุล, ที่อยู่, etc.

ภาพที่ 5 การแสดงผลข้อมูลทางภูมิศาสตร์สารสนเทศ



ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแลและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

นำพล กิ่งก้าน, พย.ม.
พรพรรณ เรืองดี, พย.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มารับบริการระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม ๒๕๕๖ จำนวน 23 คน โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ที่ระยะ 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบวัดความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และแบบวัดภาระของผู้ดูแลของซาริท ฉบับภาษาไทย จำนวน 22 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ paired t-test

ผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และเจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยความรู้และเจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้แต่ควรมีการปรับปรุงแบบกิจกรรม ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ภาระของผู้ดูแล

Effects of psychoeducational group on knowledge, attitude, practice and burden of dementia caregivers.

Numphol Kingkan, M.Ns.

Pornpannee Roengdee, B.Ns.

Abstract

Objective To study effect of psychoeducational group on knowledge, attitude, practice and burden of dementia caregivers.

Materials and methods The study design was quasi-experimental research, one group pre-post test design. The samples were 23 primary dementia caregivers. The patients were admitted between March and May 2013.

The samples were evaluated the knowledge, attitude, practice and caregiver burden before and after the group. The psychoeducational group consisted of 3 sessions, one session (2 hour) per week. The third one was at one month. The samples were assessed by the knowledge, attitude, practice and Zarit burden interview (Thai version). Data were analyzed by percentage, mean and paired t – test.

Result The result showed that the mean score of knowledge, attitude after psycho-educational group were significantly higher than those before the group. There were no significant difference in mean score of practice after psychoeducational group. The caregiver burden after psychoeducational group was significant less than before group.

Conclusion The psychoeducational group could improve dementia caregivers of knowledge, attitude, practice and decreased burden of dementia caregivers. However various activities should be adjusted properly.

Key words : burden, dementia caregivers, psychoeducational group

บทนำ

โรคสมองเสื่อมพบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบได้ร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 50 ในประชากรที่อายุมากกว่า 85 ปี¹ โรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ และมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล² ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมารับบริการที่หอผู้ป่วยชาย 7 โรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 80 คน ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ 118 คน³ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะปานกลางถึงระยะท้ายของโรค และมีปัญหาพฤติกรรม และอาการทางจิต การให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยาก และซับซ้อนต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง⁴ และจากบทบาทในการดูแลนี้เองทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดสูง และมีความรู้สึกเป็นภาระในที่สุด⁵ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่าขาดความรู้เรื่องโรค ทักษะการดูแลและการจัดการกับพฤติกรรมต่างๆที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจ เกิดความรำคาญ นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง และเกิดผลกระทบกับตัวผู้ดูแลเอง⁶ จึงมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวของผู้ดูแล ดังนั้นทีมสหวิชาชีพสูงอายุ ได้กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อช่วยเหลือ และลด

ผลกระทบดังกล่าว ปี 2007 Thompson และคณะได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการบำบัดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า มีวิธีการช่วยเหลือหลายวิธีคือ กลุ่มเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือญาติ โดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ และลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความรู้และทักษะในการดูแล และการจัดการการดูแลผู้ป่วย⁷ ปี ๒๕๔๙ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวิชาชาติได้ศึกษา ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และภาวะความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการปฏิบัติตน หลังเข้าร่วมโครงการสูงขึ้นกว่าก่อน เข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังโครงการไม่แตกต่างกัน⁸ การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วัสดุวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ one group pre-post test design กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแล

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม ๒๕๕๖ จำนวน 23 คน

เครื่องมือประกอบด้วย โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแบบวัดความรู้ เจตคติและทักษะการดูแล (KAP) และแบบวัดภาวะของผู้ดูแลของชาริทฉบับภาษาไทย ดังนี้

โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของ Lukens & Mcfarlane⁹ ซึ่งเป็นกลุ่มบำบัดที่มีรูปแบบผสมผสานระหว่าง การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วย ความพิการ ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนให้กำลังใจ หรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ และแนวคิด การจัดกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จากงานวิจัย^{8,10,11} ที่มีก่อนหน้านี้ เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม การปรับความรู้สึกและทัศนคติด้วยสื่อวิดิทัศน์ การผ่อนคลายความเครียด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจ โภชนาการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ความเครียดและการจัดการ นำมาพัฒนากิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ได้แก่

