

Original article

Therapeutic play for children coping with stress underwent venipuncture at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Prima Pavarojkit

Parichawan Chandarasiri* Napakkawat Buathong

Abstract

Background: Venipuncture is one of the most common and stressful procedures for the preschool children that find it difficult to cope with. Therapeutic play is one of the preparations to relieve their stress. However, there has been no study that assesses the internal experiences of preschool children with projective test in Thailand.

Objectives: To study the effect of therapeutic play for stress reduction from venipuncture and to demonstrate the stress of the hospitalized children.

Methods: Eight hospitalized children aged 5 - 7 years old were recruited. We obtained the data of Child drawing: Hospital and Children's Fear Scale before and after venipuncture combined with therapeutic play intervention. The data were analyzed using qualitative approach with Colaizzi's method.

Results: Stress of the 5 to 7 years old hospitalized children consisted of fear of medical instruments, their own illness and isolation from their guardians. By using therapeutic play, 4 of 8 children had lower the scores from Child drawing: Hospital correlated with Children's Fear Scale. However, the assumption cannot be concluded due to limited number of samples.

Conclusion: The results of this study illustrate that therapeutic play can help hospitalized children coping with venipuncture through increasing sense of security and decreasing anxiety. It will be beneficial to establish therapeutic play as a routine practice for hospitalized children; however, retraumatization needs precaution.

Keywords: Therapeutic play, children, venipuncture, hospitalization.

*Correspondence to: Parichawan Chandarasiri, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: January 2, 2018

Revised: March 15, 2018

Accepted: May 8, 2018

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ เพื่อจัดการกับความเครียดต่อหัตถการเจาะเลือดในผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พริมา ปวโรจน์กิจ

ปรีชวัน จันทศิริ ฌณ์ภักวรรต บัวทอง

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย: ความกลัวในโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเด็กมีความยากลำบากในการจัดการอารมณ์และความคิดขณะนั้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนก่อให้เกิดปฏิกิริยาต่อการรักษา การเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์อาจช่วยในการเตรียมพร้อมให้เด็กรับมือกับประสบการณ์การรักษาโดยเฉพาะการเจาะเลือดในโรงพยาบาล โดยยังไม่มียานวิจัยในไทยที่ศึกษาโลกภายในจิตใจของเด็กผ่านแบบประเมินโปรเจกทีฟ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ โดยช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถจัดการความเครียดระหว่างหัตถการเจาะเลือดได้ดีขึ้น และความเครียดในโรงพยาบาลของเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการทำวิจัย: กลุ่มผู้ป่วยอายุ 5 - 7 ปี ที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 8 ราย โดยใช้แบบประเมินสะท้อนความคิดความรู้สึกภายในจิตใจชนิดวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล (Child drawing: Hospital) แบบประเมินความกลัวผ่านภาพการแสดงออกทางใบหน้า (Children's Fear Scale) และการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์แบบโคไลซี่

ผลการศึกษา: ความกลัวของผู้ป่วยเด็กอายุ 5 - 7 ปี จำนวน 8 ราย เมื่อต้องพักรักษาในโรงพยาบาล ประกอบไปด้วยความกลัวอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วยของตัวเอง และการแยกจากจากบุคคลใกล้ชิด การนำการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์มาช่วยจัดการความกลัวหัตถการ พบว่าผู้ป่วย 4 รายที่ผลจากแบบประเมินทั้งสองว่าช่วยลดความกลัวการทำหัตถการอย่างสอดคล้องกัน แต่ผลยังสรุปไม่ได้ว่าช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถจัดการความเครียดระหว่างหัตถการเจาะเลือดได้ดีขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยมีเพียง 8 ราย

สรุป: การเข้าใจความเครียดในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถนำไปใช้ในการช่วยจัดการความรู้สึกต่อการทำหัตถการของผู้ป่วยเด็กได้ การเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยจัดการความเครียดระหว่างหัตถการเจาะเลือด ด้วยการเพิ่มความรู้สึกของการมีตัวตนและความรู้สึกปลอดภัยในผู้ป่วยได้ และลดความกังวลเฉพาะด้านอุปกรณ์ในโรงพยาบาลในขณะที่วิธีการเล่นอาจไปกระตุ้นความกังวลต่อหัตถการที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน

คำสำคัญ: การเล่นเพื่อการรักษา, เด็ก, หัตถการเจาะเลือด, การรักษาในโรงพยาบาล.

การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นประสบการณ์หนึ่งที่เด็กต้องปรับตัวมาก เนื่องจากสาเหตุ ได้แก่ การพบเจอสิ่งแวดล้อมใหม่ คนแปลกหน้า และเครื่องมือที่น่ากลัว กระทั่งกับความคิด (cognitive) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior)⁽¹⁾ ความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเด็กไม่สามารถจัดการได้ด้วยวุฒิภาวะของเด็กเอง โดยเฉพาะเด็กช่วงก่อนวัยเรียน เนื่องจากตามพัฒนาการทักษะการสื่อสารบอกความต้องการยังไม่ดีพอ ความไม่รู้ไม่สามารถคาดเดาประสบการณ์ ร่วมกับความกลัวการบาดเจ็บทางร่างกาย มีรายงานว่าในมุมมองต่อโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก อายุ 4 - 8 ปี สิ่งที่ยังกลัวมากที่สุดคือ หัตถการพบความชุกร้อยละ 31.94 รองลงมาคือบรรยากาศในโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ที่ความชุกร้อยละ 22.22 เท่ากัน⁽²⁾ โดยเฉพาะหัตถการที่มีรายงานความกลัวมากที่สุดคือหัตถการที่ใช้เข็ม ความชุกของผู้ที่ไม่ร่วมมือกับการฉีดยาเนื่องจากกลัวเข็มเท่ากับร้อยละ 63 ของวัยเด็กในประเทศแคนาดา⁽³⁾ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการหัตถการที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดการความกลัวของผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่ต้องเผชิญกับหัตถการที่ใช้เข็มเจาะเลือดหรือเข็มฉีดยาได้มาก เช่น การฉีดยาชา การเจาะเลือด^(3, 4) เป็นต้น

Lazarus RS. และ Folkman S. กล่าวถึงการจัดการความกลัวของผู้ป่วยเด็กว่าจัดการด้วยวิธีที่ตนได้ลงมือทำ (active coping strategies) มากกว่าจะรอการช่วยเหลือจากแพทย์และครอบครัว และต้องเป็นการลงมือทำซ้ำ ๆ เล่นซ้ำ ๆ ⁽⁵⁾ โดยการให้ข้อมูลและชี้แนะแนวทางจะช่วยให้เด็กจัดการได้ดีขึ้นในสถานการณ์ที่เด็กไม่คุ้นเคยและไม่สามารถคาดการณ์ได้^(1, 6) การเล่นจึงเป็นหนึ่งในทางเลือกที่让孩子ได้จัดการด้วยวิธีลงมือทำด้วยตนเอง

การเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ ช่วยผู้ป่วยเด็กได้สร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์การแพทย์ รับรู้ประสบการณ์ที่เด็กต้องเผชิญ การศึกษาของ Schwatz BH. และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าการเล่นเพื่อการรักษาแบบเกี่ยวกับการแพทย์ (medically related therapeutic play) มีประสิทธิภาพดีกว่า การเล่นเพื่อการรักษาแบบอิสระ

(medically unrelated therapeutic play) และมีความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และความเครียดลดลงมากกว่าการเล่นตามปกติ⁽⁷⁾

งานวิจัยในประเทศไทยยังมีน้อยที่ศึกษาเรื่องการจัดการความเครียดผ่านการเล่นในการทำหัตถการในช่วงก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความเครียดในโรงพยาบาล และการจัดการด้วยการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้ความเครียดลดลง ในผู้ป่วยเด็กอายุ 5 - 7 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) โดยใช้การสัมภาษณ์และกระบวนการเล่นในผู้ป่วยอายุ 5 - 7 ปี ที่ผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 8 ราย จากผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 – ธันวาคม พ.ศ. 2560 ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่ ผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจและผู้ป่วยครองใจความยินยอมสื่อสารด้วยภาษาไทย เข้าใจคำถามการมองเห็น และการได้ยินปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ และไม่มีประวัติเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มานาน 6 เดือนก่อนเก็บข้อมูล ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออก ได้แก่ อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง สัญญาณชีพไม่คงที่ ต้องรีบเข้ารับการรักษารวดเร็ว ภาวะรุนแรง ภาวะผ่าตัดใหญ่ (major surgery), เคยได้รับการวินิจฉัยในเรื่องโรคเรื้อรังที่ต้องเจาะเลือดบ่อยมาก่อน, พัฒนาการล่าช้า, มีความพิการหรือความบกพร่องทางปัญญา, โรคทางระบบประสาท และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย หรือได้รับหัตถการที่ขัดขวางต่อการเล่น เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะหรือใส่สายออกซิเจน เป็นต้น

หลังจากเข้าพักรักษาในผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังเข้าพักรักษา ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการขอความยินยอมจาก

ผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงดำเนินงานวิจัยที่เตียงผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ให้ผู้ปกครองกรอกแบบสอบถาม อายุ เพศ การศึกษา และความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ประเมินความกลัวก่อนทำการเจาะเลือด ใช้แบบประเมินสะท้อนความคิดความรู้สึกผ่านวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล (Child drawing: Hospital) สร้างโดย Clatworthy S.^(8,9) สามารถบ่งบอก 2 ส่วนที่สำคัญของโลกภายในจิตใจเด็ก คือ ความรู้สึกของการมีตัวตนร่วมกับความรู้สึกปลอดภัย (sense of self, sense of security) และ ความกังวล (anxiety) ที่เป็นสิ่งก่อร่างสร้างความแข็งแกร่งของจิตใจให้กล้าเผชิญ กับสถานการณ์ต่าง ๆ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson r correlation coefficients) อยู่ระหว่าง 0.80 - 0.90 โดยให้เด็กวาดรูปลงกระดาษสีขาว ขนาด A4 พร้อมดินสอสีทั้งหมด 8 สี (สีแดง, ม่วง, น้ำเงิน, เขียว, เหลือง, ส้ม, ดำ, น้ำตาล) ให้เด็กวาดรูปใครก็ได้ในโรงพยาบาล โดยไม่ได้มีเวลากำหนด ส่วนที่ 3 การประเมินความกลัวผ่านภาพการแสดงออกทางใบหน้า (Children's Fear Scale) สร้างโดย McMurtry CM.⁽¹⁰⁾ มีความเที่ยงตรง (construct validity) 0.73 ความเที่ยงโดยวิธีการวัดซ้ำต่างช่วงเวลา (test-retest validity) 0.76 และการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์โดยมีแบบแผนในการเล่นบทบาทสมมุติ โดยเด็กเป็นผู้เลือกบทบาทแพทย์หรือผู้ป่วย เล่นชุดของเล่นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใช้เวลา 20 - 45 นาทีต่อราย จนครบเวลาโดยมีการบันทึกภาพและเสียง ส่วนที่ 4 ประเมินความกลัวหลังทำการเจาะเลือด ภายใน 24 ชั่วโมงโดยใช้แบบประเมินวาดภาพและใบหน้าเช่นเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการบันทึกการสังเกตการณ์ และถอดเทปและวิดีโอขณะเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ ร่วมกับการแปลผลแบบประเมินสะท้อนความคิดความรู้สึกชนิดวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล (Child drawing: Hospital) และแบบประเมินความกลัวผ่านภาพการแสดงออกทางใบหน้า (Children's Fear Scale) โดยรวบรวมข้อมูลดิบจากตัวบทที่ได้จากการสังเกต

และถอดเทป อ่านซ้ำจนเห็นภาพรวมทั้งหมดก่อน แล้วดึงข้อความปรากฏการณ์ที่มีแบบแผนซ้ำ ๆ มาจัดหมวดหมู่ หลังจากนั้นตีความ เชื่อมโยงและสรุปประเด็นหลัก ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินสะท้อนความคิดความรู้สึกชนิดวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้คะแนนตามคู่มือ⁽⁹⁾ และในส่วนของแบบประเมินความกลัวผ่านภาพการแสดงออกทางใบหน้า (Children's Fear Scale) ได้ประเมินตัวเลขแทนใบหน้าต่าง ๆ 0 - 4 คะแนน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล อายุ 5 - 7 ปี ทั้งหมด 8 ราย ประกอบด้วย เพศหญิง 5 ราย และเพศชาย 3 ราย จำแนกเป็นอายุ 5 ปี จำนวน 1 ราย, อายุ 6 ปี จำนวน 5 ราย และอายุ 7 ปี จำนวน 2 ราย ดังรายละเอียด

ผู้ป่วย P1 เด็กผู้หญิง อายุ 5 ปี เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องการบาดเจ็บจากการล้ม ศีรษะกระแทกของแข็ง (mild head injury) ซึ่งไม่มีอาการทางร่างกายรบกวน แพทย์ต้องการสังเกตอาการเป็นเวลา 1 วัน ที่โรงพยาบาล ห้องพิเศษเดียว มีมารดามานอนเฝ้าผู้ป่วยแล้วว่าไม่มีความกลัวในโรงพยาบาล

ผู้ป่วย P2 เด็กผู้ชาย อายุ 6 ปี วินิจฉัยโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ (urinary tract infection) หลังเข้ารับมาอยู่ในโรงพยาบาล เด็กไม่ได้มีอาการทางกายรบกวน ไม่มีไข้ ต้องมาให้น้ำยาปฏิชีวนะทางเลือด อยู่ในหอพักผู้ป่วยรวมซึ่งบิดาไม่สามารถเฝ้าได้ในช่วงกลางคืน แต่เด็กก็ไม่มีอาการกังวลการแยกจาก เมื่อถามถึงความกลัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายงานถึงความกลัวเข็มเจาะเลือดและกลัวแพทย์และพยาบาล

ผู้ป่วย P3 เด็กผู้หญิงลูกครึ่งไทย - อังกฤษ อายุ 6 ปี เติบโตในประเทศไทย พูดและฟังภาษาไทยได้คล่อง ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (diabetes mellitus) โดยขณะพักห้องพิเศษต้องเจาะเลือดทุกวัน และมีการสอนฉีดยาที่บริเวณหน้าท้อง เวลาต้อง

ทำการเจาะเลือด เด็กกลัวและร้องไห้มาก จนบิดากังวลทางทีมผู้รักษามีส่งปรึกษาจิตแพทย์เด็ก เพื่อลดความกังวลของเด็ก โดยผู้วิจัยไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับทีมการรักษาในส่วนของความกลัว ผู้ป่วยเล่าว่ากลัวเข็มฉีดยา การฉีดยาและยาเพราะว่าขม รวมไปถึงของแหลม เช่น มีด กรรไกร

ผู้ป่วย P4 เด็กผู้หญิง อายุ 6 ปี วินิจฉัยโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (urinary tract infection) มีภาวะขาดสารน้ำ (mild dehydration) มีโรคประจำตัวเป็นโรคอาเจียนเรื้อรัง cyclic vomiting พัก รักษาตัวในห้องพิเศษ มีมารดาเฝ้า ขณะนอนโรงพยาบาล ยังมีอาการคลื่นไส้มาก ซึ่งขณะเข้าไปทำการวิจัยเด็กยังมีอาการทางกายอยู่

ผู้ป่วย P5 เด็กผู้ชาย อายุ 6 ปี เข้ารับการรักษาห้องพิเศษบิดาเฝ้าลัดกับมารดา มาด้วยแผลที่เท้านาน 2 เดือน (chronic wound) ครั้งนี้มาทำการตัดเนื้อตายของแผล (debridement) เป็นผ่าตัดเล็กที่เท้าข้างขวา ก่อนหน้านั้นเคยต้องทำแผลที่ห้องตรวจศัลยกรรมมาก่อนด้วยการฉีดยาชา ผู้วิจัยเข้าไปทำวิจัยช่วงผู้ป่วยยังมีการทำแผลอยู่ เด็กพูดถึงความกลัวมีด ที่บ้านพ่อกับแม่ไม่ให้เล่นมีดไม่เคยโดนมีดบาด

ผู้ป่วย P6 เด็กผู้หญิง อายุ 7 ปี วินิจฉัยเป็นโรคลำไส้อักเสบ (acute gastroenteritis) ที่ไม่มีอาการแล้ว ขณะอยู่ในหอพักผู้ป่วยรวม ที่พี่สาวไม่สามารถนอนเฝ้าได้ พูดถึงความกลัวเข็ม และกลัวแม่ไม่มารับ

ผู้ป่วย P7 เด็กผู้ชาย อายุ 6 ปี วินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัส (viral infection) เข้ารับการรักษาห้องพิเศษ โดยมีมารดานอนเฝ้า ความกลัวในโรงพยาบาลเป็นเรื่องกลัวเข็มเพียงอย่างเดียว

ผู้ป่วย P8 เด็กผู้หญิง อายุ 7 ปี วินิจฉัยเป็นโรคลำไส้อักเสบร่วมกับภาวะขาดสารน้ำ (acute gastroenteritis with moderate dehydration) ขณะนอนโรงพยาบาลยังมีไข้ต่ำๆ มีความกังวลในเรื่องการเจาะเลือดในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ความกลัวของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล

จากการวิจัยโดยการวาดรูป การซักถามและการเล่นสามารถจำแนกความกลัวทั้งก่อนและหลังการเล่นที่พบเป็นกลุ่ม ดังนี้

- 1) ความกลัวเกี่ยวกับอุปกรณ์ในโรงพยาบาล
- 2) ความกลัวเกี่ยวกับบุคลากรในโรงพยาบาล
- 3) ความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
- 4) ความกลัวการแยกจากจากบุคคลใกล้ชิด
- 5) ความกลัวอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยในโรงพยาบาล หรือครอบครัว

ความกลัวเกี่ยวกับอุปกรณ์ในโรงพยาบาล

จากงานวิจัยพบว่าเป็นกลุ่มของแหลม ของมีคม อันได้แก่ เข็มฉีดยา/เข็มเจาะเลือด, มีดผ่าตัดและกรรไกร เป็นต้น และกลุ่มยารักษาจากการสอบถามปากเปล่า ผู้ป่วยเด็กจำนวน 6 ใน 8 ราย รายงานว่ามีความกลัวอุปกรณ์ในโรงพยาบาล ส่วนจากการเล่นบทบาทสมมติ ผู้ป่วยเด็กจำนวน 5 ใน 8 ราย รายงานผ่านการเล่นบทบาทสมมติว่ามีความกลัวอุปกรณ์ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเข็มฉีดยา/เข็มเจาะเลือด ดังบทสนทนาจากการเล่นผู้ป่วย P6 ซึ่งเมื่อผู้วิจัยถามถึงความกลัวของตุ๊กตาเมื่อมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย P6 ตอบว่า"เขาบอกว่าชอบกลัวเข็ม...เขาบอกว่ามันแหลม...รู้สึกเจ็บ"และผู้ป่วย P5 ที่พูดซ้ำ ๆ และเล่นซ้ำ ๆ เกี่ยวกับมีดตลอดการเล่นบทบาทสมมติ เมื่อผู้วิจัยถามถึงความกลัวในโรงพยาบาล "เข้กับมีด" ผู้วิจัยถามต่อถึงความกลัวมากที่สุด "มีด...กลัวจนกรีดแล้วหลบตา" ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความกลัวจนควบคุมตนเองไม่ได้ เหตุผลที่ผู้ป่วย P5 กลัว"เขาต้องไปหันกับข้าวแล้วเดี๋ยวมีดมันบาด"ส่วนกลุ่มกลัวยาในการรักษา ดังเช่นผู้ป่วย P3 พูดถึงตุ๊กตาผู้ป่วยว่า"เขากลัวยา" เมื่อถามถึงเหตุผลที่ผู้ป่วย P3 กลัวยา"มันขม"

ความกลัวเกี่ยวกับบุคลากรในโรงพยาบาล

จากแบบประเมินสะท้อนความคิดเห็นความรู้สึกภายในจิตใจชนิดวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล (Child drawing: Hospital) ผู้ป่วยเด็กจำนวน 5 ราย (P2, P3, P6, P7, P8) มีการวาดรูปบุคลากรทางการแพทย์ โดยในตัวอย่าง ผู้ป่วย P2 วาดภาพหลังการเล่นมีรูปพยาบาลที่เด็กเรียกว่าหมอ มีขนาดตัวใหญ่กว่าผู้ป่วยในภาพและบรรยายภาพว่า “กลัว ไม่อยากให้หมอฉีดยาฆ่าเชื้อเพราะเจ็บ”(รูปที่ 1) ในผู้ป่วย P3 วาดภาพก่อนการเล่นเป็นภาพหมอกำลังยิ้ม ระบายหลากหลายสี ส่วนผู้ป่วย P6 วาดภาพหลังการเล่นเป็นภาพพยาบาลกับสัญลักษณ์กาชาด บรรยายว่าพยาบาลกำลังยิ้มให้คนป่วย ซึ่งการวาด

ภาพบุคลากรทางการแพทย์ใน ผู้ป่วยเด็ก อาจแปลได้ 2 แบบ คือแบบรู้สึกเชิงบวกและแบบเชิงลบกับบุคลากรทางการแพทย์

ความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง

พบว่าผู้ป่วยเด็กจำนวน 1 รายที่พูดถึงความกลัวอาการเจ็บป่วยอาจไม่ดีขึ้น ผ่านการเล่นบทบาทสมมติทางการแพทย์ “กลัวตอนที่เขาผ่าเท้า...กลัวลากออกมาหมายถึงว่ามีเนื้อสีขาว ๆ ออก” “เวลาเห็นจะกลัวว่าจะจะเป็นแผลอีก...แผลมันก็จะเริ่มเยอะขึ้น ๆ” (ผู้ป่วย P5) ซึ่งภาพวาดในรายนี้ ภาพก่อนเล่นบทบาทสมมติ เป็นภาพหลุมศพ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 1. ของเด็กชาย อายุ 6 ปี วินิจฉัยโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ (ผู้ป่วย P2) ภาพก่อนการเล่นเป็นภาพโรงพยาบาล ส่วนภาพหลังการเล่นเป็นรูปผู้ป่วยนอนให้เลือด “ทำหน้าเหวอ” มีหมอถือเข็มฉีดยา



รูปที่ 2. ของเด็กชายอายุ 6 ปี วินิจฉัยเป็นแผลที่เท้าขวาเรื้อรัง บรรยายภาพก่อนการเล่นว่าเป็นหลุมศพ ไม่กางแขน และผ่าผ่า

ความกลัวการแยกจากจากบุคคลใกล้ชิด

ซึ่งได้ข้อมูลทั้งจากการเล่นบทบาทสมมุติ และการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยเด็ก 2 ราย เมื่อเล่นบทบาทสมมุติ “กลัวนอนโรงพยาบาล” เมื่อผู้วิจัยถามถึงเหตุผล “ไม่มีเพื่อนเล่น” (ผู้ป่วย P4) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กอีกคนมีความกลัวการแยกจากจากมารดา “กลัวคะ กลัวว่าแม่จะไม่มารับ” (ผู้ป่วย P6) และจากการวาดภาพ ผู้ป่วย P4 และ P6 ไม่ได้มีการวาดภาพถึงคนใกล้ชิด แต่มีผู้ป่วย P1 วาดภาพครอบครัวในภาพก่อนการเล่นบทบาทสมมุติ

ความกลัวอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย โรงพยาบาล หรือครอบครัว

พบ 1 ราย เป็นความกลัวอาวูธแมได้เน้นย้ำถึงความกลัวที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลก็ตาม ดังประโยคในบทสนทนา “กลัวปิ่นกับระเบิด ระเบิดก็ได้ ปิ่นก็ได้ ปิ่นของจริงนะ” “กลัวลูกโป่งแตกใส่หู” (ผู้ป่วย P5)

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความกลัวจาก Children's Fear Scale (CFS)

จากการวัดผลก่อนและหลังการเล่นบทบาท

สมมุติ พบว่าในก่อนการเล่น ผู้ป่วยเด็กจำนวน 3 ราย ไม่ได้มีความกลัวก่อนเจาะเลือด (ผู้ป่วย P1, P4, P5) ส่วนผู้ป่วยเด็กที่เหลือให้คะแนนความกลัวระดับ 1 จำนวน 1 ราย (ผู้ป่วย P6) และคะแนนความกลัวมากระดับ 3 จำนวน 3 ราย (ผู้ป่วย P2, P3, P7) ส่วนคะแนนความกลัวมากที่สุดระดับ 4 จำนวน 1 ราย (ผู้ป่วย P8) และเมื่อผู้วิจัยเล่นบทบาทสมมุติ ผลหลังการเล่นร่วมกับเจาะเลือดแล้ว พบว่า มี 4 รายที่คะแนนลดลง ซึ่งลดลงไป 1 - 4 คะแนน (ผู้ป่วย P2, P3, P7, P8) มีคนที่คะแนนความกลัวไม่เปลี่ยนแปลงทั้งหมด 3 ราย (P1, P4, P6) และคะแนนความกลัวเพิ่มขึ้น จำนวน 1 ราย (ผู้ป่วย P5) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินความกลัวจาก Child drawing: Hospital

เครื่องมือที่ใช้การประเมินความกลัวจากการวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วย P5 มีคะแนนความกลัวก่อนการเล่นสูงที่สุด 111 คะแนน พบว่าหลังการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์ คะแนนลดลงจำนวน 6 ราย มีผู้ป่วยเด็กที่คะแนนสูงขึ้นจำนวน 2 ราย (ผู้ป่วย P1, P4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบคะแนนความกลัวก่อนและหลังการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์

รหัส	Children's Fear Scale		Child drawing: Hospital		ความแตกต่าง (ทศนิยม)
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
P1	0	0	67	110	-3.9
P2	3	2	100	87	1.3
P3	3	0	48	38	2
P4	0	0	68	89	-2.3
P5	0	1	111	96	1.3
P6	1	1	104	68	3.4
P7	3	2	98	87	1.1
P8	4	0	39	31	2

ส่วนของการแปลผลในรายละเอียดแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ความรู้สึกของการมีตัวตนร่วมกับความรู้สึกปลอดภัย (sense of self, sense of security) และความกังวล (anxiety) แจกแจงผลดังนี้

ด้านความรู้สึกของการมีตัวตนร่วมกับความรู้สึกปลอดภัย (sense of self, sense of security)

พบว่ามียุวชนผู้ป่วยเด็กที่วาดรูปคนในภาพด้วย ก่อนการเล่นบทบาทสมมติ จำนวน 5 ราย (ผู้ป่วย P1, P3, P4, P7, P8) และหลังจากการเล่นบทบาทสมมติ จำนวน 5 ราย (ผู้ป่วย P2, P3, P6, P7, P8) ในผู้ป่วยเด็ก

P6 ดังรูปที่ 3 ซึ่งพบว่าภาพก่อนการเล่นเป็นภาพของอุปกรณ์การแพทย์ขนาดใหญ่ โดยเข็มฉีดยามีขนาดใหญ่ที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอุปกรณ์อื่น ๆ ตามความเป็นจริง แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่เด็กกังวลมากที่สุด⁽⁹⁾ ส่วนภาพหลังการเล่น พบว่าไม่มีรูปอุปกรณ์การแพทย์ แต่เป็นรูปคนตัวเล็กยืนยิ้มอยู่ข้างสัญลักษณ์กากบาท คะแนนรวมแปรผกผันกับ sense of self/security ในงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยเด็กจำนวน 5 ราย (ผู้ป่วย P2, P3, P5, P6, P7) ที่แปลผลว่ามี sense of self/security สูงขึ้นหลังการเล่นบทบาทสมมติทางการแพทย์ ดังตารางที่ 2



รูปที่ 3. ภาพของเด็กหญิงวัย 7 ปี วินิจฉัยลำไส้อักเสบ (ผู้ป่วย P6) ภาพก่อนการเล่น (ซ้าย) เป็นภาพอุปกรณ์การแพทย์ และเตียงผู้ป่วย ภาพหลังการเล่น (ขวา) ไม่มีอุปกรณ์การแพทย์

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบคะแนน sense of self/security และ anxiety ก่อนและหลังการเล่นบทบาทสมมติ ทางกายภาพ

รหัส	คะแนนรวมของ sense of self/security ก่อนการเล่นบทบาทสมมติ	คะแนนรวมของ sense of self/security หลังการเล่นบทบาทสมมติ	คะแนนรวมของ anxiety ก่อนการเล่นบทบาทสมมติ	คะแนนรวมของ anxiety หลังการเล่นบทบาทสมมติ
P1	24	53	30	41
P2	49	27	25	42
P3	14	12	30	21
P4	12	44	40	24
P5	53	51	39	39
P6	51	24	37	40
P7	18	13	49	43
P8	10	10	26	18

ด้านความกังวลของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล (anxiety)

ผลพบว่าก่อนการเล่นบทบาทสมมุติคะแนนความกังวลเต็ม 70 ผู้ป่วยเด็กได้คะแนนระหว่าง 20 - 40 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงความกังวลลดลง จำนวน 4 ราย (ผู้ป่วย P3, P4, P7, P8) และความกังวลเพิ่มขึ้นจำนวน 3 ราย (ผู้ป่วย P1, P2, P6) ความกังวลเท่าเดิมจำนวน 1 ราย (ผู้ป่วย P5) ในหัวข้อ hospital equipment เพื่อดูความกลัวอุปกรณ์การแพทย์ ผู้ป่วยเด็ก P6 มีความกังวลลดลง จาก 8 เหลือ 1 คะแนน ส่วนผู้ป่วยเด็ก P2 พบหัวข้อเดียวกัน ความกังวลมากขึ้นจาก 1 เป็น 5 คะแนน ส่วน ผู้ป่วยเด็ก P1 ไม่เปลี่ยนแปลง ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 5 ลักษณะวิธีที่ช่วยผู้ป่วยเด็กจัดการกับความกลัวผ่านการเล่นบทบาทสมมุติ

ผู้ป่วยเด็ก จากการวิจัยพบว่าการจัดการแบ่งหัวข้อเป็น 3 ด้าน⁽¹¹⁾ ได้แก่ ด้านการจัดการโดยแสดงออกทางพฤติกรรม (behavior coping strategies), การจัดการทางความคิด (cognitive coping strategies) และวิธีช่วยเหลืออื่น ๆ (helpful interventions) ด้านการจัดการโดยแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ กอดพ่อแม่, หลับตาเมื่อกลัว, เบี่ยงเบนความสนใจ, ร้องไห้ดัง ๆ, ควบคุมตนเองให้อยู่นิ่ง และการได้รางวัล ดังที่ผู้ป่วยเด็กแสดงออกขณะเล่นด้วยการทำท่าหนีไปมองทางอื่นขณะเจาะเลือด (ผู้ป่วย P2) “ถ้าเจ็บก็ร้องดัง ๆ ได้...แต่ต้องอยู่นิ่ง ๆ” (ผู้ป่วย P3) “หลังทำได้ มีรางวัลเป็นกินขนมกับเล่นโทรศัพท์” (ผู้ป่วย P6) เป็นต้น ด้านการจัดการทางความคิด ได้แก่ “อดทนไว้ เพราะว่าแม่อยู่” “ทำใจดีไว้นะ” (ผู้ป่วย P6) “เจ็บเหมือนมดกัด” (ผู้ป่วย P2) ในส่วนของด้านวิธีช่วยเหลืออื่น ๆ มีดังนี้

ครอบครัว ให้พ่อแม่อยู่ในห้องเจาะเลือดด้วย “เห็นหน้าพ่อแม่แล้วหายกลัว” (ผู้ป่วย P2) ให้แม่พูดปลอบ “เข็มเล็กนิดเดียว แค่นี้ก็แล้วก็ไม่รู้สึกแล้ว” (ผู้ป่วย P3) **บุคลากรทางการแพทย์** ผู้ป่วยเด็กต้องการให้หมอและพยาบาลพูดเพราะ คุยเรื่องสนุกกับเด็ก การพูดปลอบ เช่น

“เหมือนมดกัด” (ผู้ป่วย P4) “หมอจะเจาะเบาเบาเนะ” (ผู้ป่วย P1) และการพูดชม “ดีแล้วนะที่ไม่ร้องไห้” (ผู้ป่วย P6) **สภาพแวดล้อม** มีตุ๊กตาให้กอดขณะเจาะเลือด (ผู้ป่วย P2, P3, P8)

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าความกลัวของผู้ป่วยเด็กอายุ 5 - 7 ปี เมื่อต้องพักรักษาในโรงพยาบาลประกอบไปด้วยความกลัวอุปกรณ์ทางการแพทย์, บุคลากรในโรงพยาบาล, ความเจ็บป่วยของตัวเอง และการแยกจากจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ⁽¹²⁻¹⁷⁾ โดยเป็นความกลัวอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยเด็กรายงานมากที่สุด โดยผู้ป่วยเด็กมีวิธีการจัดการกับความกลัวแตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์เดิมแบ่งเป็น 3 ด้าน⁽¹¹⁾ ได้แก่

ด้านการจัดการโดยแสดงออกทางพฤติกรรม (behavior coping strategies) ได้แก่ กอดพ่อแม่, หลับตาเมื่อกลัว, เบี่ยงเบนความสนใจ, ร้องไห้ดัง ๆ, ควบคุมตนเองให้อยู่นิ่ง และการได้รางวัล

การจัดการทางความคิด (cognitive coping strategies) ได้แก่ การพูดปลอบตนเองในใจ โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ 7 ปีใช้วิธีการจัดการด้านนี้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าซึ่งเป็นไปตาม cognitive developmental theory ของ Piaget ที่ในวัยนี้มีลักษณะ egocentric ร่วมกับทักษะการสื่อสารยังไม่พัฒนาเท่าผู้ใหญ่ เลยใช้วิธีการสื่อสารกับตัวเอง เพื่อปลอบประโลม

วิธีช่วยเหลืออื่น ๆ (helpful interventions) ได้แก่ การได้ของรางวัลหรือของตกแต่งในห้องที่เหมาะสมกับวัย อย่างตุ๊กตาเพื่อให้กอดตอนเจาะเลือด เป็นต้น

สิ่งที่สังเกตได้จากการเล่นบทบาทสมมุติ ผู้ป่วยเด็กเลือกที่จะเล่น 3 อย่าง ได้แก่ ตรวจจับร่างกาย ฉีดยาเจาะเลือดและผ่าตัด โดยผู้ป่วยเด็กทุกรายเล่นฉีดยา/เจาะเลือด ตรงกับงานวิจัยของ Ellerton M. พบ injection play มากที่สุด⁽¹⁸⁾ ในด้านความกลัวของเด็กจากบทสนทนาพบว่าเนื้อหาในเด็กบางคนมีลักษณะเข้าใจได้ตามเหตุผล

ส่วนในเด็กบางคนมีลักษณะจินตนาการเกินความจริง (fantasy) เช่น ในผู้ป่วยเด็ก P5 จากการสัมภาษณ์ ความกลัวในโรงพยาบาล ที่กลัวปืน ระเบิด และผีซอมบี้ และมีการวาดภาพความกลัวในโรงพยาบาล โดยภาพแรก ก่อนการเล่นบทบาทสมมติ เป็นภาพหลุมศพ ไม่กางแขน และฟ้าผ่า (รูปที่ 3) ส่วนภาพหลังเป็นรูปตึกโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ระดับสติปัญญา, ภาวะความเครียดท่วมท้น (overwhelming stress), การเลี้ยงดู เป็นต้น

นอกจากนี้การเล่นบทบาทสมมติในบางราย แสดงให้เห็นการเล่นที่ส่งผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์เชิงลบในการรักษาทางการแพทย์ (medical posttraumatic stress disorder) ดังในผู้ป่วย P5 ที่มีการเล่นซ้ำ ๆ เกี่ยวกับมีดผ่าตัด และเล่าเรื่องราวเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับการกรีดแผลเพื่อระบายหนอง ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเด็ก reenactment ออกมาผ่านการเล่นบทบาทสมมติตามทฤษฎีของ Vygotsky และ Ekstein⁽¹⁹⁾ ดังนั้น การสร้างประสบการณ์ที่น่ากลัว มีผลกับเด็กในระยะยาวได้ แต่จากผลของงานวิจัย การได้รับการเล่นบทบาทสมมติทางการแพทย์ในระยะสั้นมีผลช่วยลดความกลัวภายในจิตใจ จากการสร้างความรู้สึกปลอดภัยที่เพิ่มขึ้นแก่ผู้ป่วยเด็ก

จากการวัดผลประเมินความกลัวจากการวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาลก่อนและหลังการเล่นบทบาทสมมติ พบว่าในก่อนการเล่น ผู้ป่วยเด็กจำนวน 3 ราย ไม่ได้มีความกลัวก่อนเจาะเลือด (ผู้ป่วย P1, P4, P5) ซึ่ง 2 ใน 3 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽³⁾ ที่พบว่าในผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพศหญิงมักพบมีความกลัวเพิ่มมากกว่าเพศชายหลังจากการเล่นบทบาทสมมติภาพที่ผู้ป่วยเด็กวาด สะท้อนให้เห็นถึงความกลัวการเจาะเลือดที่ลดลงจากการวาดภาพในผู้ป่วยเด็ก 6 ราย ดังเช่นผู้ป่วยเด็ก P3 ภาพแรกรูปอุปกรณ์การแพทย์ โดยเพิ่มขีดขนาดใหญ่สุด ส่วนภาพหลังอุปกรณ์การแพทย์ลดลง และเพิ่มขีดขนาดเล็กลง หรือในผู้ป่วยเด็ก P5 เป็นคนที่มีคะแนน

ประเมินจากการวาดภาพสูงสุด ภาพแรกเป็นภาพหลุมศพ ภาพหลังเป็นภาพตึกโรงพยาบาล (ดังรูปที่ 2) ซึ่งในรายนี้ สะท้อนให้เห็นถึงภาวะความวิตกกังวลก่อนการเล่นบทบาทสมมติสูงมาก เนื่องจากการวาดภาพ การเล่นเกี่ยวกับการผ่าตัด และการเล่าความกลัวเป็นอาวู สอดคล้องกันถึงความรู้สึกไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ หลังจากการเล่นบทบาทสมมติทางการแพทย์ ภาพอุปกรณ์การแพทย์จะลดลงไปหรือไม่ในภาพเลย

นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของอาการของโรค รวมไปถึงเหตุการณ์ที่เด็กต้องเผชิญ ไม่ได้มีผลกับความกลัวของผู้ป่วยเด็กโดยตรงทั้งหมด เมื่อเทียบผู้ป่วยเด็กที่อายุ 6 ปี ในเพศหญิง โดยรายหนึ่ง (ผู้ป่วย P3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ครั้งแรก (first diagnosis of diabetes mellitus) ต้องมีการทำหัตถการใช้เข็มมากกว่ามีความกลัวที่ลดลงหลังจากการเล่นมากกว่าอีกราย (ผู้ป่วย P4) ที่วินิจฉัยเป็นโรคอาเจียน (cyclic vomiting) แต่มีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงที่เกิดความเครียดง่าย หรือมีความเครียดเก่าเป็นทุนเดิม เนื่องจากโรคอาเจียน cyclic vomiting เป็นโรคที่เกิดจากความเครียดส่วนหนึ่ง และในผู้ป่วยเด็กที่อายุมากขึ้น พบการเปลี่ยนแปลงความกลัวที่ลดลงมากกว่าในอายุที่น้อยกว่า ดังเช่นในผู้ป่วย P6 อายุ 7 ปี วินิจฉัยเป็นโรคลำไส้อักเสบ มีความกลัวที่ลดลงคิดเป็น 3.4 ส่วนในผู้ป่วย P2 ที่อายุ 6 ปี วินิจฉัยเป็นโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ มีความกลัวลดลงคิดเป็น 1.3 ทั้งที่ความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกันและมีการทำหัตถการที่เท่าเทียมกัน แต่อาจมีปัจจัยทางเพศด้วยที่ทำให้ P2 ที่เป็นเพศชายคะแนนลดลงน้อยกว่า P6 เพศหญิง ซึ่งปัจจัยนอกจากเพศ อายุ ที่มีผลต่อความกลัวแล้ว สิ่งที่ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานคือ ปัจจัยโลกภายในของผู้ป่วยเด็ก นั่นคือ sense of self/security นั้นได้มีผลการประเมินจากการวาดรูป ในผู้ป่วยเด็ก จำนวน 5 ราย ได้แก่ ผู้ป่วย P2, P3, P5, P6, P7 ที่ผลการประเมินในหัวข้อ sense of self/security เพิ่มขึ้น (คะแนนลดลงจากก่อนการเล่นบทบาทสมมติระหว่าง 2 - 27 คะแนน) การที่ผู้ป่วยเด็กมีการรู้สึกถึงการมีตัวตน

และความรู้สึกปลอดภัยจากภายในจิตใจของตนเอง จะช่วยบรรเทาความเครียดของตนเอง

ด้านวิธีการศึกษาพบว่า การวัดผลความกลัว การเจาะเลือดที่เปลี่ยนแปลงจากการเล่นบทบาทสมมุติ ทางการแพทย์นั้น ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินที่หลากหลายเพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูล และให้เหมาะกับวัยของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งแบบประเมินที่เลือกใช้ ยังไม่มีการวิจัยความสอดคล้องของข้อมูลมาก่อน ซึ่งแบบประเมิน 2 ชนิดนี้วัดความกลัวที่สะท้อนออกมาในห้วงเวลาที่แตกต่างกัน โดยแบบประเมินสะท้อนความคิดความรู้สึก จากการวาดภาพโรงพยาบาลที่สะท้อนให้เห็นบุคลิกภาพ ของเด็กที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตและการเรียนรู้ที่ผ่านมา ส่วนแบบประเมินความกลัวผ่านภาพใบหน้า เป็นการสะท้อนความกลัว ณ ปัจจุบัน ดังนั้นจากผลงานวิจัยที่แบบ ประเมินความกลัวผ่านภาพใบหน้า มีการเปลี่ยนแปลง ความกลัวที่ลดลง 4 ราย ที่ไม่สอดคล้องกับแบบประเมิน จากการวาดภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงความกลัวลดลง 6 ราย ผู้วิจัยมีสมมุติฐานว่าการเล่นบทบาทสมมุติมี ประโยชน์ในการสร้างบุคลิกภาพที่แข็งแกร่งมากขึ้นใน อนาคต แต่อาจไม่ได้มีผลทันที ดังนั้นในงานวิจัยภายภาค หน้า อาจต้องมีการตรวจติดตามหลังการเล่นบทบาทสมมุติ ทางการแพทย์

ส่วนในวิธีการเล่นบทบาทสมมุติแบบ structured play อาจต้องระวังเกิดการซ้ำเติมความเครียดทางจิตใจ (retraumatization) ในรายที่มีความเสี่ยง เช่น เคยมี ประสบการณ์การทำหัตถการโดยไม่ได้รับการเตรียมผู้ป่วย เด็กมาก่อน ดังในผู้ป่วย P5 ที่ส่งผลให้ผลการประเมิน ความกลัวจากใบหน้าสูงขึ้น

ผลการเล่นบทบาทสมมุติทางการแพทย์จากการ ศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถ จัดการความเครียดระหว่างหัตถการเจาะเลือดได้ดีขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยมีเพียง 8 ราย ถือเป็นข้อ จำกัดของงานวิจัยนี้

ข้อจำกัดในการวิจัยมีดังนี้ ผู้วิจัยพยายามที่จะลด ตัวแปรกวนโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า - ออกให้รัดกุม

มากที่สุด ร่วมกับสถานที่จัดทำวิจัยเป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิที่มีผู้ป่วยเรื้อรังและอาการหนัก ทำให้มีผลกับ จำนวนผู้ป่วยเด็กที่เป็นจำนวนที่น้อย ร่วมกับโรคที่สามารถ เข้าร่วมวิจัย เช่น โรคกล้ามเนื้ออักเสบ มักจะมาโรงพยาบาล กลางดึก และการส่งตรวจเลือดทำในทันทีและทำเท่าที่ จำเป็นเพียงครั้งเดียวในรายที่อาการไม่มาก เพื่อลด การเจ็บปวดของเด็ก นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ที่ผล แบบประเมินความกลัวผ่านภาพการแสดงออกทางใบหน้า (Children's Fear Scale) และแบบประเมินสะท้อนความคิด ความรู้สึกภายในจิตใจชนิดวาดภาพเกี่ยวกับโรงพยาบาล (Child drawing: Hospital) ไม่ไปด้วยกัน ซึ่งอาจเกิดจาก ปัจจัยเรื่องความเข้าใจสีหน้าและอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก ในการใช้ visual analog scale และการศึกษานี้ไม่ได้ ศึกษาระหว่างความสอดคล้องของ 2 เครื่องมือ รวมทั้ง ผู้ทำวิจัยแต่งกายโดยสวมเสื้อกาวน์ ซึ่งอาจมีผลใน การกระตุ้นความกลัวบุคลการในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ที่มีความกลัวนี้อยู่เดิม ส่งผลให้การรายงานความกลัวใน โรงพยาบาลสูงมากขึ้น

สรุป

สิ่งสำคัญคือการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบองค์รวม (holistic care) ที่ปัจจุบันยังขาดไปในผู้ป่วยเด็ก คือการ ดูแลทางด้านอารมณ์ (emotional care) ซึ่งสามารถนำมา ประยุกต์ใช้เป็นนโยบายในโรงพยาบาลเพื่อดูแลแบบองค์ รวมต่อไป ดังนั้นการเข้าใจความกลัวในโรงพยาบาลที่ได้ จากตัวผู้ป่วยเด็กเอง และหาวิธีช่วยผู้ป่วยเด็กจัดการด้วย วิธีทางเลือกต่าง ๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะพัฒนาความ สามารถในการจัดการความกลัวกังวลด้วยตนเองในภาย ภายหน้า และไม่เกิดผลกระทบทางจิตใจ (trauma) ติดตาม ไปจนวัยผู้ใหญ่

การเล่นบทบาทสมมุติ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มี ประโยชน์ทั้งในด้านเป็นการคัดกรองภาวะเครียดทาง จิตใจ (screening) และด้านการรักษา (therapeutic intervention) เนื่องจากผู้ป่วยเด็กช่วงก่อนวัยเรียนยังไม่ สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ การแสดงออกทางการ

กระทำซ้ำๆ หรือการเล่น จึงเป็นการระบายความในใจ และช่วยให้จัดการกับความไม่สบายใจผ่านการเล่นได้ส่วนหนึ่ง อีกส่วนคือการทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังต้องเผชิญ ผ่านการเล่นบทบาทสมมุติ ก็เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กที่มักจะมีอาการกังวลกับความไม่รู้ และการคาดเดาสถานการณ์ยากลำบากได้อีกด้วย

จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเห็นประโยชน์ที่การเล่นบทบาทสมมุติช่วยในระยะสั้น คือ ในผู้ป่วยเด็กได้รับความรู้สึกผ่อนคลายและปรับเปลี่ยนความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลไปในทางที่ถูกต้อง รวมถึงได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตามวัย ในผู้ปกครอง ช่วยลดความกังวลในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ ก็ได้รับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ยังอาจจะช่วยในระยะยาว คือ ให้โรงพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติในการดูแลโดยมีเด็กเป็นศูนย์กลางมากขึ้น กระตุ้นให้มีการใช้การเล่นเข้ามาช่วยบรรเทาความเครียดและความกังวลก่อนทำหัตถการ ในอนาคตการทำหัตถการได้รับความร่วมมือ และการเข้ารับการรักษาและตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจากผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ไปจนกระทั่งช่วงวัยผู้ใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยสำเร็จตามความตั้งใจ เนื่องมาจาก Meghan McMurtry และ Mary Tiedeman ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือประเมิน Children's fear scale และ Child drawing: Hospital ตามลำดับมาประกอบในงานวิจัย และสุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนๆ ที่มีส่วนร่วมในการช่วยตรวจสอบด้านการเขียนงานวิจัยตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

- กนกจันทร์ เขม่นการ. ความคิดความรู้สึกของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การจัดการทางกายภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554;3: 75-87.
- Carney T, Murphy S, McClure J, Bishop E, Kerr C, Parker J, et al. Children's views of hospitalization: an exploratory study of data collection. J Child Health Care 2003;7:27-40.
- Taddio A, Ipp M, Thivakaran S, Jamal A, Parikh C, Smart S, et al. Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. Vaccine. 2012; 30:4807-12.
- Bienvenu OJ, Eaton WW. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. Psychol Med 1998;28:1129-36.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer;1984.
- Salmela M, Salanterä S, Aronen ET. Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. J Adv Nurs 2010;66: 1222-31.
- Schwartz BH, Albino JE, Tedesco LA. Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations. J Pediatr 1983;102:634-8.
- Clatworthy S, Simon K, Tiedeman ME. Child drawing: hospital—an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. J Pediatr Nurs 1999;14:10-8.
- Clatworthy S, Simon K, Tiedeman M. Child drawing: hospital manual. J Pediatr Nurs 1999;14: 10-8.
- McMurtry CM, Noel M, Chambers CT, McGrath PJ. Children's fear during procedural pain: preliminary investigation of the Children's Fear Scale. Health Psychol 2011;30:780-8.
- Caty S, Ellerton ML, Ritchie JA. Use of a projective technique to assess Young

- Children's appraisal and coping responses to a venipuncture. *J Specialists Pediatr Nurs* 1997;2:83-92.
12. Visintainer MA, Wolfer JA. Psychological preparation for surgery pediatric patients: the effects on children's and parents' stress responses and adjustment. *Pediatrics* 1975; 56:187-202.
13. สารภี กาญจนโรจน์พัทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2548.
14. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care* 2006;10:326-36.
15. Sangnimitchaikul W. The Effect of Preparation for Hospitalization on Fear of Preschool Children. *Thai Journal of Nursing Council* 2007; 22: 38-49
16. กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. *วารสาร มจร.วิชาการ* 2557;34: 155-67.
17. Wilson AH, Yorker B. Fears of medical events among school-age children with emotional disorders, parents, and health care providers. *Issues Mental Health Nurs* 1997;18:57-71.
18. Ellerton M, Caty S, Ritchie JA. Helping young children master intrusive procedures through play. *Child Health Care* 1985;13:167-73.
19. Crenshaw DA, Stewart AL, Brown S. Play therapy: a comprehensive guide to theory and practice. New York: Guilford Publications; 2016.

Original article

Effects of self-efficacy promotion combined with rehabilitation program on quality of life in patients with knee osteoarthritis

Chotika Sarapunya¹Pachanut Nunthaitaweekul^{2,*}

Abstract

Background: Osteoarthritis is a chronic disease without any danger that affects the physical, mental, social, economic and quality of life. It is also related to poor quality of life. Encouraging patients to perceive their self-efficacy to enable them realize the importance of knee rehabilitation that knee exercise can increase the strength of the thigh muscles.

Objective: The objective of this study was to determine effects of self-efficacy promotion combined with rehabilitation program on quality of life in patients with knee osteoarthritis.

Methods: This study used a two-groups quasi-experimental with the pretest-posttest non-equivalent control group design. Subjects in the present study were 44 adult patients with knee osteoarthritis and treated at Charoenkrungpracharak Hospital. All of them were adult patients who met the inclusion criteria. The subjects were divided into two groups, namely: control (n = 22) and experimental (n = 22) group. Each pair of subjects from the control and experimental groups were similar in age, gender and duration. The control group received conventional care while the experimental group attended a six-week of self-efficacy promotion combined with rehabilitation program. The experimental instruments included self-efficacy for exercise scale and practice records of rehabilitation. The experimental instruments included self-efficacy for exercise scale and practice records of rehabilitation. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and *t* - test.

Results: The major findings showed that after participating in the self-efficacy promotion combined with rehabilitation program, the experimental group's mean quality of life significantly increased ($P < 0.05$). The mean quality of life in experimental group was also significantly higher than the control group.

Conclusion: The effect of self-efficacy promotion combined with rehabilitation program was effective in increasing quality of life in patients with osteoarthritis of the knee.

Keywords: Quality of life, patients with osteoarthritis of knee, self-efficacy, rehabilitation.

*Correspondence to: Pachanut Nunthaitaweekul, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand. E-mail: pachanut.t@chula.ac.th

Received: September 5, 2018

Revised: November 6, 2018

Accepted: December 20, 2018

¹Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ฉบับ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

โชติกา สารปัญญา¹

ปชาณัฐ นันทไทยกุล²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่อันตรายจนคุกคามถึงแก่ชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจหรือคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและศักยภาพของตนเองในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีการทำวิจัย: อาสาสมัครผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 44 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย จับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และการออกกำลังกายส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า.

¹หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านราย ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านราย ใน พ.ศ. 2563 สำหรับประเทศไทย จากสถิติพบว่าคนไทย 1 ใน 3 มักป่วยด้วยโรคข้อ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบได้มากที่สุด พบในคนที่มีอายุน้อย โดยคนที่อายุน้อยกว่า 30 ปี พบเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 1 อายุน้อยกว่า 40 ปี พบร้อยละ 10 และอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบมากถึง ร้อยละ 50⁽²⁾ ถึงแม้โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มโรคที่ไม่รุนแรงถึงชีวิตแต่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินของชีวิตค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาวะพึ่งพาครอบครัวและสังคม ซึ่งถ้าเป็นระยะยาวผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้ สมรรถนะของตนลดลง จนเกิดภาวะเครียด คุณภาพชีวิตลดลง⁽³⁾ คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว⁽⁴⁾

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้เป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด⁽⁵⁾ กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ เช่น อาการปวด การออกกำลังกาย และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้ความเสื่อมของโรคเกิดความพึงพอใจในตนเอง และให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อเข่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในลักษณะนี้มาก่อน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A.⁽⁵⁾ ด้วยการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ การชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญ และมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าและเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง อาการปวดเข่าลดลงสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความผาสุกในชีวิต ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest non equivalent control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 40 – 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด และกิจกรรมให้ความรู้ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เรื่อง โรคข้อเข่าเสื่อม เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา

โรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ที่มีความคล้ายคลึงกัน (match paired) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาตัวแปร เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 13 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (quality of life index arthritis version-III) ของ Ferrans CE.⁽⁶⁾ แปลเป็นไทยโดยวาสนา กรุดไทย⁽⁷⁾ มีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ประกอบด้วยข้อความจำนวน 35 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของความสำคัญและส่วนของความพึงพอใจ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89⁽⁷⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura A.⁽⁵⁾ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง⁽⁸⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ และแบบประเมินการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย โดยใช้แบบประเมิน ของนัยนา สังคม⁽⁹⁾ ที่ประยุกต์แบบวัดของทัศนีย์ วิวิธกุล และคณะ⁽¹⁰⁾ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ

Bandura A.⁽⁵⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.89 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ รวมทั้งแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้บันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เลขที่โครงการ U007h/61 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย หลังได้รับความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเริ่มดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (pre-test) และได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและแพทย์ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 1 - 5 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินคุณภาพชีวิตโดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (post-test) และมอบวิดีโอต้นเรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม โดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการออกกำลังกาย (pre-test)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้ โดยการเปิดวีดิทัศน์ และสอนตามแผนการสอน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา โดยขณะการสอน มีการอภิปรายกลุ่ม

3. ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (vicarious experience) โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมา แล้วประสบผลสำเร็จ

5. ผู้วิจัยกระตุ้นทางด้านร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ผู้วิจัยสอนตามแผนการสอนการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และให้ผู้ป่วยสาธิตกลับภายหลังจากดูวีดิทัศน์ โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ที่ละท่าจนครบ 7 ท่า หากผู้ป่วยไม่เข้าใจและทำไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นผู้สอนและสาธิตให้ดูใหม่อีกครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง⁽⁸⁾ มีจำนวนท่าบริหาร 7 ท่า ดังนี้ คือ ท่าที่ 1 นอนหงาย งอเข่าเข้าหาลำตัวเท่าที่ทำได้ แล้วเหยียดขาออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 2 นั่งเหยียดขา วางเท้าข้างหนึ่งบนหมอน เหยียดขาให้ตึงเข่าตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วสลับไปทำอีก

ข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 3 นอนหงาย ใช้หมอนใบเล็กหนุนใต้เข่า ให้ข้อเล็กน้อย ค่อย ๆ เกร็งให้เข่าเหยียดตรง ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 4 นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ค่อย ๆ เกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา แล้วยกขาขึ้นจากพื้น ประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 5 นอนคว่ำ งอขาข้างหนึ่ง สูงจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 6 นอนคว่ำ งอเข่าเข้าหาลำตัวเท่าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ และท่าที่ 7 นั่งเก้าอี้ และพิงพนักเก้าอี้ เหยียดขาข้างหนึ่งออกให้ตรง พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมและออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ช่วยแก้ปัญหา ให้ความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลรู้สึกคลายความวิตกกังวล เป็นการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการแสดงออกถึงความสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ดีขึ้น แนะนำเรื่องการทำแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

สัปดาห์ที่ 2 – 6 ผู้ป่วยต้องฝึกออกกำลังกายข้อเข่าที่บ้าน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน

สัปดาห์ที่ 3 และ 5 ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเตือนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และกล่าวส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้อย่างต่อ

เนื่อง และทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 6 ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต (post-test) สรุปกิจกรรม และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและให้กำลังใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 17.0 วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน

เฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired sample *t* - test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ unpaired sample *t* - test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (n = 44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	17	77.3	17	77.3	34	77.3
ชาย	5	22.7	5	22.7	10	22.7
อายุ (ปี)	$\bar{X}$ = 54.32	SD = 3.84	$\bar{X}$ = 53.91	SD = 3.89		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	$\bar{X}$ = 68.77	SD = 16.01	$\bar{X}$ = 67.18	SD = 12.77		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	$\bar{X}$ = 157.64	SD = 9.58	$\bar{X}$ = 158.95	SD = 9.96		
ศาสนา						
พุทธ	21	95.5	22	100	43	97.7
อิสลาม	1	4.5	-	-	1	2.3
คริสต์	-	-	-	-	-	-
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-
สถานภาพสมรส						
โสด	3	13.6	1	4.5	4	9.1
คู่	15	68.2	17	77.5	32	72.7
หม้าย	3	13.6	1	4.5	4	9.1
หย่า	-	-	1	4.5	1	2.3
แยกกันอยู่	1	4.5	2	9.1	3	6.8
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	13	59.1	13	59.1	26	59.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	9.1	2	9.1	4	9.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	18.2	2	9.1	6	13.1
ปริญญาตรี	2	9.1	2	9.1	4	9.1
อื่นๆ	1	4.5	3	13.6	4	9.1

ตารางที่ 1. (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (n = 44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ทำงานบ้าน	3	13.6	2	9.1	5	11.4
รับจ้าง	10	45.5	11	50	21	47.7
ค้าขายและธุรกิจ	5	22.7	6	27.3	11	25
รับราชการ	3	13.6	2	9.1	5	11.4
เกษตรกรรม	1	4.5	-	-	1	2.3
อื่นๆ	-	-	1	4.5	1	2.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$\bar{X}$ = 14978.1 SD = 7987.29		$\bar{X}$ = 14826.82 SD = 6154.61			
ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม						
น้อยกว่า 1 ปี	2	9.1	2	9.1	4	9.1
ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี	20	90.9	20	90.9	40	90.9
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
โรคประจำตัว						
ไม่มี	10	45.5	13	59.1	23	52.3
มี	12	54.5	9	40.9	21	47.7
ประวัติการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า						
ไม่มี	3	13.6	4	18.2	7	15.9
มี	19	86.4	18	81.2	37	84.1
ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก						
ไม่มี	15	68.2	15	68	30	68.2
มี	7	31.8	7	31.8	14	31.8

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 2)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (n = 22)

คุณภาพชีวิต	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P - value
ก่อนทดลอง	22	17.43	1.01	12.725	21	< 0.001
หลังทดลอง	22	19.89	0.89			

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าภายหลังทดลอง (n = 44)

คุณภาพชีวิต	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P - value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มควบคุม	22	17.56	1.22	0.361	42	0.720
กลุ่มทดลอง	22	17.43	1.01			
หลังทดลอง						
กลุ่มควบคุม	22	17.33	1.32	7.548	42	<0.001
กลุ่มทดลอง	22	19.89	0.89			

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.43 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมเท่ากับ 19.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 17.56 กลุ่มทดลองเท่ากับ 17.43 คะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกับ กลุ่ม

ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าก่อนทดลอง และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเท่ากับ 17.33 กลุ่มทดลองเท่ากับ 19.89 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

อภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยได้ตามสมมติฐาน ได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดลองนี้สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายใต้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura A.⁽⁵⁾ ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง⁽⁸⁾ การที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาให้ดีขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจของบุคคลที่กระทำหรือฝึกปฏิบัติกิจกรรม อันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับ Marks R.⁽¹¹⁾ กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเข้าใจของบุคคล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ผลลัพธ์ของกิจกรรม คือ การลดอาการปวด การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura A.⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experiences) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotional arousal)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เข้าร่วมเพื่อเป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของบังเอิญ แพร่งสกุล⁽¹²⁾ พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุภาพ อารีเชื้อ และ นภาพรณี ปิยขจรโรจน์⁽¹³⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin YH. และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย และความมั่นใจในการออกกำลังกาย มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนและโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อความมั่นใจในการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pells JJ. และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารต่ออาการปวดความสามารถในการเคลื่อนไหวและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะน้ำหนัก

เกินและโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และอาการปวดเข่าลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าในการทำกิจกรรมดีขึ้น และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดีขึ้น

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น มีการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยผู้ป่วยที่บ้านด้วยตนเองทุกวัน ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ช่วยส่งผลช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงข้อเข่ามีความมั่นคงมากขึ้น ทำให้อาการปวดบวมเข่าลดลง⁽¹⁶⁾ แล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจที่เห็นความสำคัญให้ตนเองเกิดความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและ ฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขามากขึ้น ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง อาการปวดเข่าลดลง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความผาสุกในชีวิต ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และตารางที่ 3 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ รวิวรกุล และคณะ⁽¹⁰⁾ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ความรุนแรงของอาการปวดเข่าและสมรรถภาพทางกายตั้งแต่สัปดาห์ ที่ 4 และมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่ม

ควบคุม กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความปลอดภัยกับข้อเข่าและสภาพร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง⁽¹⁷⁾ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Erbahceci F. และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz H. และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความปวดลดลง การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้นคุณภาพชีวิตดีขึ้น ข้อจำกัดในการศึกษานี้ พบว่าการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest non equivalent control group design) ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะมีดังนี้ ด้านการบริหารการพยาบาล จัดให้มีการนำเสนอผลการวิจัยในระดับผู้บริหาร พิจารณาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ และด้านการพยาบาล นำเสนอคณะกรรมการวิชาการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล พิจารณาในการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมผู้ป่วยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งด้านการศึกษา ควรมีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จัดให้มีการให้ความรู้ การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า รวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ ควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว อย่างน้อย 3, 6 เดือน เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ และควรมีการทำวิจัย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการออกกำลังกายในการบำบัดการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่น เช่น ปวดหลัง กระดูกสะโพกหัก เป็นต้นและควรร่วมแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura A.⁽⁵⁾ ร่วมกับการรักษาโดยใช้แพทย์ทางเลือก เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ามีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เพราะผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยให้ความรู้รายกลุ่ม ร่วมกับการใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม ชมวิดีโอทัศน์การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา การใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน อันคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพและความผาสุกของชีวิต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่สมัครใจให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจคัดลอกกรรมกระดูก

ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และรายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: WHO; 2003.
2. กุสุมา ไตรวิทยานุรักษ์. คนไทย 1 ใน 3 ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/141553>.
3. Mahir L, Belhaj K, Zahi S, Azanmasso H, Lmidmani F, El Fatimi A. Impact of knee osteoarthritis on the quality of life [Abstract # PO037]. Ann Phys Rehabil Med 2016;59:159.
4. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. Sch Ing Nurs Pract 1996;10: 293-304.
5. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
6. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. ANS Adv Nurs Sci 1985;8:15-24.
7. วาสนา กรุดไทย. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
8. สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2551.