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ปรับความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแล โดยใช้สื่อวิดิทัศน์¹² ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม อุบัติการณ์และสาเหตุของโรค อาการ การรักษาโรคสมองเสื่อม เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และซักถาม

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 ความรู้เรื่องการจัดการด้านปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตโดยไม่ใช้ยา วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โภชนาการ ผลกระทบจากการดูแล ความเครียด และการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 ระยะ 1 เดือน แลกเปลี่ยนปัญหา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนให้กำลังใจเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ซักถาม และสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมนี้นี้ผ่านความเห็นชอบของโรงพยาบาลแพทย์ จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและทีมสหวิชาชีพสูงอายุ

แบบวัดความรู้ เจตคติและทักษะการดูแล (KAP) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้⁸ มาพัฒนาให้เหมาะสม และนำแบบวัดที่พัฒนาแล้วผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย โรงพยาบาลแพทย์ จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและทีมสหวิชาชีพสูงอายุ ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประเด็นด้านความรู้ 16 ข้อ (16 คะแนน) ประเด็นด้านเจตคติการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 5 ข้อ (15 คะแนน) ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 9 ข้อ (9 คะแนน) คะแนนรวม 40 คะแนน วัดความรู้ เจตคติและทักษะการดูแล ก่อนและหลังการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาลิ้นสุดทันที

แบบวัดภาวะของผู้ดูแลของชาริทฉบับภาษาไทย มีจำนวน 22 ข้อ¹³ ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้

ประจำ 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นานๆครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยเลย 0 คะแนน

ระดับคะแนนที่แสดงความรู้สึกเป็นภาระ 0-20 เล็กน้อยหรือไม่มี 21-40 น้อยถึงปานกลาง 41-60 ปานกลางถึงรุนแรง 61-88 รุนแรง ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตั้งแต่มีนาคม - พฤษภาคม ๒๕๕๖ โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ดูแลจะได้รับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ที่ระยะ 1 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังสิ้นสุดการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในครั้งที่ 3 ทันที

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 29 คน เป็นผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง จำนวน 6 คน เนื่องจากผู้ป่วยต้องส่งต่อรักษาฝ่ายกาย ผู้ดูแลอายุมากไม่มีญาติพามาส่งร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งไม่ได้เกิดจากผลกระทบของการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เข้ากลุ่มครบจำนวน 23 คน ประกอบ

ด้วยเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 26.1) เพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 73.9) อายุน้อยกว่า 50 12 คน (ร้อยละ 52.2) สถานภาพสมรส โสด 10 คน (ร้อยละ 43.5) ระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา และปริญญาตรีขึ้นไป 9 คน (ร้อยละ 39.1) อาชีพรับจ้าง 7 คน (ร้อยละ 30.4) รายได้ 10,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป (ร้อยละ 52.2) ความสัมพันธ์เป็นบุตร 9 คน (ร้อยละ 39.1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 8 ชั่วโมง 10 คน (ร้อยละ 43.5)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครบทั้ง 3 ครั้ง พบว่าหลังเข้ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยเจตคติสูงกว่า ก่อนเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ก่อนและหลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและระดับความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่าก่อน เข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

	ก่อน		หลัง		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
- ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม	11.29	1.99	12.82	3.14	<0.05
- เจตคติต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	6.0	2.87	8.0	4.34	<0.05
- ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	8.24	0.75	8.47	0.62	0.29
- ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล	42.18	21.99	35.53	21.29	<0.05
- ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล	2.71	0.98	2.24	0.97	<0.05