9. นัยนา สังคม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
10. ทศนีย์ รวีวรกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, Davis AHT, พรทิพย์ มาลาธรรม, ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์, ธวัชชัย วรพงศธร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนต่อสมรรถนะตนเองในการออกกำลังกายของสตรีไทยที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย 2550;11:132-50.
11. Marks R. Efficacy theory and its utility in arthritis rehabilitation: Review and recommendations. Disabil Rehabil 2001;23:271-80.
12. บังเอิญ แพร่งสกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะทางเดินและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
13. สุภาพ อารีเชื้อ, นภาพรณ ปิยขจรโรจน์. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารสภาการพยาบาล 2551;23:72-84.
14. Shin YH, Hur HK, Pender NJ, Jang HJ, Kim MS. Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. Int J Nurs Stud 2006;43:3-10.
15. Pells JJ, Shelby RA, Keefe FJ, Dixon KE, Blumenthal JA, LaCaille L, et al. Arthritis self-efficacy and self-efficacy for resisting eating: Relationships to pain, disability, and eating behavior in overweight and obese individuals with osteoarthritic knee pain. Pain 2008;136:340-47.
16. Nguyen C, Lefé vre-Colau MM, Poiraudau S, Rannou F. Rehabilitation (exercise and strength training) and osteoarthritis: A critical narrative review. Ann Phys Rehabil Med 2016; 59:190-95.
17. สุภาณี แสงกระจ่าง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะทางเดินต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและภาวะสุขภาพในผู้เป็นข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2557.
18. Erbahceci F, Dursun E. 521 effects of physiotherapy and rehabilitation program on muscle strength, quality of life, pain, stiffness, and physical function in women with knee osteoarthritis [abstract]. Osteoarthritis Cartilage 2008;16: S223.
19. Yilmaz H, Polat HAD, Karaca G, Küçükşen S, Akkur HE. Effectiveness of home exercise program in patients with knee osteoarthritis. Eur J Gen Med 2013;10:102-7.

Original article

The effect of music therapy on activity to reduce anxiety in mild cognitive impairment

Phatthawan Pannoi¹Solaphat Hemrungrojn^{2,*}

Abstract

Background: There are a few studies on the music therapy on activity to reduce anxiety in Mild Cognitive Impairment (MCI). The music therapy on study to reduce anxiety has been investigated in other diseases such as Alzheimer's disease (AD) and dementia.

Objective: To study the effect of music therapy on activity to reduce anxiety in people with MCI at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: Data were collected from 20 subjects diagnosed with MCI at the Cognitive Fitness Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital. The questionnaire included: 1) Thai Mental state Examination (TMSE); 2) Montreal Cognitive Assessment (MOCA) in Thai version; 3) General information ; 4) The State - Trait Anxiety Inventory (STAI) subjects were assigned equally into 10 experimental groups who received music therapy on activities and classical music. Ten subjects in control groups received standard care. Descriptive statistics, Non-parametric Wilcoxon Signed Ranks, Generalized Estimating Equation (GEE) were used for statistical analyses.

Results: There was no significant change in the level of anxiety in MCI between the experimental and the control groups before the experiment. Pre-experimental (1st time) and post- experimental (12th) are not significantly different. The significant mean score of time spent on music therapy on activity in anxiety (state) was significantly decreased by 3.47 points ($P = 0.028$) and the mean score of anxiety (trait) was not significantly decreased by 3.47 points ($P = 0.051$). However, the number of experiments was not statistically related to change in anxiety ($P = 0.403$) and ($P = 0.596$).

Conclusion: As for benefits of music therapy, it may be another option that can be applied for the treatment of patients along with other medical treatments.

Keywords: Music therapy, anxiety, mild cognitive Impairment.

*Correspondence to: Solaphat Hemrungrojn, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Email address: solaphat@hotmail.com

Received: December 14, 2017

Revised: February 20, 2018

Accepted: May 5, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ฉบับ

ผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล
ในผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยภัทราวรรณ พันธุ์น้อย¹โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: มีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (MCI) พบเพียงการศึกษาในกลุ่มโรคอื่น ๆ หรือในกลุ่มที่มีอาการใกล้เคียงภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (MCI) เช่น โรคอัลไซเมอร์ (AD) และภาวะสมองเสื่อม (dementia)

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย

วิธีการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จำนวน 20 ราย ที่ศูนย์ Cognitive Fitness Center แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการเก็บข้อมูลแบบทดสอบสมองเบื้องต้น (TMSE) แบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ฉบับภาษาไทย แบบทดสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความวิตกกังวล (STAI) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย ที่ได้รับดนตรีบำบัดรวมกับการจัดกิจกรรมและดนตรีคลาสสิก และกลุ่มควบคุม 10 ราย ที่ได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์แบบปกติเพียงอย่างเดียว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test, Generalized Estimating Equation (GEE)

ผลการศึกษา: การศึกษานี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความวิตกกังวล ในช่วงก่อนการทดลอง ส่วนการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) และหลังการทดลอง (ครั้งที่ 12) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ และผลของเวลาในการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนความวิตกกังวล (State) ลดลงเท่ากับ 3.43 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.028$) ส่วนจำนวนครั้งในการทดลองไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล ($P = 0.403$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนความวิตกกังวล (Trait) ลดลงเท่ากับ 3.47 คะแนน แต่อยู่ในระยะคาบเกี่ยวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.051$) ส่วนจำนวนครั้งในการทดลองไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล ($P = 0.596$)

สรุป: ประโยชน์ของดนตรีบำบัดอาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ต่อการทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ได้

คำสำคัญ: ดนตรีบำบัด, ความวิตกกังวล, ผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมที่แท้จริง การพัฒนาของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นเป็นในลักษณะของการเสื่อมถอยลง ร่างกายที่เคยเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉงเมื่อยังหนุ่มสาวก็เริ่มช้าลง อวัยวะต่าง ๆ เริ่มทำงานไม่เป็นปกติ การเสื่อมของระบบประสาท การรับรู้เริ่มเปลี่ยนไป โรคประจำตัวที่เข้ามามีบทบาทรบกวนความแข็งแรงของร่างกาย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยทางด้านจิตใจ ดังที่ สรร กลิ่นวิจิต และคณะ⁽¹⁾ กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น การเสื่อมถอยของระบบประสาทและสมองส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เมื่อเริ่มมีการเสื่อมของสมอง ระบบความคิด ความจำ ความรู้และความเข้าใจก็จะเสื่อมตามไปด้วย

เมื่อทำการศึกษาในเรื่องของความวิตกกังวลในแต่ละกลุ่มอายุนั้น ทำให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ถูกพบว่ามีปัญหาของความวิตกกังวลปรากฏอยู่ด้วยการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีข้ออยู่ที่อายุ ซึ่งเป็นเพียงตัวเลขอย่างเดียวเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เห็นได้ชัดนั้น จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น พันธุกรรม การดำรงชีวิต การดำเนินชีวิต และสภาพจิตใจด้วยจะเห็นว่าบางคนแม้อายุมาก ทำไมจึงดูไม่แก่ แต่บางคนอายุไม่มาก ทำไมดูแก่เกินวัย ทั้งนี้เป็นเพราะองค์ประกอบดังกล่าวดังกล่าวมาแล้วนั้นการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับได้รับการศึกษาให้รู้ว่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเสื่อมของร่างกาย รู้ถึงการปรับตัวหรือสังเกตการเสื่อมของร่างกายได้อย่างไรถ้าขาดความรู้ ความเข้าใจ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อย่างมากมาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์

เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนั่นเองในผู้สูงอายุ เมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ จะมีการเสียบทบาทของตัวเอง ทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง และจะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน ไม่เป็นที่พอใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลกลัว และยังได้พบเห็นสภาพของผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ยิ่งทำให้เกิดความกลัว อารมณ์เศร้า ซึมลงและสิ้นหวัง⁽²⁾ สอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรไทย ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ ซึ่งพบว่าความรู้สึกที่เกิดกับผู้สูงอายุเป็นประจำสูงสุด คือ รู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 4.0) รองลงมาคือคิดมาก วิตกกังวลใจ (ร้อยละ 3.4) และหงุดหงิดรำคาญใจ (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ ความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกต่าง ๆ ที่กล่าวมาสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย อีกทั้งมีการค้นพบเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกันของความวิตกกังวล ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย และโรคอัลไซเมอร์ (AD) (ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม) พบว่าผู้ที่มีการภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย ร่วมกับอาการของความวิตกกังวล มีโอกาสพัฒนาเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้เร็วขึ้น ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment (MCI)⁽³⁾ เป็นภาวะของสมองเสื่อมในระยะที่ 1 เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมอง (neurodegeneration) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องความจำ โดยเฉพาะสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะด้านความจำ ความตั้งใจ และการรับรู้ ภาวะนั้นอยู่ระหว่างภาวะสมองปกติ (normal memory) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม เนื่องจากความสามารถขั้นพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันยังเป็นปกติ ผู้ที่มีภาวะนั้นจะมีความผิดปกติของอารมณ์และจิตประสาทร่วมด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการนำดนตรีบำบัดมาใช้ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลใน

กลุ่มผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ รวมถึงการนำดนตรีบำบัดมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาผลของดนตรีบำบัดมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยเล็กน้อย และจากผลศึกษาข้างต้นของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลนั้น ส่งผลให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่ศึกษาถึงผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยเล็กน้อย โดยหวังอย่างยิ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นประโยชน์ในด้านการนำเลือกใช้ดนตรีบำบัดมาเป็นการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยจากศูนย์ Cognitive Fitness Center แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ผ่านการคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 20 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดกิจกรรม (intervention) จำนวน 10 ราย และกลุ่มที่กลุ่มที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัดแต่จะได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์แบบปกติเพียงอย่างเดียว (control) จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้าการศึกษา (inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยจากการเก็บข้อมูลแบบทดสอบ Thai Mental state Examination (TMSE) ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน และ The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ฉบับภาษาไทยที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน จากศูนย์ Cognitive Fitness Center แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งชายและหญิง

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้, ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะสมองเสื่อม ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมจากการเก็บข้อมูลแบบทดสอบ Thai Mental state Examination (TMSE) ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน และ The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ฉบับภาษาไทยที่ได้คะแนนมากกว่า 24 คะแนน, ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการผิดปกติทางจิตร่วมกับ เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้าจากการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ผู้ป่วยภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม ที่ไม่สามารถเข้าใจและร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยได้

โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขใบอนุญาตที่ 066/60) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

1. แบบทดสอบสมองเบื้องต้น Thai Mental state Examination (TMSE) แบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน แบ่งย่อยเป็น 6 รายการ คือ การรับรู้ 6 คะแนน, การจดจำ 3 คะแนน, ความใส่ใจ 5 คะแนน, การคำนวณ 3 คะแนน, ด้านภาษา 10 คะแนน, และการระลึกได้ 3 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 68.5 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 88 โดยเกณฑ์การให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีค่าจุดตัดในการตรวจคัดกรองโรคสมองเสื่อมที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน และแบ่งระดับความรุนแรงของคะแนน TMSE ดังนี้ คะแนน TMSE < 10 หมายถึง severe dementia คะแนน TMSE ระหว่าง 10 – 18 หมายถึง moderate dementia, คะแนน TMSE ระหว่าง 18 – 23 หมายถึง mild dementia ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติภายในที่ทำการเก็บในระยะเวลา 3 เดือนก่อน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล และไม่มีการประเมินซ้ำ

2. แบบทดสอบ The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบทดสอบของ Nasreddine Z. (ปีพ.ศ. 2547) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ ในปีพ.ศ. 2550 เป็นเครื่องมือที่ทดสอบหลายด้านของการรู้คิด ได้แก่ ความจำระยะสั้น ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทางสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการ สมาธิจดจ่อ ภาษา และการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล) มีค่าความไว ร้อยละ 90 และค่าคงที่ร้อยละ 87 โดยเกณฑ์การให้คะแนน 30 คะแนน จะมีจุดตัดในการตรวจคัดกรองที่ค่าคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติภายในที่ทำการเก็บในระยะเวลา 3 เดือนก่อนผู้วิจัยเก็บข้อมูล และไม่มีการประเมินซ้ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับทดลอง

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคประจำตัว จำนวน 5 ข้อ

2. แบบวัดความวิตกกังวล the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) สร้างขึ้นโดยสปีลเบอร์กเกอร์และซิดแมน (Spielberger & Sydeman) พัฒนาและแปลภาษาไทยโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ อ้างถึงใน นันทินี ศุภมมงคล⁽⁴⁾ ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (S-Anxiety Scale or Form Y) และความวิตกกังวลแฝง (Trait-Anxiety Scale) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม 40 ข้อ โดยแบ่งเป็นประเภทละ 20 ข้อ) เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 4 ระดับคือไม่มีเลย = 1, มีบ้าง = 2, มีค่อนข้างมาก = 3 และมีมากที่สุด = 4 เนื้อหาทั้งความหมายทางบวกและลบอย่างละ 10 ข้อ การให้คะแนนข้อที่มีความหมายในทางบวกจะให้คะแนนเป็นบวกและในทางลบจะให้คะแนนในทางตรงข้ามแล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน โดยคะแนนมีค่าระหว่าง 20 - 80 คะแนน มีการแบ่งคะแนนความวิตกกังวลเป็น 3 ช่วงคือ ระดับต่ำ (20 - 40 คะแนน), ระดับปานกลาง

(41 - 60 คะแนน) และระดับสูง (61- 80 คะแนน) มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.94⁽⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทางคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science version 22) ในการแปลผลของข้อมูลดังนี้ สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคประจำตัว คือ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลางและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การคำนวณทางสถิติ non-parametric Wilcoxon Signed Ranks test เพื่อทดสอบความเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการคำนวณทางสถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) เพื่อทดสอบผลของเวลาต่อการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษานี้พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 20 ราย ในกลุ่มทดลอง (n = 10) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 70.9 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 9.3 ปี อายุต่ำสุดคือ 57 ปี อายุสูงสุดคือ 85 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 13,500 บาท รายได้สูงสุดอยู่ที่ 20,000 บาท รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 5,000 บาท ด้านโรคประจำตัว พบว่าทั้งมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับที่เท่ากันคือร้อยละ 50 โดยโรคที่เป็นสูงสุดคือโรคไขมันในเส้นเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 20.0 ในกลุ่มควบคุม (n = 10) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

71.40 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 4.06 ปี อายุต่ำสุดคือ 64 ปี อายุสูงสุดคือ 75 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 4,575 บาท รายได้สูงสุดอยู่ที่ 25,000 บาท รายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 3,000 บาท ด้านโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือร้อยละ 80.0 โดยโรคที่เป็นสูงสุด คือ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 40.0 และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน ในช่วงก่อนการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าระดับของความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 20$)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความวิตกกังวล ในช่วงก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ non-parametric Mann-Whitney test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล

ก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) และหลังการทดลอง (ครั้งที่ 12) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ non-parametric Wilcoxon signed Ranks test พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($P = 0.71$) และ ($P = 0.61$) (ตารางที่ 2)

ผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลและผลของเวลาต่อการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล ในแต่ละช่วงเวลา (สัปดาห์ที่ 1, สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12) โดยใช้สถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนความวิตกกังวล ลดลงเท่ากับ 3.43 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.028$) ส่วนจำนวนครั้งในการทดลอง(อิทธิพลของเวลา) ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล ($P = 0.403$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนความวิตกกังวล ลดลงเท่ากับ 3.47 คะแนน แต่อยู่ในระยะคาบเกี่ยวที่อาจมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.051$) ส่วนจำนวนครั้งในการทดลอง(อิทธิพลของเวลา) ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล ($P = 0.596$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าระดับของความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง (baseline) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n = 10$) (Mean $\pm$ S.D)	กลุ่มควบคุม ($n = 10$) (Mean $\pm$ S.D)	P - value
State	38.0 (5.5)	36.5 (4.3)	0.404
Trait	33.7 (8.1)	35.3 (5.5)	0.596

ตารางที่ 2. แสดงผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) และหลังการทดลอง (ครั้งที่ 12) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร		ก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1)		หลังการทดลอง (ครั้งที่ 12)		P - value
		Mean	S.D	Mean	S.D	
ความวิตกกังวลแบบ State						
กลุ่มทดลอง	(n = 10)	38.0	(5.5)	36.5	(4.3)	0.71
กลุ่มควบคุม	(n = 10)	30.3	(6.0)	41.7	(7.0)	
ความวิตกกังวลแบบ Trait						
กลุ่มทดลอง	(n = 10)	33.7	8.1	31.1	4.9	0.61
กลุ่มควบคุม	(n = 10)	35.3	5.5	40.2	9.6	

ตารางที่ 3. การวิเคราะห์ผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดกิจกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลและผลของเวลาต่อการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ศึกษา (n = 10)	B	S.E (b)	P - value	(95% CL)
ความวิตกกังวลแบบ State				
กลุ่มทดลอง	-3.43	1.56	0.02	(-6.49) - (-0.37)
เวลา	-0.80	0.95	0.40	(-2.67) - (1.07)
constant	39.53	2.15	<0.001	(35.31) - (43.75)
ความวิตกกังวลแบบ Trait				
กลุ่มทดลอง	-3.46	1.77	0.051	(-6.94) - (0.00)
เวลา	0.57	1.08	0.59	(-1.55) - (2.70)
constant	35.38	2.48	0.001	(30.51) - (40.25)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับดนตรีบำบัดเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับดนตรีบำบัดเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ จากสมมุติฐานที่ว่า การใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดกิจกรรมมีผลต่อภาวะลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

เล็กน้อย เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความวิตกกังวล ในช่วงก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Forooghy M. และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในโรคทางโลหิตวิทยา จากการศึกษพบว่าก่อนการใช้ดนตรีบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติในด้านความวิตกกังวล

เมื่อทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Non-parametric Wilcoxon signed Ranks test พบว่าผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) และหลังการทดลอง (ครั้งที่ 12) ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ผลที่ได้ต่างกับผลการศึกษาของ Liu Y. และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและอาการสำคัญในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทรวงอก พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา เพิ่มเพ็ชร และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดขณะรอการผ่าตัดของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kim KB. และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องบำบัดด้วยเพลงมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรี

เมื่อทำการวิเคราะห์ผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลและผลของเวลาต่อการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลอง โดยใช้สถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับดนตรีบำบัดมีค่าคะแนนความวิตกกังวลลดลงแต่ละประเภทอย่างมีนัยสำคัญ และอยู่ในระยะคาบเกี่ยวที่จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจำนวนครั้งในการทดลอง (อิทธิพลของเวลา) ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลสอดคล้องกับ Guetin S.⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการบำบัดด้วยดนตรีต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าความวิตกกังวลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการรักษาด้วยดนตรีถือเป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากเลิกเรียนระหว่างสัปดาห์ 16 และสัปดาห์ 24

ข้อจำกัดในการทำวิจัย มีดังนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะต่าง ๆ ที่อาจมีความรุนแรงแตกต่างกัน รวมถึงความแตกต่างในการรักษา ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย นอกจากนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีขนาดเล็กจำนวนเพียง 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 ราย ซึ่งข้อสรุปที่ได้ไม่สามารถบอกได้ถึงผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดกิจกรรมต่อภาวะลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยโดยรวมได้

สรุป

ดนตรีบำบัดมีส่วนช่วยในการลดวิตกกังวลได้ การศึกษาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์ของดนตรีบำบัดอาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่สามารถนำมาใช้ต่อการทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ Cognitive Fitness Center แผนกผู้ป่วยนอก ตึก สธ. ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, พลอยพรรณ กลิ่นวิจิต. การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. บุรพาเวชสาร 2558;2:21-33.
2. ประไพ ศะทัตต์. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. หมอชาวบ้าน 2531;108:1-3.
3. อุบล จัวงพานิช, จุริพร อุ่นบุญเรือน, จันทราพร ลุนลุด, ภัทรวิมล วัฒนศัพท์. ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ

- ยาเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาล สาขา
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30:46-7.
4. นันทินี ศุภมมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทาง
สังคมและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิต
นักศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร
มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2547.
5. Forooghy M, Mottahedian Tabrizi E, Hajizadeh E,
Pishgoo B. Effect of Music Therapy on
Patients' Anxiety and Hemodynamic
Parameters During Coronary Angioplasty: A
Randomized Controlled Trial. Nurs Midwifery
Stud 2015;4:e25800.
6. Liu Y, Petrini MA. Effects of music therapy on pain,
anxiety, and vital signs in patients after
thoracic surgery. Complement Ther Med 2015;
23:714-8.
7. รัตนา เพิ่มเพ็ชร. ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความ
วิตกกังวล ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด.
วารสารพยาบาลทหารบก 2559;17:34-43.
8. Kim KB, Lee MH, Sok SR. The effect of music
therapy on anxiety and depression in patients
undergoing hemodialysis. Taehan Kanho
Hakhoe Chi 2006;36:321-9.
9. Guétin S, Portet F, Picot MC, Pommié C,
Messaoudi M, Djabelkir L, et al. Effect of
music therapy on anxiety and depression in
patients with Alzheimer's type dementia:
randomised, controlled study. Dement Geriatr
Cogn Disord 2009;28:36-46.