ในส่วนปัญหา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยพบว่าประเด็นที่ผู้ดูแลมักกล่าวถึงคือ ปัญหาจากพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับตอนกลางคืน เดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย อารมณ์หงุดหงิด หลงผิดคิดว่าคนขโมยของหรือโก่งไปพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ การไม่มีผู้ช่วยดูแลต้องดูแลคนเดียว ปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจด้านรายจ่ายในการดูแลที่สูง บางรายร้องไห้เพราะภาระค่าใช้จ่ายและต้องพึ่งพารายได้จากบุตรเพียงคนเดียว

วิจารณ์

ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความรู้ เจตคติ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และนันทิกา ทวีราชา^๖ ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน ที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยรูปแบบ education, support and skill ใช้เวลา 2 วัน หลังทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสิ้นสุดลงผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความรู้ ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคะแนนเฉลี่ย ความรู้ที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นผลจากผู้ดูแลไม่เคยได้รับความรู้

เรื่องโรคสมองเสื่อมมาก่อน หรือขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง และในส่วนคะแนนเฉลี่ยเจตคติที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นผลมาจากกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม เกิดความเข้าใจผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้นทำให้ความรู้สึก ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยดีขึ้น และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรซึ่งควรมีความกตัญญูต่อบิดา มารดา

คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ระยะปานกลางถึงรุนแรง ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมายาวนาน เห็นได้จากคะแนน ก่อนร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาอยู่ในระดับสูง และหลังเข้ากลุ่ม คะแนนอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย

ในส่วนของความรู้สึกเป็นภาระ หลังเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของวินา วิทยเสิกขจร¹⁰ ที่ศึกษาการให้ความรู้และประทับประคอง แบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต ในกลุ่มตัวอย่าง 20 คน หลังทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงอาจเป็นจากผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม มีเจตคติต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลได้รับการดูแลในโรงพยาบาลในขณะนั้น

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสามารถช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ แต่ควรต้องปรับส่วนของเนื้อหา กิจกรรมให้สามารถเพิ่มทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้นเพื่อให้คะแนนในเรื่องทักษะการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และทำเป็นลักษณะสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับความรู้และประสบการณ์ที่ตรงกับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพนั้นๆ

สรุป

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สามารถใช้เป็นการให้การดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ ช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ ทักษะการดูแล และลดความรู้สึกเป็นภาระ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แต่ควร มีการปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ให้สามารถเพิ่มทักษะการดูแลและทำเป็นสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. จักรกฤษณ์ สุขยั้ง. โรคสมองเสื่อม. ใน : มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2548. หน้า 79-91.

2. อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสารจำกัด; 2543.
3. รายงานประจำปี 2555 โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
4. ศิริพันธุ์ สาลัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: แอ็กทิฟ พริน; 2549.
5. จอม สุวรรณโณ. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2542;47:147-57.
6. ศิริพันธุ์ สาลัตย์, Bryar R, Newens A. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย: การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธ ศาสนาในประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2543;1:15-24.
7. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J. Systematic review of information & support intervention for caregivers of people with dementia. BMC Geriatric 2007;7:1-12.
8. พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ. ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตน และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซม์เมอร์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2549;50:541-53.
9. Lukens EP, McFarlane WR. Psycho-education as evidence-based practice: considerations for practice, research and policy. Brief treatment and crisis intervention 2004;4:205-25.
10. วินา วิทย์เจียกขจร. การให้ความรู้และประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมร่วมกับอาการทางจิต[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
11. Carmen LM, Marina B. A Psycho-educational model for hispanic AD's caregivers. The Gerontologist 2002;42:122-6.
12. ความทรงจำ (memory). [วีดิทัศน์]. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอโซประเทศไทย จำกัด; 2552.
13. ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2554;4:62-75.

ผลการรักษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลัง อายุ 60 ปี: รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ทัตกมล พรหมมา, พ.บ.