Original article

Factors affecting exercise behavior of subjects in Phasi Charoen District, Bangkok

Waraporn Khumros* Chanida Mattavangkul
Chaisit Thansuk

Abstract

Background: Daily activities affect health behavior which are importantly related to health problems in the society. People have less exercise and the application of local wisdom to promote exercise are limited in Bangkok, Thailand.

Objectives: To study factors that affect exercise behavior of subjects in Phasi Charoen District.

Methods: This cross-sectional descriptive study was designed. Data were collected using questionnaires to assess factors that affect exercise behavior, Cronbach's alpha coefficient was 0.8988. The population sample were used in Phasi Charoen subjects. The accidental sampling data were collected from 404 subjects by comparing the rule of three in arithmetic among seven sub-districts. The data were analyzed with descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, correlation analysis, *t* - test and *F* - test.

Results: The results showed that attitude towards exercise, exercise awareness and supporting factors were statistically correlated with the behavior and exercise audibility directs ($P < 0.01$).

Conclusion: This study access to the exercise of the Phasi Charoen District using qualitative research process. The data were collected by interviews and exercise behaviors and access should be facilitated in the other districts. Further studies could find ways to promote the fitness of the population in Thailand.

Keywords: Behavior exercise, exercise, factor, people in Phasi Charoen District.

*Correspondence to: Waraporn Khumros, Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok 10160, Thailand.

E-mail: wara_aui@hotmail.com

Received: September 26, 2018

Revised: October 11, 2018

Accepted: November 2, 2018

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

วราภรณ์ คำรส

ชนิดา มัททวงกูร ชัยสิทธิ์ ทันศึก

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: ปัจจุบันการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของประเทศในสังคม ปัจจุบันประชากรในกรุงเทพมหานคร มีการออกกำลังกายน้อย และการประยุต์ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายนั้นยังพบน้อยมาก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ในเขตภาษีเจริญ

วิธีการทำวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา นำมาหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.8988 โดยทำการเก็บข้อมูลชุมชน ในพื้นที่เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 7 แขวง ขนาดตัวอย่างจำนวน 404 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ (analytic statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ การวิเคราะห์สถิติ t -test และ F -test

ผลการศึกษา: ทิศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และปัจจัยสนับสนุน การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุป: ควรมีการศึกษาพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างในเขตภาษีเจริญ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อวิเคราะห์ หาแนวทางในการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชากรในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการออกกำลังกาย, การออกกำลังกาย, ปัจจัย, เขตภาษีเจริญ.

ปัจจุบันการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมถึงละเลยต่อการออกกำลังกายทั้งโดยทางตรง และ ขาดการเคลื่อนไหวในลักษณะของการออกกำลังกายประจำวัน⁽¹⁾ จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ตามมา และเมื่อพิจารณาถึงโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทยในอดีตและปัจจุบันมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยในอดีตส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก แต่ในปัจจุบันโรคเหล่านี้มีแนวโน้มลดลง โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นโรคไม่ติดต่อ⁽²⁾ โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนโรคเรื้อรังต่าง ๆ

จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ เปรียบเทียบระหว่างการสำรวจในปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วน และการลดลงของการออกกำลังกายในประชากรไทยอายุ 15 - 79 ปี⁽³⁾ จากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนกรุงเทพฯ ที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 33.42 สำหรับวิธีการออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เล่นกีฬา เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิค และฟิตเนส (ร้อยละ 33.99, 27.27, 14.11, 6.72 และ 5.73 ตามลำดับ) ขณะที่การออกกำลังกายตามแบบภูมิปัญญาตะวันออก ได้แก่ โยคะ รำไม้พลอง และไทเก๊กนั้น พบเพียงร้อยละ 1.00, 0.18 และ 0.11 ตามลำดับ ส่วนสถานที่ในการออกกำลังกายที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บ้าน สนาม กีฬาของสถานศึกษา และสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ (ร้อยละ 36.30, 14.03 และ 11.83 ตามลำดับ)⁽⁴⁾

จากการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น สามารถประมวลสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ⁽⁵⁾ ของประเทศ ในสังคมปัจจุบันประชากรในกรุงเทพมหานคร มีการออกกำลังกายน้อย และการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายนั้นยังพบน้อยมาก

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตภาษีเจริญ ซึ่งงานวิจัยนี้ อยู่ภายใต้แผนงานการวิจัยเพื่อพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อสุขภาพะ กรณีนารองเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ เพื่อสุขภาพะด้านการออกกำลังกายต่อไปและยังได้ภาพสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเข้าถึงของกลุ่มตัวอย่างในเขตภาษีเจริญ ในด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเห็นคุณค่าของกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

วิธีการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยทำการศึกษาชุมชนในพื้นที่เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 7 แขวง ได้แก่ แขวงบางหว้า บางด้วน บางแวก ปากคลองภาษีเจริญ คลองขวาง บางจาก และคูหาสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ประชากรทุกวัย ในชุมชนเขตภาษีเจริญ กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจเชิงปริมาณใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มคลัสเตอร์ (cluster or area sampling) ตามรายแขวง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของยามาเน⁽⁶⁾ (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 0.5 เมื่อได้ขนาดตัวอย่างแล้วนำมาคำนวณสัดส่วนประชากรรายแขวงทั้ง 7 แขวง โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ และใช้การสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling) ในชุมชนแขวงต่าง ๆ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 399 ราย คำนวณสัดส่วนประชากรรายแขวงโดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ ได้จำนวนตัวอย่างเป็นรายแขวงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ขนาดตัวอย่างรายแขนง

แขนง	รายแขนง (N)	เทียบบัญญัติ ไตรยางค์	รายแขนง ($\Sigma n = 399$)
บางหัว	38,241	รายแขนง = $\frac{N \text{ รายแขนง} \times \Sigma n}{\Sigma N}$	117
บางด่วน	30,131		92
บางแวก	19,122		59
ปากคลองภาษีเจริญ	16,858		52
คลองขวาง	10,889		33
บางจาก	8,136		25
คูหาสวรรค์	7,053		22
รวม (Σ)	130,430		400

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ, ส่วนที่ 2 แบบสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 29 ข้อ ดังนี้ ส่วน 2.1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ รวมจำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 2.2 ทศนคติ การรับรู้และปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามเลือกตอบแสดงความคิดเห็น 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 21 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นประจำแต่ไม่สม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ

คุณภาพของแบบสอบถาม ภายหลังจากผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามแล้วได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและส่งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาความเหมาะสม

หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.8988

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ คือติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการและนัดหมายวันเวลาที่ชุมชนสะดวกหลังจากนั้นเตรียมความพร้อมทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งได้แก่นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม โดยการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางเก็บข้อมูล และการทำความเข้าใจต่อข้อคำถามต่าง ๆ ในแบบสอบถาม และไปพบกลุ่มตัวอย่างในชุมชนต่าง ๆ ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกับประธานชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยจะเก็บรักษาข้อมูลรายบุคคลไว้เป็นความลับและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีและให้ความยินยอมแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ โดยคำนึงถึงจริยธรรมการทำวิจัยและพิทักษ์สิทธิ

น้อย ค่าเฉลี่ย 1.68 – 3.34 แปลผล ปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.35 – 5.00 แปลผล มาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ (analytic statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ สถิติ *t* - test และ *F* - test และในส่วนของการตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4 แปลผลดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0.00 – 1.67 แปลผล

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าร้อยละของแต่ละตัวแปร ที่พบมากที่สุดดังนี้ เพศชาย (ร้อยละ 65.4) อายุช่วง 51 - 70 ปี (ร้อยละ 35.6) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.5) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 49.3) อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ (ร้อยละ 34.2) รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 61.3) ที่พักอาศัยเป็นบ้าน ตนเอง (ร้อยละ 72.5) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 404)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย/หญิง	264/140	65.4/34.6
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	45	11.1
21 - 30	30	7.4
31 - 40	62	15.4
41 - 50	68	16.8
51 - 60	72	17.8
61 - 70	72	17.8
70 ปีขึ้นไป	55	13.7
สถานภาพสมรส		
โสด/สมรส/หย่าร้าง/ หม้าย	98/264/11/31	24.3/65.5/2.7/7.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	16	3.8
ประถมศึกษา	198	49.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	124	30.7
อนุปริญญา/ปวส.	20	4.8
ปริญญาตรี	45	11.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	1.8
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	32	7.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	83	20.6
นักเรียน/นักศึกษา	47	11.7
รับจ้างทั่วไป	86	21.3
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	138	34.2
ว่างงาน	8	2.0
อื่นๆ	2	0.5

ตารางที่ 2. (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 404)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	247	61.3
10,000 - 14,999 บาท	95	23.5
15,000 - 19,999 บาท	28	6.7
ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป	34	8.5
ที่พักอาศัย		
บ้านตนเอง	293	72.5
บ้านเช่า	68	16.8
พักอาศัยกับบิดามารดา	37	9.2
พักกับบุคคลอื่น	6	1.5

ทัศนคติต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 1.13$) การรับรู้ต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($= 3.31$, $SD = 1.17$) และระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($= 3.10$, $SD = 1.37$) ดังตารางที่ 3

ระดับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ท่านเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัยของท่าน ($= 3.63$) รองลงมาได้แก่ ท่านเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ถนัด ชอบ เพื่อ

สร้างเสริมสุขภาพ ท่านเริ่มออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่เบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย และท่านสามารถปรับเปลี่ยนประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสถานที่และเวลาว่างของท่าน ($= 3.53$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านมีการวางแผนหรือจัดสรรช่วงเวลาในการออกกำลังกาย ($= 3.30$) ดังตารางที่ 4

ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทัศนคติรวมต่อการออกกำลังกาย ระดับการรับรู้ รวมต่อการออกกำลังกาย และระดับความคิดเห็นรวมต่อปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย

ตัวแปรอิสระ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	2.92	1.13	ปานกลาง
การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	3.31	1.17	ปานกลาง
ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย	3.10	1.37	ปานกลาง

ตารางที่ 4. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย

พฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย	ระดับพฤติกรรม					ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
1. การดำรงชีวิตประจำวันส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการออกกำลังกาย	97 (24.0)	122 (30.2)	94 (23.3)	46 (11.4)	45 (11.1)	1.281	มาก
2. ทำนออกกำลังกายทุกวันสม่ำเสมอ	80 (19.8)	119 (29.5)	90 (22.3)	83 (20.5)	32 (7.9)	1.233	ปานกลาง
3. ทานมีการสำรวจตนเองสม่ำเสมอร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย	90 (22.3)	131 (32.4)	103 (25.5)	50 (12.4)	30 (7.4)	1.185	มาก
4. ทานมีการวางแผนหรือจัดสรรช่วงเวลาในการออกกำลังกาย	84 (20.8)	104 (25.7)	103 (25.5)	73 (18.1)	40 (9.9)	1.265	ปานกลาง
5. ทานเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย อดทน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	96 (23.8)	129 (31.9)	100 (24.8)	49 (12.1)	30 (7.4)	1.195	มาก
6. ก่อนการออกกำลังกายทานมีการปรับสภาพร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกายอย่างถูกต้อง	92 (22.8)	123 (30.4)	106 (26.2)	54 (13.4)	29 (7.2)	1.191	มาก
7. ทานออกกำลังกายโดยใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีและสัปดาห์ละ 3 วัน	97 (24.0)	119 (29.5)	97 (24.0)	58 (14.4)	33 (8.2)	1.234	มาก
8. ในแต่ละครั้งทานออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยพอสมควร	94 (23.3)	136 (33.7)	86 (21.3)	58 (14.4)	30 (7.4)	1.211	มาก
9. ทานเริ่มออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่เบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย	98 (24.3)	133 (32.9)	85 (21.0)	58 (14.4)	30 (7.4)	1.218	มาก
10. ทานออกกำลังกายโดยปฏิบัติตามวิธีการปฏิบัติของอุปกรณ์	90 (22.3)	109 (27.0)	102 (25.2)	63 (15.6)	40 (9.9)	1.265	มาก
11. ทานสามารถปรับเปลี่ยนประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพสถานที่และเวลางาน	93 (23.0)	133 (32.9)	96 (23.8)	56 (13.9)	26 (6.4)	1.178	มาก
12. ทานเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัยของท่าน	101 (25.0)	142 (35.1)	91 (22.5)	46 (11.4)	24 (5.9)	1.155	มาก
รวม						1.218	มาก

ตารางที่ 5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของคนชุมชนในเขตภาษีเจริญ

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย	
	<i>r</i>	<i>P</i> - value
ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	0.313	< 0.001
การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	0.314	< 0.001
ปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย	0.420	< 0.001

อภิปรายผล

จากตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาข้างต้นสามารถเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของดลนภา สว่างโรจน์⁽⁷⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ปัจจัยสนับสนุนจากปัจจัยภายในตน ได้แก่ ความต้องการทางด้านสุขภาพ และความต้องการทางด้านจิตใจสังคม ส่วนปัจจัยสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การไม่มีภาระ รูปแบบการออกกำลังกายที่ตรงกับความต้องการ สถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม และแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น^(8, 9)

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายจากผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัย รองลงมาได้แก่ การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ปลอดภัย ชอบ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ, การเริ่มออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่เบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย และสามารถปรับเปลี่ยนประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสถานที่และเวลาว่าง จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นอธิบายได้ว่าร่างกายมนุษย์ถูกสร้างขึ้นมาให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อความเจริญเติบโต

และรักษาสภาพการทำงานที่ดีเอาไว้ การเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสมรรถภาพทางกายหรือสุขภาพ⁽¹⁰⁾ แต่ยังเป็นสาเหตุของความผิดปกติของร่างกายและโรคภัยหลายชนิดที่ป้องกันได้⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่พบมากในปัจจุบัน ในทางการแพทย์การออกกำลังกายอาจเปรียบได้กับยาสารพัดประโยชน์ เพราะใช้เป็นยาบำรุงก็ได้ เป็นยาป้องกันก็ได้ และเป็นยาบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายก็ได้ แต่ขึ้นชื่อว่ายาแล้วไม่ว่าจะวิเศษ เพียงไรก็ต้องใช้ด้วยขนาดหรือปริมาณที่เหมาะสมกับคนแต่ละคน การใช้โดยไม่คำนึงถึงขนาดหรือปริมาณที่เหมาะสม นอกจากอาจไม่ได้ผลแล้วยังอาจเกิดโทษจากยาได้ด้วย การออกกำลังกายให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพ คือ การจัดชนิดของความหนัก ความนาน และความบ่อยของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศ วัย สภาพร่างกาย สภาพแวดล้อม และจุดประสงค์ของแต่ละคน เปรียบได้กับการใช้ยาซึ่งถ้าหากสามารถจัดได้เหมาะสมก็ให้คุณประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจได้เช่นกัน⁽¹¹⁾ เช่นเดียวกับแนวคิดของสุขพัชรา ชัมเจริญ⁽¹²⁾ อธิบายไว้ว่าการออกกำลังกายเป็นวิถีธรรมชาติที่ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายต้องทำงานมากกว่าปกติโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบโครงสร้าง ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจและระบบประสาท ซึ่งจะต้องทำงานความสัมพันธ์กันด้วยความเหมาะสม จากผลการศึกษาสามารถเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของ สุรพล มั่นภาวนา⁽¹³⁾ ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชาชนที่มาออกกำลังกาย ณ ลานกีฬาในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2547 ผลการศึกษพบว่า

พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับงานวิจัยของสถาพร แก้วจันทิก⁽¹⁴⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายของผู้ที่มามีออกกำลังกาย ณ ศูนย์สุขภาพ จังหวัดเพชรบุรี พบว่าพฤติกรรมออกกำลังกายส่วนใหญ่ร้อยละ 52.0 นิยมวิ่งเหยาะ ๆ มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ร้อยละ 58.0 และจะออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยพอประมาณ ร้อยละ 72.0

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของคนชุมชนในเขตภาษีเจริญ คนชุมชนในเขตภาษีเจริญที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ที่พักอาศัย แตกต่างกันไปมีพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้คนชุมชนในเขตภาษีเจริญทุกเพศ ทุกวัย มีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับดีมาก โดยคนชุมชนในเขตภาษีเจริญเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัย การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่ง่าย ปลอดภัย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การเริ่มออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่เบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย และสามารถปรับเปลี่ยนประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสถานที่และเวลว่าง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของวารี สายันนะ⁽¹⁵⁾ อธิบายไว้ว่าในการออกกำลังกายแต่ละครั้งถ้าต้องการให้ได้ประโยชน์สูงสุด ผู้ออกกำลังกายควรมีหลักปฏิบัติเพื่อความเหมาะสมพอดี คือ (1) ผู้ออกกำลังกายมีความจำเป็นต้องทราบว่าควรออกกำลังกายเท่าใด จึงจะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายและได้ผลดีที่สุด โดยปกติเราใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัววัดความหนักของงาน ถ้าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อัตราการเต้นของหัวใจของผู้ออกกำลังกายควรอยู่ในอัตราร้อยละ 70 – 80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (2) ความนานของการออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ละครั้ง โดยทั่ว ๆ ไปควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 – 30 นาที โดยให้อัตราการเต้นของหัวใจคงที่ (ตามการคำนวณได้

ในข้อ 1) ไปตลอดเวลานั้น และควรออกกำลังกายเป็นเวลาเดียวกันทุกครั้ง และ (3) ความบ่อยของการออกกำลังกาย ความเหมาะสมในการออกกำลังกายแบบแอโรบิคในหนึ่งสัปดาห์นั้น ควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 วัน และไม่เกิน 6 วัน และควรมีวันพักผ่อนสัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 1 วัน

จากตารางที่ 5 ทศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้สามารถเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของธนวิทย์ ทำนาเมือง⁽¹⁶⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติของผู้รับผิดชอบงานออกกำลังกาย ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการศึกษา พบว่าช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นช่วงกลางวันทำให้มีความยากลำบากในการพบกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไปทำงานเป็นส่วนใหญ่ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ คือ ควรมีศึกษาพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกายของคนภาษีเจริญโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางในการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชากรในประเทศไทยต่อไป

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทศนคติต่อการออกกำลังกาย การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และปัจจัยสนับสนุนการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมและการเข้าถึงการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Buchman AS, Wilson RS, Yu L, James BD, Boyle PA, Bennett DA. Total daily activity declines more rapidly with increasing age in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;58:74-9.
- Lorga T, Aung MN, Naunboonruang P, Junlapeeya P, Payaprom A. Knowledge of communicable and noncommunicable diseases among Karen ethnic high school students in rural Thasongyang, the far northwest of Thailand. *Int J Gen Med* 2013;6:519-26.
- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ดิเรก ขำแป้น, กุลพิมล เจริญดี. แนวโน้มปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2548 - 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย. 2561. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss/>].
- สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชาชน พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.ย. 2561. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/18375/20283].
- Mansanguan C, Matsee W, Petchprapakorn P, Kuhakasemsin N, Chinnarat N, Olanwjitwong J, et al. Health problems and health care seeking behavior among adult backpackers while traveling in Thailand. *Trop Dis Travel Med Vaccines* 2016;2:9.
- Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
- ดลนภา สร้างไธสง. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- Theodoropoulou E, Karteroliotis K, Stavrou N. Validity and reliability of Greek versions of two scales assessing family and friend support for exercise behaviour. *Percept Mot Skills* 2014;118:26-40.
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, 2010.
- Vital TM, Stein AM, de Melo Coelho FG, Arantes FJ, Teodorov E, Santos-Galduroz RF. Physical exercise and vascular endothelial growth factor (VEGF) in elderly: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;59:234-9.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
- สุพัตรา ชิมเจริญ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ประสานมิตร; 2546.
- สุพล มั่นภาวนา. พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนที่มาออกกำลังกาย ณ ลานกีฬาในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2547 [ปริญญาานิพนธ์ปริญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
- สถาพร แฉวจันทิก. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายของผู้ที่ออกกำลังกาย ณ ศูนย์สุขภาพจังหวัดเพชรบุรี [ปริญญาานิพนธ์ปริญาการศึกษามหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 2548.
- วารี สายันนะ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญาศิลปศาสตรบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2546.
- ธนาวิทย์ ทำนาเมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานออกกำลังกายของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.

Original article

Quality of sleep and its associated factors in patients with major depressive disorder at Out Patients Department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Thitima Narongsak¹Chotiman Chinvararak^{2,*} Thitima Sanguanvichaikul³

Abstract

Background: Poor sleep quality is a common symptom among patients with major depressive disorder, which increases treatment duration, disease severity and relapse rate. However, there are limited studies on sleep quality among these patients in Thailand.

Objectives: To explore the sleep quality and its associated factors in patients with major depressive disorder (MDD) at Out Patients Department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Methods: This is a cross-sectional and descriptive study utilizing the information from 187 MDD out patients at the institute. The data were collected by a series of questionnaires to elicit general demography. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), dysfunction belief and attitude about sleep (DBAS-16). Sleep Hygiene behavior questionnaire and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). The results were analyzed by descriptive statistics, Chi - square test and multivariate multiple logistic regression.