บทคัดย่อ

บทนำ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปีพบน้อย การศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยมีโครงสร้างของสมองผิดปกติ พุทธิปัญญาเสื่อมลงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยบางราย

รายงานผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงรายที่ 1 อายุ 80 ปี เริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงตั้งแต่อายุ 68 ปี มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ผลตรวจทางระบบประสาทปกติ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับยารักษาโรคจิตหลายชนิด หลังจากรักษาด้วยยา olanzapine 15 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับยา risperidone 4 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยตอบสนองดีกับยา เมื่อติดตามอาการเป็นเวลา 5 ปี ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมา จากการประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE พบว่าไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยหญิงรายที่ 2 อายุ 72 ปี เริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงตั้งแต่อายุ 62 ปี มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ผลตรวจทางระบบประสาทปกติ ผู้ป่วยตอบสนองดีกับยา perphenazine 16 มิลลิกรัมต่อวันและยานีด fluphenazine 50 มิลลิกรัมทุก 1 เดือน หลังจกติดตามอาการเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมา จากการประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE พบว่าไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

สรุป การดำเนินโรคในระยะยาวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี และได้รับการรักษาต่อเนื่อง พุทธิปัญญาไม่เสื่อมลงมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ : ผลการรักษา โรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี

Long term treatment outcome of very late onset schizophrenia: 2 case reports

Tatkamon Promma, M.D.

Abstract

Introduction Very late onset schizophrenia had been considered rare. Present research had found marked brain structure abnormalities, progressive cognitive deterioration, Absent family history of schizophrenia. It might be associated with dementia in some patients.

Case reports case1: The female patient aged 80 developed schizophrenia, paranoid type since 68 years old. One out of her family members was schizophrenia. The neurological examination was normal. She had not responded to many antipsychotic drugs but responded well to olanzapine 15 mg and risperidone 4 mg. After 5 years follow up, she got recovery. MMSE score was not suspected dementia. Case2: The female patient aged 72 developed schizophrenia, paranoid type since 62 years old on family history of schizophrenia. The neurological examination was normal. She responded well to perphenazine 16 mg and a depot injection of fluphenazine, 50 mg monthly. After 3 years treatment, She got recovery, MMSE score was neither suspected dementia.

Conclusion Progressive cognitive deterioration was absent in long term treatment course of very late onset schizophrenia. There was no relation to dementia.

Key words : treatment outcome, very late onset schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดที่พบมากที่สุด ความชุกชั่วชีวิต เท่ากับร้อยละ 0.6-1.9¹ การดำเนินของโรคเรื้อรัง ในระยะยาวจะมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ที่ยังคงมีอาการอยู่ ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการเท่ากับ 21 ปี ในเพศชาย และ 27 ปี ในเพศหญิง²

ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการช่วงหลังอายุ 60 ปี พบได้น้อย^{3,4} ความชุกใน 1 ปี ของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ เท่ากับร้อยละ 0.55 แบ่งออกเป็นผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการตอนอายุน้อยกว่า 40 ปี (early onset) มีความชุกเท่ากับร้อยละ 0.35 ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการตอนอายุ 40-60 ปี (late onset) เท่ากับร้อยละ 0.14 และผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี (very late onset) พบได้เพียงร้อยละ 0.05⁴ ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปีน้อย การศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี พบมีโครงสร้างของสมองผิดปกติ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเนื้องอกในสมอง พหุปัญญา (cognitive function) เสื่อมลงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่พบประวัติครอบครัวมีสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภท มี neurodegenerative มากกว่า neurodevelopmental disorder มีความเสี่ยงเกิด tardive dyskinesia มาก และอาจจะมีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยบางราย⁵

ในปี 2005 Mazeh D และคณะ ศึกษาการดำเนินโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการ

หลังอายุ 60 ปี จำนวน 21 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพหุปัญญาและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันคงที่ แต่การศึกษาดังกล่าว ไม่ได้ศึกษาการดำเนินโรคในระยะยาว⁶ ปัจจุบันยังไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการรักษา ระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี ในประเทศไทย การศึกษาค้นคว้าเพื่อรายงานผลการรักษา ระยะยาวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางการวินิจฉัยรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปีได้ต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย โสด อายุ 80 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี ด้านบัญชี ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ เดิมทำงานตรวจบัญชีสหกรณ์ เริ่มมีอาการทางจิตเวชครั้งแรกเมื่ออายุ 68 ปี มีประวัติมารักษาโรงพยาบาลจิตเวชด้วย 7 ปีก่อนมาโรงพยาบาล หวาดระแวง กลัวคนขโมยของ กลัวถูกวางยาพิษ กลัวถูกทำไสยศาสตร์ใส่ มีหูแว่ว แยกตัว ไม่สนใจเรื่องแวดล้อม หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจตนเอง หลงลืมบ้าง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง อยู่บ้านคนเดียวได้ และซื้อของจ่ายเงินถูก ไม่เคยรักษาทางจิตเวชมาก่อน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล จะทำร้ายคนไปทำลายของที่สถานีตำรวจ ญาติจึงพามารักษาโรงพยาบาลจิตเวช ประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง รับประทานยาจาก