Results: In all, 72.2 % of the respondents were women with the mean age of 44.1 ± 14.9 years. The prevalence of poor-quality sleep was 74.3%, 37.4% responded to symptoms of severe depression. They also exhibited high erroneous understanding about sleep (66.8%), and only 39.6% followed proper sleep hygiene. Factors found associated with sleep quality were, namely: age, marital status, alcohol use, tobacco-use, caffeine usage, exercise, environment, level of income, the severity of depressive symptoms, concurrent medications, sleep hygiene practice and attitude and beliefs about sleep. Factors that could determine the quality of sleep were moderate to severe depressive symptoms, level of brightness, high-level of inaccurate attitude and belief about sleep, alcohol usage and low income.

Conclusion: Most of the respondents reported inadequate quality of sleep, high-level of inaccurate attitude and belief about sleep, and low sleep hygiene. The associated and predictive factors of poor sleep quality were moderate to severe depressive symptoms, high-level of inaccurate attitude and belief about sleep, level of brightness, alcohol use and low income. A better understanding of these factors, especially attitude and belief about sleep and sleep hygiene, could help improve the quality of sleep in similar patients.

Keywords: Major depressive disorder, sleep quality, dysfunction belief and attitude about sleep, sleep hygiene.

*Correspondence to: Chotiman Chinvararak, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: March 15, 2018.

Revised: May 10, 2018

Accepted: July 25, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

³Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ฉบับ

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ธิติมา ณรงค์ศักดิ์¹

โชติมันต์ ชินวราวัณ² จูติมา สงวนวิชัยกุล³

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค ระดับความรุนแรงของโรค และมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง แต่ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังมีอยู่จำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการทำวิจัย: เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 187 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติไคสแควร์ และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติก

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.1 ± 14.9 ปี ร้อยละ 72.2 เป็นเพศหญิง พบความชุกคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 74.3 ประมาณหนึ่งในสามมีอาการซึมเศวรารุนแรง ร้อยละ 37.4 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ ร้อยละ 39.6 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง ร้อยละ 66.8 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวนยานอนหลับที่ได้รับในปัจจุบัน พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศวราระดับปานกลางหรือรุนแรง แสงสว่างในห้อง ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ

สรุป: การให้ความรู้ทางสุขวิทยาการนอนหลับอย่างถูกต้อง รวมถึงการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ ช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, คุณภาพการนอนหลับ, ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ, สุขวิทยาการนอนหลับ.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ซึ่งในปี พ. ศ. 2433 องค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดและธนาคารโลก ที่ศึกษาภาระโรคของโรคซึมเศร้า โดยวัดจากความสูญเสียของจำนวนปีที่ย่างชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (DALYs) พบว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิตเป็นลำดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด⁽¹⁾ ซึ่งโรคดังกล่าวมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนเท่ากับ 61405 ราย พ.ศ. 2554 มีจำนวนเท่ากับ 186,651 ราย และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 223,564 ราย ในปี พ.ศ. 2556⁽²⁾

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 60 - 75 มีอาการนอนไม่หลับ^(3, 4) ซึ่งปัญหาการนอนหลับจะส่งผลให้เพิ่มระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษาโรค และมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนหลับมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ⁽⁶⁾ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ เพศ จำนวนโรคทางกาย⁽⁷⁾ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽⁸⁾ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต⁽⁹⁾ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า⁽⁸⁾ ระดับความเครียด⁽¹⁰⁾ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ⁽¹¹⁾

ปัญหาการนอนหลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย แต่ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีอยู่จำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรอง การประเมินปัญหาการนอนหลับและเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บตัวอย่างในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 187 ราย เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-V ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder หรือ dysthymia) โรคซึมเศร้าที่เกิดจากภาวะทางกาย (depressive disorder due to another medical condition) หรือโรคซึมเศร้าที่เกิดจากสารหรือยา (substance/medication-induced depressive disorder) รวมถึงมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ดังนี้ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (mental retardation) โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคจิต (psychosis) เช่น จิตเภท (schizophrenia) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) โรควิตกกังวล ได้แก่ generalized anxiety disorder, panic disorder และ phobia โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) โรคปัญหาทางจิตใจในผู้ประสบภัย และโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (acute stress disorder/post-traumatic stress disorder)

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.408/2017) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 027/2560 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้จากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงสว่าง เสียงรบกวนจากภายในและภายนอกห้อง อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาว) กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน ผ้าห่ม เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ⁽¹²⁾ คือ ดัชนีวัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ เครื่องมือมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 89.6 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86.5 และมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8 ซึ่งแบ่งคุณภาพการนอนหลับโดยผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน คือ มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน คือ มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า⁽¹³⁾ ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย นันทิกา ทิวาชาติ และคณะ แบบสอบถามนี้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความเกี่ยวข้องระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ HRSD เท่ากับ 0.71 ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตามค่าคะแนนโดยผู้ที่มีระดับคะแนน 0-13 คือ มีภาวะ minimal depression, 14-9 คือ มีภาวะ mild depression, 20-28 คือ มีภาวะ moderate depression และ 29-63 คือ มีภาวะ severe depression

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽¹⁴⁾ (Dysfunction belief and attitude about sleep: DBAS-16) เป็นแบบประเมินของ Morin และคณะ ซึ่งพัฒนาฉบับภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง ด้วยวิธี back translate ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็น Visual analog scale โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8 มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ซึ่งผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 0 - 3.8 คือ มี

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 3.9 - 10 คะแนน คือ มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽¹⁵⁾ ของพัทรีญา แก้วแพง ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.74 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66 คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00 คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS for window version 21.0 นำเสนอ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอธิบายโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Chi-square test ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยแบบจำลอง multiple logistic regression เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 อยู่ในวัยอายุ 18 - 40 ปี ร้อยละ 45.5 มีอายุเฉลี่ย 44.1 ± 14.9 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 42.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 57.2 มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.9 มีประวัติการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.6 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.4 มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.8 ± 3.5 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ร้อยละ 71.1 นอกจากนี้ยังได้รับยาในกลุ่มคลายกังวลหรือยานอนหลับ ร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ร้อยละ 12.8 และเคยรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ร้อยละ 2.7

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	52	27.8	รายได้		
หญิง	135	72.2	(min = 0, max = 60,000 median = 10,000)		
อายุ (อายุเฉลี่ย 44.1 ± 14.9 ปี)			< 10,000 บาท	103	55.1
18 – 40 ปี	85	45.5	10,000 – 20,000 บาท	34	18.2
41 – 59 ปี	69	36.9	20,001 - 30,000 บาท	23	12.2
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	33	17.6	30,001 – 40,000 บาท	13	7.0
สถานภาพ			> 40,000 บาท	14	7.5
โสด	77	41.2	อาชีพ		
หม้าย/หย่า/แยก	30	16.0	ไม่ประกอบอาชีพ	61	32.6
สมรส	80	42.8	รับจ้าง	30	16.0
ระดับการศึกษา			เกษตรกรรวม	4	2.1
ไม่เรียนหนังสือ	5	2.7	รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	19	10.2
ประถมศึกษา	33	17.5	พนักงานบริษัทเอกชน	22	11.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	12.3	ธุรกิจส่วนตัว	46	24.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช	28	15.0	อื่นๆ	5	2.7
อนุปริญญา/ปวส	11	5.9	รายได้เพียงพอ	107	57.2
ปริญญาตรี	74	39.6	มีโรคประจำตัวทางกาย	103	55.1
สูงกว่าปริญญาตรี	13	7.0	จำนวนโรคทางกาย		
การออกกำลังกาย			ไม่มี	84	44.9
ไม่ออกกำลังกาย	101	54.0	1 โรค	62	33.2
ออกกำลังกาย 1 - 4 วัน	69	36.9	2 โรค	24	12.8
ออกกำลังกาย 5 - 7 วัน	17	9.1	3 โรค	17	9.1
ระดับอาการซึมเศร้า			ชนิดของยาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ระดับน้อยมาก	52	27.8	Antidepressants		
ระดับน้อย	23	12.3	Tetracyclic	22	11.8
ระดับปานกลาง	42	22.5	Tricyclic	39	20.9
ระดับรุนแรง	70	37.4	SSRIs	133	71.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เฉลี่ย 2.8 ± 3.5 ปี)			SARIs	21	11.2
น้อยกว่า 1 ปี	79	42.2	SNRIs	4	2.1
1 – 5 ปี	71	38.0	Antipsychotics		
6 – 10 ปี	23	12.3	Atypical	24	12.8
มากกว่า 10 ปี	14	7.5	Typical	20	10.7
มีประวัติการฆ่าตัวตาย	46	24.6	Hypnotics and anxiolytic	139	74.3
มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์	140	74.9	มีประวัติเป็นผู้ป่วยใน	24	12.8
มีประวัติการสูบบุหรี่	142	75.9	แผนกจิตเวช		
มีประวัติดื่มคาเฟอีน	75	40.1	มีประวัติได้รับการรักษา	5	2.7
			ด้วยไฟฟ้า		

2. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และข้อมูลความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 74.3 มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.6 และมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ระดับสูง ร้อยละ 66.8 ดังตารางที่ 2

3. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน การออกกำลังกาย ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน แสงสว่าง เสียงรบกวน อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ การพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับ		
ดี	48	25.7
ไม่ดี	139	74.3
พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ		
ระดับต่ำ	74	39.6
ระดับปานกลาง	59	31.5
ระดับสูง	54	28.9
ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ		
ระดับต่ำ	62	33.2
ระดับสูง	125	66.8

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	นอนไม่ดี (n = 139)		นอนดี (n = 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
น้อยกว่า 60 ปี	119	77.3	35	22.7	3.96	0.047*
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	20	60.6	13	39.4		
สถานภาพ						
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	88	82.2	19	17.8	8.21	0.004**
สมรส	51	63.7	29	36.3		

ตารางที่ 3. (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	นอนไม่ดี (n = 139)		นอนดี (n = 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	70	65.4	37	34.6	10.41	0.001**
ไม่เพียงพอ	69	86.3	11	13.7		
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	84	83.2	17	16.8	8.99	0.003**
ออกกำลังกาย	55	64.0	31	36.0		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่มี	29	61.7	18	38.3	5.25	0.022*
มี	110	78.6	30	21.4		
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่มี	27	60.0	18	40.0	6.38	0.012*
มี	112	78.9	30	21.1		
ประวัติดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน						
ไม่มี	72	64.3	40	35.7	14.77	< 0.001**
มี	67	89.3	8	10.7		
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า						
น้อยมากถึงน้อย	37	49.3	38	50.7	41.01	< 0.001**
ปานกลางถึงรุนแรง	102	91.1	10	8.9		
จำนวนยาด้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน						
1 ชนิด	4	57.1	3	42.9	1.13	0.02*
2 ชนิดขึ้นไป	135	75.0	45	25.0		
ความสว่าง/มืด						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	58	61.1	37	38.9	17.85	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	81	88.8	11	11.2		
เสียงรบกวน						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	36	55.4	29	44.6	18.75	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	103	84.4	19	15.6		
อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	28	54.9	23	45.1	13.86	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	111	81.6	25	18.4		
กลิ่นอับไม่พึงประสงค์						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	67	67.7	32	32.3	4.88	0.027*
รบกวนการนอนหลับ	72	81.8	16	18.2		

ตารางที่ 3. (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	นอนไม่ดี (n = 139)		นอนดี (n = 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	65	63.7	37	36.3	13.23	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	74	87.1	11	12.9		
พฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ						
ระดับต่ำ	69	93.2	5	6.8	43.26	< 0.001**
ระดับปานกลาง	47	79.7	12	20.3		
ระดับสูง	23	42.6	31	57.4		
ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ						
ระดับต่ำ	28	45.2	34	54.8	41.37	< 0.001**
ระดับสูง	111	88.8	14	11.2		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัยที่ศึกษา ^a	b	S.E. (b)	P - value	Adjusted OR (95% CI)
ความรุนแรงอาการซึมเศร้า				
ระดับปานกลางถึงรุนแรง	2.44	0.51	<0.001**	11.52 (4.23 – 31.40)
ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ				
ระดับสูง	1.74	0.46	<0.001**	5.68 (2.32 - 13.87)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.40	0.53	0.008**	4.06 (1.43 - 11.50)
สิ่งแวดล้อมและกายภาพ				
แสงสว่าง/มีเตียงในห้อง	1.32	0.483	0.006**	3.74 (1.45 - 9.65)
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	1.76	0.52	0.023*	3.42 (1.17 - 8.95)

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, ^a ตัวแปรที่ถูกควบคุมอิทธิพลในการวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ, สถานภาพ, ความเพียงพอของรายได้, การออกกำลังกาย, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน, ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า, จำนวนยาที่ได้รับ, พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 74.3 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 60 ปีขึ้นไป พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร้อยละ 81.2 โดยพบผู้ป่วยซึมเศร้ามีระยะหลับลึกลดลง⁽¹⁰⁾ ทำให้นอนไม่หลับ ตื่นง่าย นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับพบมากในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าอาจมีปัญหาการนอนมากกว่า อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ซึ่งพบความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนหลับอยู่ในช่วงร้อยละ 60 - 75 ด้วย^(3, 4)

อายุ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo S. และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นโครงสร้างการนอนหลับจะเปลี่ยนไป อาจเกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมองและเซลล์ที่ควบคุมจังหวะการนอนหลับ ทำให้การนอนหลับระยะหลับลึกลดลง จึงถูกกระตุ้นให้ตื่นได้ง่าย⁽¹⁷⁾

สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าสถานภาพสมรสเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งลดความเครียด ในทางกลับกันความบกพร่องของแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ความเพียงพอของรายได้ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งการมีรายได้ไม่เพียงพอทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้มีการกระตุ้นทางความคิด

และอารมณ์⁽²⁰⁾ จึงรบกวนการนอนหลับ

การออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยเว็นอน้อย 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน จะทำให้คุณภาพการนอนดีขึ้น โดยช่วยเพิ่มระยะหลับลึก และเพิ่มจำนวนระยะเวลาของการนอนทั้งหมด⁽²¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Helen S. และคณะ⁽²²⁾ พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง ช่วยเพิ่มระยะเวลาของการนอนทั้งหมดและระยะหลับลึก อีกทั้งลดระยะเวลาการหลับได้

สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา van Schroyen Lantman M. และคณะ⁽²³⁾ พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและมีความสัมพันธ์กับการง่วงนอนในเวลากลางวัน แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic และเพิ่มระดับ catecholamine จึงทำให้ตื่นบ่อย⁽¹⁷⁾ ส่วนการสูบบุหรี่ ซึ่งมีสารนิโคตินมีฤทธิ์ไปกระตุ้นระบบประสาทโดยไปเพิ่มระดับ catecholamine จึงเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ทำให้มีความรู้สึกตื่นตัวและนอนไม่หลับ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wetter DW. และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 1.2 - 2.6 เท่า ส่วนการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและไปยับยั้งการจับ adenosine ในสมอง ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่ให้เกิดการนอนหลับ ทำให้ไม่ง่วง จึงเพิ่มระยะเวลาก่อนหลับและจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างคืน⁽²⁵⁾

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยแสงสว่างเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา แยมมา และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับความมืด/ความสว่างภายใน

ห้องนอน โดยพบว่าความมืด/แสงสว่าง เกี่ยวข้องกับการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งจะกระตุ้นวงจรการนอนหลับ แต่ถ้ามีการกระตุ้นของแสงสีน้ำเงินและเขียวในเวลากลางวัน จะทำให้เกิดการเลื่อนของนาฬิกาชีวิตออกไป⁽²⁵⁾ เสี่ยงรบกวนขณะนอนและอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าเสียงที่ดังมากกว่า 45 เดซิเบล⁽²⁶⁾ และอุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียส⁽¹⁷⁾ ทำให้จำนวนระยะหลับลึกและระยะ REM ลดลง⁽²⁶⁾ ทำให้ตื่นบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัทรวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าเสียงและอุณหภูมิ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bell IR. และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่ากลิ่นสารเคมีที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ มี REM ลดต่ำลง และมีระยะเวลาของการเกิด REM เพิ่มขึ้น ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน พบว่าที่นอนที่นุ่มอาจก่อให้เกิดอาการปวดหลัง และที่นอนที่แข็งเกินไปอาจก่อให้เกิดอาการปวดในผู้ที่มีการข้ออักเสบ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobson BH. และคณะ⁽²⁸⁾ พบว่าการนอนที่นอนใหม่สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo S. และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับและการตื่นกลางคืนได้มากที่สุด ซึ่งอาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะ bidirectional คือ อาการซึมเศร้า ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่เดียวกันอาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า⁽²⁵⁾ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงส่งผลให้ลดระยะเวลาการเกิด REM latency ซึ่งเกิดจากมี NREM 3 หรือ SWS ลดลง ดังนั้นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงอาจส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับยากและตื่นบ่อย เนื่องจากอาการซึมเศร้าทำให้ระดับ monoamine oxidase สูงขึ้น ซึ่งมีผลทำลาย serotonin และ noradrenaline

ทำให้ลดต่ำลง โดย serotonin มีหน้าที่ในการควบคุมการนอนหลับ อุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต รวมถึงทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เมลาโท닌ทำงาน ดังนั้นเมื่อซีโรโทนินลดต่ำลง ทำให้เมลาโท닌ทำงานน้อยลง จึงส่งผลต่อวงจรการหลับ-ตื่น⁽²⁰⁾

จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อาจเป็นเพราะในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงมีแนวโน้มที่จะต้องเข้ายาในการรักษามากกว่า 1 ชนิด ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่ตอบสนองต่อยาเพียงตัวเดียว เช่น การรักษาแบบผสม คือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้าตั้งแต่ 2 ตัว ขึ้นไป⁽²⁹⁾ ยาต้านเศร้าแต่ละชนิดจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยยาในกลุ่ม SSRIs จะทำให้เกิด REM suppression ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาในการเกิด REM (REM latency) และลดจำนวนของ REM⁽³⁰⁾

สุขวิทยาการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสุขวิทยาการนอนหลับ คือแนวทางในการปฏิบัติที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมต่อการนอน⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิตา ชนะมณี และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าสุขวิทยาการนอน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับ

ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จีราพงษ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและสอดคล้องกับ Morin CM. ⁽³²⁾ ที่อธิบายว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีผลต่อการนอนหลับ โดยผ่านกลไกของความวิตกกังวล โดยครุ่นคิดถึงผลกระทบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ การรับรู้เช่นนี้จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและทำให้มีปัญหาการนอนหลับมากขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นความคิดซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความเครียดจึงรบกวนการนอนหลับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สุขวิทยาการนอนหลับ และความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนหลับ และการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ อาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ นอกจากนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การซักประวัติด้านปัญหาการนอนหลับ จะช่วยในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย พบว่าการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา จึงระบุได้เพียงความชุกของคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ รวมถึงถึงลักษณะของผู้ป่วยนอก และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาจจะส่งผลกับความชุกของคุณภาพการนอนหลับในการศึกษาต่อไปอาจทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytic study design) โดยทำการศึกษาคุณภาพการนอนหลับโดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะหลับ (polysomnography) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

สรุป

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ การปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านความกังวลที่เกี่ยวกับผลกระทบของการนอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ ช่วยลดความวิตกกังวลต่อการนอนไม่หลับ รวมถึงการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน ซึ่งควรงดการดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพราะสารคาเฟอีนและแอลกอฮอล์รบกวนการนอนหลับ

ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอนหลับนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยควรจัดให้ห้องนอนไม่มีแสงสว่างมารบกวน มีอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป และควรเจียบสงบไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าว พร้อมทั้งการปรับความคิดและพฤติกรรม อาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ลดอาการของโรคและช่วยลดโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การซักประวัติด้านปัญหาการนอนหลับ จะช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
2. สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกนันทน์. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2558.
3. Wilson S, Nutt DJ. Sleep disorders. New York: Oxford University Press; 2008.
4. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10:473-81.
5. Pigeon WR, Hegel M, Unutzer J, Fan MY, Sateia MJ, Lyness JM, et al. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep* 2008;31:481-8.
6. Asche CV, Joish VN, Camacho F, Drake CL. The direct costs of untreated comorbid insomnia in a managed care population with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin* 2010;26:1843-53.

7. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Yang SJ, Shin IS, Yoon JS. Insomnia, depression, and physical disorders in late life: a 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep* 2009;32: 1221-8.
8. Bluestein D, Rutledge CM, Healey AC. Psychosocial correlates of insomnia severity in primary care. *J Am Board Fam Med* 2010;23:204-11.
9. Gindin J, Shochat T, Chetrit A, Epstein S, Ben Israel Y, Levi S, et al. Insomnia in long-term care facilities: a comparison of seven European countries and Israel: the Services and Health for Elderly in Long TERM care study. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2033-9.
10. จุฑารัตน์ จิราพงษ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
11. Yamma C, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58:183-96.
12. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997; 42:123-32.
13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
14. จรรยา ฉิมหลวง. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2009.
15. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
16. Zuo S, McCabe MP, Mellor D, Xu Y. Sleep problems among clinically depressed adults in China. *J Ment Health* 2015;24:43-7.
17. Chairaj S, Panya P. Insomnia and related factors Thai J Nurs Counc 2005; 20:1-12.
18. Grav S, Hellzen O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2012;21: 111-20.
19. ณัฏวรรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
20. Pakanta I. Sleep problems and interventions. *J Nurs Sci Naresuan Univ* 2007;1:31-8.
21. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev* 2003;7:215-25.
22. Driver HS, Taylor SR. Exercise and sleep. *Sleep Med Rev* 2000;4:387-402.
23. van Schrojenstein Lantman M, Roth T, Roehrs T, Verster JC. Alcohol hangover, sleep quality, and daytime sleepiness. *Sleep Vigilance* 2017;1:37-41.
24. Wetter DW, Young TB. The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Prev Med* 1994;23:328-34.
25. กัลยา ปัญจพรผล, ประพันธ์ กิตติววิทย์กุล, นฤชา จิรกาลวสาน, มณฑิตา วีระวิกรม, วิชญ์ บรรณหิรัญ. เวชศาสตร์การนอนหลับขึ้นพื้นฐานสำหรับแพทย์พยาบาล นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560.
26. Muzet A. Environmental noise, sleep and health. *Sleep Med Rev* 2007;11:135-42.

27. Bell IR, Bootzin RR, Ritenbaugh C, Wyatt JK, DeGiovanni G, Kulinovich T, et al. A polysomnographic study of sleep disturbance in community elderly with self-reported environmental chemical odor intolerance. *Biol Psychiatry* 1996;40:123-33.
28. Jacobson BH, Boolani A, Smith DB. Changes in back pain, sleep quality, and perceived stress after introduction of new bedding systems. *J Chiropr Med* 2009;8:1-8.
29. ธวัชชัย ลิ้มพานาจ. โรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษา. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา; 2552.
30. Argyropoulos SV, Wilson SJ. Sleep disturbances in depression and the effects of anti-depressants. *Int Rev Psychiatry* 2005;17: 237-45.
31. Chanamanee P, Taboonpong S, Intanon T. Sleep quality and related factors among university students in southern Thailand. *Songkla Med J* 2006;24:163-73.
32. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav Res Ther* 2002;40:741-52.

Original article

Development of substance outcomes profile to determine consequences of substance use in methamphetamine users

Katsupa Jirakran¹

Rasmon Kalayasiri^{2,*}

Abstract

Background: Methamphetamine abuse is common in Thailand. Measuring the impact of substance use is essential. However, a tool for measuring the impact of substance use is not yet available in Thailand.

Objective: To determine the reliability of substance outcomes profile (SOP) in Thai version.

Methods: This study is a cross-sectional descriptive study. Data were collected from 106 methamphetamine users at both inpatient and outpatient settings, who were seen for the treatment of methamphetamine use at a substance abuse treatment center. Only patients who were seen for the first time within 1 week were recruited. The subjects were selected by purposive sampling. Data were collected during July – September 2017. Data collection instruments included socio-demographic questionnaire SOP. Data were analyzed using descriptive statistics and Cronbach's alpha coefficients.

Results: The results showed that SOP had the total reliability of 0.62 and 0.56. The reliabilities of each components were 0.174 - 0.570 and 0.201 - 0.410. The question with highest reliability was self-harm and the one with least reliability was harm to family members. No respondents were exposed to the risk behavior for injection.

Conclusion: The reliability of the SOP is moderate. Knowing the impact on each aspect can screen the risky groups and provide appropriate assistance to the groups accordingly.

Keywords: Methamphetamine, outcomes, profile, SOP.

*Correspondence to: Rasmon Kalayasiri, Department of Psychiatry, Faculty of medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

E-mail : Rasmon.K@chula.ac.th

Received: June 29, 2018

Revised: August 20, 2018

Accepted: November 1, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา

เกศสุภา จิระการณ¹

วิศมน กัลยาศิริ²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: เมทแอมเฟตามีนถือเป็นสารเสพติดที่มีการใช้จำนวนมากในประเทศไทย การวัดผลกระทบของการใช้สารเสพติดจึงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามยังไม่มีเครื่องมือวัดผลกระทบจากการใช้สารเสพติด สำหรับใช้ในการวัดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความเชื่อถือได้ของแบบประเมินผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ฉบับที่ดัดแปลงภาษาไทย

วิธีการทำวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนที่สถานบำบัดรักษารักษา แบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์ (purposive sampling) จำนวน 106 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และแบบประเมินผลกระทบจากการใช้สารเสพติด substance outcomes profile (SOP) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความเชื่อมั่นโดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

ผลการศึกษา: พบว่าแบบประเมินผลกระทบจากการใช้สารเสพติด มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับของกลุ่มนักร้องและกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.62, 0.56 ตามลำดับ มีค่าของแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.174 - 0.570, 0.201 - 0.410 ตามลำดับ ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าสูงที่สุดได้แก่ การทำร้ายตนเอง และมีค่าน้อยที่สุดได้แก่ การทำร้ายบุคคลในครอบครัว และไม่มีผู้ที่ตอบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฉีดสาร

สรุป: ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน SOP มีค่าปานกลาง การทราบผลกระทบที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: เมทแอมเฟตามีน, ผลกระทบ, แบบประเมิน.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารเสพติดถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่ก่อให้เกิดผลเสียต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในด้านของเศรษฐกิจ สังคม บุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงประเทศชาติ และด้านสาธารณสุข ซึ่งสารเสพติดส่งผลต่อผู้ที่เสพยาเสพติดโดยตรงในด้านของร่างกายและจิตใจ เช่น ส่งผลต่อระบบประสาท และส่งผลต่อจิตใจที่อาจทำให้มีโรคทางจิตเวชได้⁽¹⁾ ในปัจจุบันปัญหาสารเสพติดยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของประเทศโดยเห็นได้จากข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ ได้รายงานถึงสารเสพติดมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้เสพ ผู้ค้า ผู้ผลิต และมีรูปแบบที่หลากหลายขึ้นจากสถิติข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดของสถาบันธัญญารักษ์ พบจำนวนผู้ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ 2558 โดยรวมทั้งประเทศจำนวน 42,768 ราย และในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 45,516 ราย⁽²⁾

เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เป็นอนุพันธ์ที่เกิดจากการสังเคราะห์แอมเฟตามีนที่เป็นสารเสพติดที่มีความรุนแรงมีการใช้อย่างแพร่หลายเนื่องจากเมื่อได้รับสารเข้าสู่ร่างกายทำให้รู้สึกตื่นตัว⁽³⁾ เมทแอมเฟตามีนถือเป็นส่วนผสมหลักของยาบ้าที่มีการผลิตและใช้กันอย่างแพร่หลาย⁽⁴⁾ การใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการติดสารเมทแอมเฟตามีนถือว่ามีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และการที่ติดสารนี้อาจทำให้เกิดการก่ออาชญากรรม ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการคลุ้มคลั่ง เกิดภาพหลอนต่าง ๆ หวาดระแวง เป็นต้น⁽⁵⁾

ผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนนั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก อีกทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลกระทบของการใช้สารเสพติดสำหรับใช้ ในการวัดผลกระทบจากการใช้สารนั้นในประเทศไทยยังไม่มีมีการหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการพัฒนาและหาความเที่ยงตรงของแบบประเมินนี้เป็นเรื่องที่มีประโยชน์และอาจนำผลการศึกษาที่ได้ไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ

นำไปวางแผนหาแนวทางในการบำบัดผู้ที่ใช้สารเสพติดต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยปัญหาการใช้เมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์ แบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์ (purposive sampling) ซึ่งไม่มีการสุ่มตัวอย่างแต่ใช้วิธีในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกทุกรายของสถาบันธัญญารักษ์ที่เข้าตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่ตรงตามเกณฑ์คัดออก จนกว่าจะครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้จำนวนทั้งสิ้น 106 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2560 มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศ ชาย เข้ารับการบำบัดรักษาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่สถาบันธัญญารักษ์แบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกที่มาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และเกณฑ์การคัดออกเมื่อมีอาการทางจิต ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย IRB หมายเลขที่ 155/60

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และแบบประเมินผลกระทบจากการใช้สารเสพติด substance outcomes profile (SOP) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยจาก treatment outcomes profile (TOP) ของประเทศอังกฤษเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) โดยแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเพื่อให้ประเมินผลกระทบของการใช้สารเสพติดโดยรัศมีน กัลยาศิริ โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาที่มีรายละเอียดของแบบประเมินออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ด้านอาชญากรรม ด้านสุขภาพและหน้าที่ทางสังคม โดยถามย้อนกลับไปในภายใน 1 เดือนก่อนเข้ามารับการบำบัดรักษา มีการแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 4 สัปดาห์ จำนวน 28 วัน เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน รวม 4 สัปดาห์ เป็น 28 คะแนน มีการแบ่งข้อคำถามเป็นการตอบ ใช่ / ไม่ใช่ และมีการแบ่งการตอบเป็นระดับคะแนน ดี/ไม่ดี ในระดับ 0 - 20 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่ามีผลในระดับที่ต่ำ และ 20 คะแนน หมายถึง รู้สึกว่ามีผลในระดับที่ดี โดยการแปลผลพิจารณาจากค่าคะแนนที่ดีขึ้นหรือไม่ตลอดระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดรักษาโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนตั้งแต่สัปดาห์แรกจนครบทั้ง 4 สัปดาห์ ส่วนแบบสอบถามนี้ทำการเก็บข้อมูล 1 ครั้งช่วงเริ่มเข้ารับการบำบัดรักษาโดยหากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดในรูปแบบบังคับบำบัดจะดำเนินการสอบถามถึงผลกระทบช่วง 4 สัปดาห์ก่อนที่ถูกดำเนินคดีและเสนอผลเป็นข้อมูลคะแนนและสัดส่วนการตอบใช่/ไม่ใช่ ในแต่ละข้อคำถาม โดยแบบประเมินนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ผู้วิจัยใช้คำถามเหมือนกันทุกครั้งที่ในการสอบถามข้อมูลและทำการบันทึกข้อมูลตามคำตอบของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนในการพัฒนาแบบประเมินผลกระทบของการติดสารเสพติด ฉบับภาษาไทยดังนี้

1. นำแบบประเมินที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเสพติด จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้ดัชนี item objective congruence (IOC) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถามในแต่ละด้าน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 เมื่อ แน่ใจ ว่าข้อคำถามนั้น สอดคล้องกับคำนิยาม

0 เมื่อ ไม่แน่ใจ ว่าข้อคำถามนั้น สอดคล้องกับคำนิยาม

- 1 เมื่อ แน่ใจ ว่าข้อคำถามนั้น ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2. นำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันธัญญารักษ์ภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธภายใน (internal consistency) โดยวิเคราะห์ Cronbach's Alpha

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 83.0) มีอายุเฉลี่ย 29.6 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 36.8) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 51.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.5) จำนวนวันเฉลี่ยที่เข้ารับการบำบัดครั้งปัจจุบันประมาณ 4 วัน มีรูปแบบการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 84.9) ซึ่งมีการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ (ร้อยละ 59.4) และทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เป็น methamphetamine dependence (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดผลกระทบของการติดสารเสพติด substance outcomes profile ของกลุ่มนำร่อง

จากการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับจากกลุ่มนำร่องของแบบสอบถามแต่ละองค์ประกอบโดยใช้ค่า Corrected Item-Total Correlation มีค่าเท่ากับ 0.174 - 0.571 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าสูงที่สุดได้แก่ การทำร้ายตนเอง และมีค่าน้อยที่สุดได้แก่ การทำร้ายบุคคลในครอบครัว เมื่อดูค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.62 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ราย) (n = 106)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	88	83.0
หญิง	18	17.0
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 29.59 (6.78) ค่าต่ำสุด = 18, ค่าสูงสุด = 47		
≤ 20	13	12.3
21 - 30	44	41.5
> 30	49	46.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	24.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	36.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	22.6
ปวช/ปวส	13	12.3
ปริญญาตรี	4	3.8
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0
ไม่ได้ศึกษา	0	0.0
สถานภาพสมรส		
โสด	55	51.9
สมรส, คู่	37	34.9
หม้าย	0	0.0
หย่า, แยกกันอยู่	14	13.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) = 10,000 (8,875) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 120,000		
≤ 9,000	46	43.4
9,001 - 15,000	33	31.1
> 15,000	27	25.5
ความเพียงพอของรายได้ (n = 88)		
เพียงพอ	70	79.5
ไม่เพียงพอ	18	20.5
จำนวนวันที่เข้ารับการบำบัดครั้งปัจจุบัน (วัน) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 3.82 (2.49) ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 7		
รูปแบบการบำบัด		
ผู้ป่วยนอก	16	15.1
ผู้ป่วยใน	90	84.9
ประเภทการเข้ารับการบำบัด		
สมัครใจ	63	59.4
บังคับบำบัดโดยกฎหมาย	43	40.6
การวินิจฉัยโดยแพทย์		
Methamphetamine abuse	0	0.0
Methamphetamine dependence	106	100.0

ตารางที่ 2. แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ (จากกลุ่มนำร่อง) จำนวน 30 ราย

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ตอนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงการฉีด		
ฉีดด้วยเข็มหรือกระบอกที่ใช้โดยผู้อื่น	-	-
ฉีดใช้ช้อน น้ำ แผ่นกรองที่ใช้โดยผู้อื่น	-	-
ตอนที่ 3 อาชญากรรม		
ขโมยรถหรือของในรถ	-	-
ขโมยหรือปล้นทรัพย์สินชนิดอื่น ๆ	-	-
หลอกลวง ปลอมแปลงเอกสาร หรือ		
รับซื้อของที่ถูกขโมยมา	-	-
ทำร้ายร่างกาย หรือใช้ความรุนแรง	0.437	0.541
ทำร้ายบุคคลในครอบครัว	0.174	0.649
ตอนที่ 4 สุขภาพ และหน้าที่ทางสังคม		
การทำร้ายตนเอง	0.571	0.472
การใช้สารเกินขนาด	0.400	0.558
ปัญหาขับพละดันด้านที่อยู่อาศัย	0.335	0.600
เสี่ยงในการถูกไล่ออกจากที่อยู่	0.335	0.600
ค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทั้งฉบับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 11.07 (1.25)		
Cronbach's Alpha = 0.62		

การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดผลกระทบของการติดสารเสพติด Substance Outcomes Profile ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับจากกลุ่มตัวอย่างของแบบสอบถามแต่ละองค์ประกอบโดยใช้ค่า Corrected Item-Total Correlation มีค่าเท่ากับ 0.201 - 0.410 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าสูงที่สุด ได้แก่ เสี่ยงในการถูกไล่ออกจากที่อยู่ และมีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ การใช้สารเกินขนาด เมื่อดูค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.56 (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดผลกระทบของการติดสารเสพติด substance outcomes profile ของกลุ่มนำร่องและกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับจากทั้ง กลุ่มนำร่องและกลุ่มตัวอย่างของแบบสอบถามแต่ละองค์ประกอบโดยใช้ค่า Corrected Item-Total Correlation มีค่าเท่ากับ 0.171 - 0.414 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าสูงที่สุด ได้แก่ การทำร้ายตนเอง และมีค่าน้อยที่สุด ได้แก่ หลอกลวง ปลอมแปลงเอกสาร หรือรับซื้อของที่ถูกขโมยมา ค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.59 (ตารางที่ 4)

การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดผลกระทบของการติดสารเสพติด substance outcomes profile ของกลุ่มนำร่อง

จากการวิเคราะห์ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิของแบบสอบถามแต่ละองค์ประกอบโดยใช้ดัชนี Item objective congruence (IOC) มีค่าเท่ากับ 1 ซึ่งข้อคำถามที่ทุกข้อมีค่าเท่ากัน

ตารางที่ 3. แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับจำนวน 106 ราย

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ตอนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงการฉีด		
ฉีดด้วยเข็มหรือกระบอกที่ใช้โดยผู้อื่น	-	-
ฉีดใช้ช้อน น้ำ แผ่นกรองที่ใช้โดยผู้อื่น	-	-
ตอนที่ 3 อาชญากรรม		
ขโมยรถหรือของในรถ	-	-
ขโมยหรือปล้นทรัพย์สินชนิดอื่น ๆ	-	-
หลอกลวง ปลอมแปลงเอกสาร หรือ รับซื้อของที่ถูกขโมยมา	0.206	0.595
ทำร้ายร่างกาย หรือใช้ความรุนแรง	0.365	0.545
ทำร้ายบุคคลในครอบครัว	0.293	0.564
ตอนที่ 4 สุขภาพ และหน้าที่ทางสังคม		
การทำร้ายตนเอง	0.357	0.542
การใช้สารเกินขนาด	0.201	0.590
ปัญหาขับพละดันด้านที่อยู่อาศัย	0.396	0.527
เสี่ยงในการถูกไล่ออกจากที่อยู่	0.410	0.518
ค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทั้งฉบับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 13.29 (1.12)		
Cronbach's Alpha = 0.56		

ตารางที่ 4. แสดงค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับ (จากกลุ่มนำร่องและกลุ่มตัวอย่าง)
จำนวน 136 ราย

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ตอนที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยงการฉีด		
ฉีดด้วยเข็มหรือกระบอกที่ใช้โดยผู้อื่น	-	-
ฉีดใช้ช้อน น้ำ แผ่นกรองที่ใช้โดยผู้อื่น	-	-
ตอนที่ 3 อาชญากรรม		
ขโมยรถหรือของในรถ	-	-
ขโมยหรือปล้นทรัพย์สินชนิดอื่น ๆ	-	-
หลอกลวง ปลอมแปลงเอกสาร หรือ รับซื้อของที่ถูกขโมยมา	0.171	0.597
ทำร้ายร่างกาย หรือใช้ความรุนแรง	0.384	0.529
ทำร้ายบุคคลในครอบครัว	0.263	0.571
ตอนที่ 4 สุขภาพ และหน้าที่ทางสังคม		
การทำร้ายตนเอง	0.414	0.515
การใช้สารเกินขนาด	0.254	0.573
ปัญหาขับพละดันด้านที่อยู่อาศัย	0.358	0.539
เสี่ยงในการถูกไล่ออกจากที่อยู่	0.358	0.537
ค่าเฉลี่ยของข้อคำถามทั้งฉบับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 13.24 (1.15)		
Cronbach's Alpha = 0.59		

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อถือของเครื่องมือวัดผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ฉบับที่ดัดแปลงภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 30 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีสถานภาพโสด รายได้เฉลี่ย 10,000 บาท รูปแบบการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน และมีการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ เป็นข้อมูลพื้นฐานไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของ อังคณา ทองสม⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐ เด่นดวงบริพันธ์⁽⁷⁾ ที่มีข้อมูลพื้นฐานเช่นเดียวกัน และผู้ที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มีการติดสารเมทแอมเฟตามีนในระดับที่รุนแรง⁽⁸⁾

จากการศึกษาเพื่อหาความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ฉบับที่ดัดแปลงภาษาไทย (SOP) พบว่าในกลุ่มนำร่อง จำนวน 30 ราย เมื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามทั้งรายข้อและทั้งฉบับของแบบสอบถามแต่ละองค์ประกอบโดยใช้ค่า Corrected Item-Total Correlation มีค่าเท่ากับ 0.174 - 0.571 มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.62 ซึ่งมีข้อคำถามที่ไม่มีกลุ่มนำร่องตอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การฉ้อฉล และอาชญากรรมในด้านการขโมยของ ปล้นทรัพย์สิน และการหลอกลวง แต่ไม่สามารถตัดข้อคำถามเหล่านี้ออกไปได้ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีการใช้สารในระดับที่รุนแรงหรือเมื่อมีการติดสารอื่นนอกเหนือจากเมทแอมเฟตามีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในฉบับภาษาจีน เก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 ราย ไม่มีการตัดข้อคำถามใดออก พบว่ามีค่า Test-retest reliability เท่ากับ 0.65 - 0.95, inter-rater correlations (ICC) 0.7 - 0.9 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 - 0.88⁽⁹⁾ และในฉบับภาษาออสเตรเลียน (ATOP) มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.7 โดยข้อคำถามที่มีค่าสูงที่สุด ได้แก่ การทำร้ายตนเอง และไม่มีกลุ่มตัวอย่างตอบในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรม การฉ้อฉล และการขโมยหรือของในรถเช่นเดียวกัน⁽¹⁰⁾

การศึกษานี้ได้ศึกษาเฉพาะผู้ที่ติดเมทแอมเฟตามีนที่เข้ามารับการบำบัดรักษาที่ศูนย์รักษาท่านั้น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนของผู้ที่ติดเมทแอมเฟตามีนโดยทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และรูปแบบของการบำบัดรักษาอาจมีความแตกต่างกันระหว่างแต่ละสถานบำบัดรักษา และการประเมินความเที่ยง ความตรง อาจยังไม่ครอบคลุม ในด้านความเที่ยง อาจต้องทดสอบ test-retest เพิ่ม และความตรงเชิงโครงสร้างอาจต้องทำการทดสอบด้วย confirmatory factor analysis รวมถึงการประเมินเพิ่มเติมเรื่องความเที่ยง ความตรง ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น และการวิเคราะห์ค่าปกติในประชากรกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นเพื่อใช้เป็นค่าอ้างอิงต่อไป และเครื่องมือวัดผลกระทบของการติดสารเสพติดนี้สามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารอื่นได้ เนื่องจากในด้านของการใช้สารเสพติดมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดทุกชนิด นอกจากนั้นในการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีรักษาแบบบังคับ บำบัด และแบบสมัครใจบำบัด รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างผลกระทบก่อนการบำบัดรักษาและติดตามหลังการบำบัดรักษาว่าผล กระทบในการใช้สารเสพติดเป็นอย่างไร เพื่อที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าความเชื่อมั่นและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าแบบประเมินผลกระทบจากการใช้สารเสพติด ฉบับที่ดัดแปลงภาษาไทย ของกลุ่มนำร่องมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.62 ซึ่งมีข้อคำถามที่ไม่มีผู้ตอบเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การฉ้อฉล และอาชญากรรมในด้านการขโมยของ ปล้นทรัพย์สินและการหลอกลวง ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินในการศึกษารุ่นนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ในผู้ที่ใช้สารเสพติดทั่วไป และสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่เก็บกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่ติดสารเมทแอมเฟตามีนเช่นเดียวกันจำนวน 106 ราย พบว่ามี

ค่าความเชื่อมั่นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งการทราบผลกระทบที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านจะสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป อีกทั้งสามารถนำ SOP ไปใช้ในการติดตามผลจากการรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูผลสัมฤทธิ์ของการรักษาและนำไปปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. บรรจง สืบสมาน. โรคติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง. ใน: เกษม ตันติผลชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า. 618-51.
2. สถาบันธัญญารักษ์. จำนวนและร้อยละของข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จำแนกตามปีงบประมาณ 2557-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2377&Itemid=99.
3. สมภพ เรืองตระกูล. ยาเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกันได้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
4. สิริรักษ์ ศรีปัญญาพงศ์. ปัญหาทางจิตของผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
5. รัตนา สายพานิชย์, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ปัญหาจากการใช้สารเสพติด. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 98-9.
6. อังคณา ทองสม. เหตุการณ์สะเทือนขวัญ และการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีน ณ สถาบันธัญญารักษ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
7. ณัฐ เด่นดวงบริพันธ์. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันธัญญารักษ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
8. วรรณญา จิตรผ่อง, รัชมน กัลยาศิริ. ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
9. Wang M, Shen J, Liu X, Deng Y, Li J, Finch E, et al. Reliability and validity of the Treatment Outcome Profile among patients attending methadone maintenance treatment programs in Kunming, China. J Subst Abuse Treat 2017; 77:89-94.
10. Lintzeris N, Monds LA, Rivas G, Leung S, Withall A, Draper B. The Australian Treatment Outcomes Profile instrument as a clinical tool for older alcohol and other drug clients: A validation study. Drug Alcohol Rev 2016; 35:673-7.