โรงพยาบาลฝ่ายกายมาตลอด และเคยผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด และอุบัติเหตุต่อศีรษะ มีประวัติญาติที่เป็นลูกสาวอาของผู้ป่วย มีอาการหวาดระแวงกลัวคนทำร้าย มีหูแว่ว เริ่มมีอาการป่วยครั้งแรกตอนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผลการตรวจร่างกาย ตรวจทางระบบประสาทไม่พบความผิดปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (schizophrenia, paranoid type) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR¹ และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ประเมินสภาวะจิตใจ อารมณ์ ด้วยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญา) แรกรับได้ 89 คะแนน (จัดว่ามีอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic) ถูกนำมาใช้ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีทั้งอาการด้านบวกและลบ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา quetiapine ค่อยๆ เพิ่มขนาดยาไปจนถึง 500 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากได้รับยา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ยังคงหวาดระแวงกลัวถูกทำร้ายโดยศาสตราจารย์ จึงเปลี่ยนเป็นยา clozapine โดยค่อยๆ เพิ่มขนาดยาจนถึง 300 มิลลิกรัมต่อวัน ได้รับยาเป็นเวลา 1 เดือน อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นยังมีหวาดระแวงกลัวคนทำร้าย จึงปรับเปลี่ยนการใช้ยาเป็นยา olanzapine โดยค่อยๆ เพิ่มขนาดยาไปจนถึง 20 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ระแวงคนทำร้ายลดลง ต่อมาได้นำยา aripiprazole มาใช้ร่วมกับยา olanzapine

15 มิลลิกรัมต่อวัน ค่อยๆ เพิ่มขนาดยา aripiprazole จนถึง 20 มิลลิกรัมต่อวัน ได้รับยาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงกลัวถูกทำร้ายลดลงจากก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่แตกต่างจากตอนให้ยา olanzapine ชนิดเดียว จึงได้ค่อยๆ ลดและหยุดยา aripiprazole นำยา risperidone มาใช้ร่วมกับยา olanzapine 15 มิลลิกรัมต่อวัน ค่อยๆ เพิ่มขนาดยา risperidone จนถึง 4 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับการใช้ยา trihexyphe-nidyl ขนาด 4 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อลดอาการมือสั่น ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต หลังจากใช้ยา olanzapine 15 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับยา risperidone 4 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยตอบสนองได้ดีกับยา ก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการหวาดระแวง ไม่มีหูแว่ว ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เองได้ดี จัดยาได้เอง ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับทางโรงพยาบาลได้ดี ช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิดประคับประคอง และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ในผู้ป่วยและญาติ จากการติดตามอาการเป็นระยะเวลา 5 ปี หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการหวาดระแวง ไม่มีหูแว่ว ในระหว่างติดตามการรักษา ได้ค่อยๆ ลดขนาดยารักษาโรคจิตในระยะอาการคงที่ จนถึงขนาดยาต่ำสุดที่คุมอาการทางจิตได้ แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ปัจจุบันผู้ป่วยได้ยา olanzapine 5 มิลลิกรัมต่อวัน, risperidone 3 มิลลิกรัมต่อวัน และ

trihexyphenidyl 4 มิลลิกรัมต่อวัน อาการปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีหวาดระแวงกลัวคนทำร้าย ไม่มีหูแว่ว อารมณ์ปกติ สนใจสิ่งแวดล้อม พูดคุยกับเพื่อนบ้านได้ดี ไม่พบอาการด้านลบ ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เองได้ จัดยารับประทานเองได้เองได้ ผู้ป่วยจะนั่งมอเตอร์ไซด์รับจ้างไปตลาดใกล้บ้านเพื่อซื้ออาหารมารับประทานเองทุกวัน มีมือสั่นเล็กน้อยซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไม่พบความผิดปกติ จากการประเมินสถานะจิตใจ อารมณ์ ด้วยแบบประเมิน BPRS ได้ 19 คะแนน จัดว่ามีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002⁷ ได้ 28 คะแนน ผลการประเมินไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย หม้าย อายุ 72 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ เดิมทำงานค้าขาย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เริ่มมีอาการทางจิตเวชครั้งแรกตอนอายุ 62 ปี มีประวัติมารักษาโรงพยาบาลจิตเวชด้วย 7 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลหลงผิดคิดว่ามีเงินเป็นร้อยล้าน หวาดระแวงกลัวคนมาขโมยของ ระแวงกลัวคนนินทา กลัวถูกฆ่า พักอยู่ในวัด คิดว่าญาติคิดไม่ดีด้วย ไม่นอน มีหูแว่ว ภาพหลอน หงุดหงิดง่าย ตาขวาง ความจำดี ไม่มีอาการชยัน พูดมากขึ้นหรือใช้เงินเปลืองมากกว่าปกติ ยังช่วยเหลือตนเอง ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ทำงานบ้าน

ได้แต่ทำไม่สะอาด ไม่เคยรักษาทางจิตเวชมาก่อน ประวัติทางการแพทย์ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ต่อศีรษะ น้องสาวของผู้ป่วยเคยรักษาโรงพยาบาลศรีธัญญาโดยเริ่มป่วยครั้งแรกตอนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ด้วยอาการหูแว่ว หวาดระแวง คนทำร้าย ผลตรวจร่างกาย ตรวจทางระบบประสาท ไม่พบความผิดปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (schizophrenia, paranoid type) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ประเมินพหุติปัญญาด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ได้ 18 คะแนน ผลการประเมินไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ประเมินสถานะจิตใจ อารมณ์ ด้วยแบบประเมิน BPRS ตอนแรกรับ ได้ 66 คะแนน (จัดว่ามีอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง) ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (typical antipsychotic) ถูกนำมาใช้เพื่อรักษาอาการด้านบวก โดยให้ยา perphenazine 16 มิลลิกรัมต่อวัน และยาชนิด fluphenazine 50 มิลลิกรัมฉีดทุก 1 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาหลังจากออกจากโรงพยาบาลหลังได้ยารักษาโรคจิตร่วมกับใช้ยา trihexyphenidyl ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อวันเพื่อลดอาการมือสั่นที่เป็นผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการ

หลงผิด หวาดระแวง ไม่มีหูแว่ว อารมณ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิดประคับประคอง และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ในผู้ป่วยและญาติ จากการติดตามอาการเป็นระยะเวลา 3 ปี หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงกลัวคนทำร้ายบางครั้ง ได้ค่อยๆ ลดขนาดยารักษาโรคจิตในระยะอาการคงที่จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการทางจิตได้ ปัจจุบันผู้ป่วยได้ยา perphenazine 16 มิลลิกรัมต่อวัน trihexyphenidyl 2 มิลลิกรัมต่อวัน อาการปัจจุบันไม่มีหลงผิด ไม่หวาดระแวงคนทำร้าย ไม่มีหูแว่ว ไม่พบอาการด้านลบ ความจำดี ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เองได้ดี ซักผ้า ล้างจาน หุงข้าว ภูและกวาดบ้านได้ดี ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไม่พบความผิดปกติ จากการประเมินสภาวะจิตใจ อารมณ์ ด้วยแบบประเมิน BPRS ได้ 19 คะแนน (จัดว่ามีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย) ประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ได้ 18 คะแนน ผลการประเมินไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นเพศหญิงทั้งสองราย ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี ที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{5,8,9} พบประวัติครอบครัวมีสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภท และไม่พบความบกพร่องทางการได้ยินในผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

Almeida⁹ และ Howard¹⁰ ที่พบความบกพร่องทางการได้ยินและไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ไม่พบประวัติครอบครัวมีสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภท^{5,9,10} ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี

ในผู้ป่วยรายที่ 1 ผลตรวจร่างกายทางระบบประสาทตอนมารับการรักษาครั้งแรกและหลังจากติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปี ไม่พบความผิดปกติ จากการติดตามในระยะยาวพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐาน และขั้นสูงปกติตลอดระยะเวลาที่ติดตามการรักษา

ในผู้ป่วยรายที่ 2 ผลตรวจร่างกายทางระบบประสาทตอนมารับการรักษาครั้งแรกและหลังจากติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 3 ปี ไม่พบความผิดปกติ จากการติดตามในระยะยาวพบว่าพุทธิปัญญาคงที่ ความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐาน และขั้นสูงปกติตลอดระยะเวลาที่ติดตามการรักษา ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการฟื้นตัวกลับมา (recovery) ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม และไม่พบ tardive dyskinesia ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Krishnamoorthy⁵ และ Yoram⁸ ที่พบว่าโครงสร้างของสมองผิดปกติ พุทธิปัญญาเสื่อมลงมากขึ้นเรื่อยๆ มี neurodegenerative มากกว่า neurodevelopmental disorder มีความเสี่ยงเกิด tardive dyskinesia มาก อาจเป็นจากการศึกษาของ Krishnamoorthy และ Yoram มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคสมองเสื่อมรวมอยู่ด้วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่

เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี⁵ ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับยา risperidone ร่วมกับยา olanzapine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม atypical antipsychotic ยากลุ่มนี้เป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการรักษา มี extrapyramidal side effects น้อย ขนาดยาที่ใช้เป็นขนาดต่ำที่สุดที่พอจะควบคุมอาการได้^{5,11} ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคดีเนื่องจากมีกลุ่มอาการด้านบวก หน้าที่การทำงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ ระดับสติปัญญาดี มีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยา perphenazine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม conventional antipsychotics โดยใช้ขนาดยาขนาดต่ำที่สุดที่พอจะควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยไม่มีผลข้างเคียงจากยา มีการพยากรณ์โรคดีเนื่องจากมีกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมดีก่อนเกิดอาการ และมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด

สรุป

จากผลการศึกษารายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินโรคในระยะยาวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการหลังอายุ 60 ปี และได้รับการรักษาต่อเนื่อง พบปัญหาไม่เสื่อมลงมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม หากมีการศึกษาต่อไปควรมีการตรวจเอ็กซเรย์สมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือ MRI (Magnetic Resonance Imaging) ร่วมด้วยในตอน that ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก และหลังจากติดตามผลการรักษาในระยะยาว และควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. 10th edition. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
2. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2555.หน้า124-40.
3. Girard C, Simard M. Clinical characterization of late and very late-onset first psychotic episode in psychiatric inpatients. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:478-87.
4. Meesters PD, De haan L, Comijs HC, Stek ML, Smeets-Janssen MM, Weeda MR et al. Schizophrenia spectrum disorders in later life: prevalence and distribution of age at onset and sex in a dutch catchment area. Am J Geriatr Psychiatry 2012;20:18-28.
5. Krishnamoorthy ES, Baldwin A. Management of schizophrenia. Neurology 2011;10:539-44.
6. Mazeh D, Zemishlani C, Aizenberg D, Barak Y. Patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis: a follow-up study. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13:417-9.

7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002.
 8. Yoram B, Dov A, Ilona M, Doron M, Anat A. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia. *J Ner Ment Dis* 2002;11:733-6.
 9. Almeida O, Howard R, Levy R, David AS: Psychotic states arising in late life (late paraphrenia): psychopathology and nosology. *Br J Psychiatry* 1995;166:205-14.
 10. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. *Am J Psychiatry* 2000;157:172-8.
 11. Ames D, Chiu E, Lindesay J, Shulman IK. Schizophrenia and related disorders in late life. *Guide to the psychiatry of old age*. New York: Cambridge university press; 2010. p.87-94.
-

วารสาร