Original article

Depression and associated factors in retired employees at Department of Internal Medicine, Outpatient Clinic, Metropolitan Electricity Authority Hospital

Ongkanok Sungprakorn¹
Sookjaroen Tangwongchai^{2,*}

Abstract

Background: Metropolitan Electricity Authority is one of the institutions facing increasing number of retired employees every year. Health problem would affect their emotion and mental wellbeing. Therefore, this leads to our curiosity in studying depression and associated factors in retired employees at the Department of Internal Medicine, Outpatient Clinic, Metropolitan Electricity Authority Hospital.

Objectives: To study the prevalence of depression and associated factors among retired employees at the Department of Internal Medicine, Outpatient Clinic, Metropolitan Electricity Authority Hospital.

Methods: One hundred and fifteen subjects were recruited into the study. They completed six self-reported questionnaires including: demographic data form, Thai Mental state Examination (TMSE), Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), 1-Year Life Event Question, Social Support Questionnaire and Social Participation of Elderly Questionnaires. SPSS was used to perform for the descriptive statistics; univariate analysis was applied to address the associated factors; and, logistic regression analysis was performed for calculating the odd ratio of the risk factors.

Results: The finding showed that most of the subjects were male (62.2%). The prevalence of depression among retired employees was 35.6%, 33.0% had mild depression and 2.6% had moderate depression. The factors associated with depression were male gender, age above 66 years, secondary school education, income less than 10,000 baht per month, unaffordable economic status and debt, members in family less than 3 persons, job position before retirement less than level 7, provident fund less than or equal 3 millions baht, income before retirement less than or equal to 60,000 baht per month, income after retirement less than or equal to 10,000 baht per month, having health problem with more than 2 diagnosis, diabetes mellitus, dyslipidemia, heart disease, kidney disease, benign prostatic hypertrophy and taking medication for the former disease, experiencing severe life stress event, low level of social support and low level of social participation. Logistic regression analysis showed that the risk factors of depression were: age above 66 years, job position before retirement less than level 7, diabetes mellitus, experiencing severe life stress event, and low level of social participation.

Conclusion: One-third of the subjects had depression. The factors associated with depression were age above 66 years, job position before retirement less than level 7, diabetes mellitus, experiencing severe life stress event, and low level of social participation.

Keywords: Depression, elderly, late life, old age, retired employee.

*Correspondence to: Sookjaroen Tangwongchai, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: July 2, 2018

Revised: September 10, 2018

Accepted: October 10, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุ การไฟฟ้านครหลวง ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง

อรกนก สังข์พระกร¹

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: การไฟฟ้านครหลวงเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่กำลังเผชิญกับจำนวนพนักงานเกษียณอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นในทุก ๆ ปี การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทย ที่ผ่านมามีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีภาวะโรคทางกายร่วมด้วย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ที่มีภาวะโรคทางกายร่วมด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง

วิธีการทำวิจัย: ศึกษาในพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง จำนวน 115 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมองเบื้องต้น แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วงหนึ่งปี แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ ใช้โปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา คำนวณสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 115 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี พบความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 35.6 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศชาย มีอายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาชั้นมัธยม รายได้ปัจจุบันน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าเท่ากับ 2 ราย ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับต่ำกว่าที่ 7 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพน้อยกว่าเท่ากับ 3 ล้านบาท รายได้ก่อนเกษียณอายุน้อยกว่าเท่ากับ 60,000 บาท/เดือน รายได้หลังเกษียณอายุน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค การเป็นโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคต่อมลูกหมากโต ได้รับการรักษาโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต การมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำ จากการวิเคราะห์พหุสัมพันธ์พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับที่ 7 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำ

สรุป: หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุมากกว่า 66 ปีขึ้นไป ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุต่ำกว่าที่ 7 การมีโรคประจำตัวเป็นมากกว่า 2 โรค มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, พนักงานเกษียณอายุ.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในปัจจุบัน พบว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว หรือแม้กระทั่งปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้ปัจจุบันมีประชากรป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตในปีพ.ศ. 2556⁽¹⁾ พบว่าคนไทยมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นประมาณร้อยละ 1.8 ของประชากรทั้งประเทศ

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้กับประชากรทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ นั้น เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกายที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ส่งผลให้วัยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าช่วงวัยอื่น ๆ จากรายงานในปี พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ๆ⁽²⁾ และจากผลการศึกษาของวลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ⁽³⁾ พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 ขณะที่ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง การเพิ่มความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยมากขึ้นตามไปด้วยการไฟฟ้านครหลวงเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่กำลังเผชิญหน้ากับสถานการณ์ปัญหาด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ และคาดว่าจะมีจำนวนพนักงานเกษียณอายุที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย

เมื่อสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจตามมา ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน หรือชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีโรคร่วมทางกาย จากเหตุผลข้างต้นจึงมีความสนใจศึกษาภาวะความซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวงที่มีโรคร่วมทางกาย คือ ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ของการไฟฟ้านครหลวงให้สอดคล้องกับความต้องการ มีความทั่วถึงและได้คุณภาพ เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ตัวพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวงต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานเกษียณ อายุตั้งแต่ 60 - 80 ปี ที่มาเข้ารับบริการ ที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 115 ราย การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 183/60 ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยตอบแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย จำนวน 17 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน 2) แบบประเมินสมองเบื้องต้นที่ประเมินด้วย Thai Mental State Examination (TMSE)⁽⁵⁾ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS)⁽⁶⁾ มีจำนวน 30 ข้อ พัฒนาโดยกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาและคณะ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 0 - 30 คะแนน โดย 0 - 12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13 - 18 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 19 - 24 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25 - 30 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง 4) แบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปี (1-Year Life Event Question) ของสมจิตร์ นครพานิช⁽⁷⁾ สร้างแบบสอบถามโดยอาศัยแนวทางของ Holmes และ Rahe แล้วนำมาปรับให้สอดคล้องสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมไทย ประกอบด้วยคำถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 43 ข้อ โดยแบ่งช่วงคะแนนโดยอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) ค่าคะแนนความเชื่อถือของเครื่องมือ 0.99 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer โดยฟิรพันธ์ ลือบุญวัชชัย⁽⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ

ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรและวัตถุ แต่ละส่วนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1 - 5 ตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนโดยอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation SD) ได้ทำการทดสอบแล้วพบว่ามีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 6) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นโดย เพ็ญศรี หลินสุนนท์⁽⁹⁾ มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละส่วนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย จริงเล็กน้อย จริงปานกลาง จริงส่วนมาก และจริงมากที่สุด แบ่งช่วงคะแนนโดยอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation SD) โดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.78 ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เครื่องมือใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลางและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน โดยใช้ Chi-square เพื่อศึกษาความมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และทำการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก (logistic regression) โดยการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ได้จากการวิเคราะห์ขั้นต้นเข้าสู่สมการ เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 115 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.6) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67) มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 44.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 82.6) รายได้เพียงพอมีเหลือเก็บ

(ร้อยละ 54.7) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี 3 - 4 คน (ร้อยละ 47.8) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือ สามี / ภรรยา (ร้อยละ 48.7) ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุส่วนใหญ่อยู่ระดับที่ 6 - 8 (ร้อยละ 63.5) ได้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ 2,000,001 - 4,000,000 บาท (ร้อยละ 40.9) เงินเดือนก่อนเกษียณอายุเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 70,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 39.2) ใช้แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 10.4) บุหรี่ (ร้อยละ 6.1) และสารเสพติดอื่น ๆ (ร้อยละ 33.1) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ซึ่งโรคทางกายที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 84.3) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 74.8) ตามด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.7) โรคระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ 27) โรคหัวใจ (ร้อยละ 19.1) โรคต่อมลูกหมากโต (ร้อยละ 19.1) โรคอื่น ๆ (ร้อยละ 10.4) และโรคไต (ร้อยละ 7.0) ตามลำดับ มีประวัติโรคทางจิตเวช คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1.7) ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 80) การมีสนับสนุนในสังคมพบอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.9) และการมีส่วนร่วมในสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.3) (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของพนักงานเกษียณอายุ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.6 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 33.0) และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 2.6) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศชาย อายุ 66 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษา / ปวช. รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท ความไม่เพียงพอของรายได้ และมีหนี้สิน จำนวนสมาชิกในครอบครัว น้อยกว่าเท่ากับ 2 ราย ปัจจัยด้านการทำงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับที่ 3 - 5 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพน้อยกว่าเท่ากับ 2,000,000 บาท และรายได้ก่อนเกษียณอายุเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าเท่ากับ 50,000 บาท ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป

โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคต่อมลูกหมากโต ได้รับการรักษาโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคต่อมลูกหมากโต ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกเพื่อหาปัจจัยที่

เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการมีอายุมากกว่า 66 ปี ขึ้นไป ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับต่ำกว่าที่ 7 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง และการมีส่วนร่วมในชุมชนระดับต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลส่วนบุคคล การงาน และสุขภาพ ของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง

ข้อมูล		จำนวน (n = 115)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	72	62.6
อายุ	Mean $\pm$ SD = 68.8 $\pm$ 5.7 ปี, Min = 60 ปี, Max = 80 ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด	มัธยมศึกษา/ปวช.	37	32.2
	ปวส./อนุปริญญา	23	20
	ปริญญาตรี	51	44.3
	ปริญญาโท	4	3.5
รายได้ปัจจุบัน (n = 47)	Mean $\pm$ SD = 8,906.1 $\pm$ 24,067.8 บาท, Min = 0 บาท, Max = 200,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ มีเหลือเก็บ	63	54.7
	เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	37	32.2
	ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	8	7
	ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	7	6.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	Mean = 3.53, Mode = ราย, Median = 3 ราย, Min = 1 ราย, Max = 8 ราย		
ผู้ดูแลหลักในครอบครัว	สามี/ภรรยา	56	48.7
	บุตร	29	25.2
	พี่น้อง	1	0.9
	ญาติอื่น ๆ	2	1.7
	หัวหน้าครอบครัว/ไม่มีผู้ดูแล	27	23.5
ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุ	ระดับที่ 3 - 5	18	15.7
	ระดับที่ 6 - 8	73	63.5
	ระดับสูงกว่าเท่ากับที่ 9 ขึ้นไป	24	20.8
	Mode = ที่ 7, Median = ที่ 7, Min = ที่ 3, Max = ที่ 13		
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (n = 99)	Mean $\pm$ SD = 3,566,666.7 $\pm$ 1,528,704.9 บาท Min = 400,000 บาท, Max = 7,000,000 บาท		
รายได้ก่อนเกษียณ (n = 110)	Mean $\pm$ SD = 67,951.7 $\pm$ 21,894.1 บาท Min = 20,000 บาท, Max = 180,000 บาท		
โรคประจำตัว	มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	115	100
ประวัติโรคทางจิตเวช	มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	2	1.7

ตารางที่ 1. (ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคล การงาน และสุขภาพ ของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง

ข้อมูล	จำนวน (n = 115)	ร้อยละ
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	Mean $\pm$ SD = 17.27 $\pm$ 17.74 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 120.78 คะแนน	
การสนับสนุนทางสังคม	Mean $\pm$ SD = 58.41 $\pm$ 11.58 คะแนน, Min = 36 คะแนน, Max = 122 คะแนน	
การมีส่วนร่วมในสังคม	Mean $\pm$ SD = 32.5 $\pm$ 8.0 คะแนน, Min = 14 คะแนน, Max = 50 คะแนน	
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	74 64.4
	ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	38 33.0
	ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	3 2.6
	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	0 0
Mean $\pm$ SD = 6.7 $\pm$ 6.1 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 21 คะแนน		

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง

ปัจจัย		ภาวะซึมเศร้า				X ²	P - value
		ปกติ (n = 74)		ซึมเศร้า (n = 41)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	41	56.9	31	43.1	4.600	0.032*
	หญิง	33	76.7	10	23.3		
อายุ	≤ 66 ปี	37	82.2	8	17.8	10.296	0.001**
	> 66 ปี	37	52.9	33	47.1		
ระดับการศึกษาสูงสุด	มัธยม	17	45.9	20	54.1	8.052	0.005**
	สูงกว่ามัธยม	57	73.1	21	26.9		
ตำแหน่งงาน	≤ ที่ 6	14	37.8	23	62.2	16.711	< 0.001**
	> ที่ 6	60	76.9	18	23.1		
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (n = 99)							
	≤ 3,000,000 บาท	33	52.4	30	47.6	8.697	0.003**
	> 3,000,000 บาท	41	78.8	11	21.2		
รายได้ก่อนเกษียณอายุ (n = 110)							
	≤ 60,000 บาท	20	45.5	24	54.5	11.089	0.001**
	> 60,000 บาท	54	76.1	17	23.9		
รายได้หลังเกษียณอายุ (n = 48)							
	≤ 10,000 บาท	59	60.2	39	39.8	4.962	0.026*
	> 10,000 บาท	15	88.2	2	11.8		
โรคประจำตัว							
	≤ 2 โรค	45	84.9	8	15.1	18.110	< 0.001**
	> 2 โรค	27	46.8	33	53.2		

ตารางที่ 2. (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง

ปัจจัย		ภาวะซึมเศร้า				X ²	P - value
		ปกติ (n = 74)		ซึมเศร้า (n = 41)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคเบาหวาน	ไม่มี	61	74.4	21	25.6	12.562	< 0.001**
	มี	13	39.4	20	60.6		
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต							
	ระดับต่ำ - ปานกลาง	74	74.7	25	25.3	33.545	< 0.001**
	ระดับสูง	0	0.0	16	100.0		
การสนับสนุนทางสังคม							
	ระดับต่ำ	0	0.0	16	100.0	33.545	< 0.001**
	ระดับปานกลาง - สูง	74	74.7	25	25.3		
การมีส่วนร่วมในสังคม							
	ระดับต่ำ	2	9.1	20	90.9	36.207	< 0.001**
	ระดับปานกลาง - สูง	72	77.4	21	22.6		

*P < 0.05, **P < 0.01

ตารางที่ 3. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	Adjusted Odd Ratio (OR)	95% CI of adjusted OR		P - value
		Lower	Upper	
อายุมากกว่า 66 ปี ขึ้นไป	11.776	1.777	78.049	0.011*
ตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับต่ำกว่าซี 7	9.385	1.168	75.389	0.035*
มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน	6.257	1.267	30.903	0.024*
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง	3.616	1.383	9.911	0.009**
การมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำ	7.254	1.328	19.460	0.002**

*P < 0.05, **P < 0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 35.6 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 33.0 และภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 2.6 มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่น ๆ เช่น รายงาน ของ มาโนช ทับมณี⁽¹⁰⁾ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1 งานของ Norris JT. และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 38 และงานของ เกริกชัย

พิชัย⁽¹²⁾ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 43.1 ส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุมักพบว่าเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและซึมเศร้าปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของพนักงานเกษียณ ได้แก่ เพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง ในปัจจุบันสังคมเปิดกว้างมากขึ้นยอมรับในสิทธิและความเท่าเทียมกันของเพศชายและเพศหญิง ทำให้เพศหญิงไม่ต้องเป็นฝ่ายที่เก็บกดหรืออดทนเหมือนเมื่อก่อน^(13, 14) ด้านอายุ พบว่าผู้ที่มีอายุ

มากกว่า 66 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าเท่ากับ 66 ปี อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เพิ่มขึ้นตามวัย ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานของ อรสา ไยยอง และ พิรพนธ์ ลือบุญวรวัชชัย⁽¹⁵⁾ และงานของ สายพิณ ยอดกุล⁽¹⁶⁾ ด้านการศึกษา พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงสุดระดับชั้นมัธยม มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการทำงานในเรื่องของระดับตำแหน่งงาน พนักงานเกษียณอายุที่มีการศึกษาดำรงตำแหน่งต่ำกว่ามักมีความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานที่ค่อนข้างไม่ดี การนับหน้าถือตาในสังคม และส่งผลถึงรายได้ที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีรายได้ปัจจุบันน้อยกว่าเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือนขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับงานของ อรสา ไยยอง และ พิรพนธ์ ลือบุญวรวัชชัย⁽¹⁵⁾ รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตที่ใช้ตอบสนองความต้องการของบุคคล ส่งผลให้เกิดความสุขทั้งทางกาย ทางใจ และการดำรงชีวิตในสังคม โรคประจำตัว พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความเครียดจากการต้องดูแลตัวเอง และการป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้ฮอร์โมนและสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ serotonin ลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สายพิณ ยอดกุล⁽¹⁶⁾ งานของ เกริกชัย พิชัย⁽¹²⁾ และงานของ Cong L. และคณะ⁽¹⁸⁾ การมีโรคประจำตัวทางกาย เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจได้มาก เนื่องจากการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานและอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองขาดความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง^(13, 20, 21)

ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และการมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานของรศพร เพ็ญรุ่งเรือง⁽²²⁾ งานของจิรนนท์ บุญนา⁽²³⁾ และงานของจินตนา เหลือศิริเรียร⁽²⁴⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยทางจิตสังคมส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การมีส่วนร่วมทางสังคมต่าง ๆ จะลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่และความรับผิดชอบ บางครั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพ ก็อาจส่งผลให้การตัดสินใจช้าลง หรือสภาพแวดล้อมในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก จึงทำให้ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ แต่ถ้ามมีการกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในชุมชนของตน ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ มีความสุข สนุกสนาน ได้พบปะผู้คน และได้พัฒนาตนเองอีกด้วย

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีอายุมากกว่า 66 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในเกิดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการมีความเสี่ยงด้านจิตสังคมอื่น ๆ ได้แก่ ระดับตำแหน่งงานก่อนเกษียณอายุระดับต่ำกว่าที่ 7 การมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับสูง การมีการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคมระดับต่ำ ซึ่งต่างเป็นปัจจัยที่พบได้ในผู้สูงอายุที่เคยเป็นลูกจ้างประจำแล้วเกษียณอายุงานอันเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุและการวางแผนนโยบายของหน่วยงานรวมถึงนโยบายชาติเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบในอนาคต

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกได้แค่เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเพียงเท่านั้น ผลการศึกษาไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากไม่ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์

สรุป

การศึกษานี้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ซึ่งจากเดิมที่มีรายได้และสวัสดิการค่อนข้างดีมาสู่สภาวะหลังเกษียณที่มีทรัพยากรและสวัสดิการที่จำกัด อาจส่งผลต่อการปรับตัวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย แต่จากผลการศึกษากลับมาภาวะซึมเศร้าในพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวงในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานที่ผ่านมาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ โดยมีปัจจัยเรื่องอายุที่เพิ่มขึ้น การมีโรคประจำตัวเป็นโรค เบาหวาน การมีระดับตำแหน่งงานก่อนเกษียณที่น้อย มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตโดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวง ซึ่งสามารถนำไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งต่อไปยังจิตแพทย์เพื่อดูแลรักษาได้ทันที บุคลากรทางด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านการทำงาน ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม มาเตรียมความพร้อมให้กับพนักงานการไฟฟ้านครหลวงก่อนที่จะเกษียณอายุราชการ เพื่อให้พนักงานเกษียณอายุได้มีการตั้งรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อเกษียณอายุไปแล้วได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ มีศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่โรคประจำตัวและมารับบริการที่โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง อาจยังไม่สามารถใช้อ้างอิงแทนประชากรของพนักงานเกษียณของการไฟฟ้านครหลวงทั้งหมดได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลคลินิกผู้ป่วยนอก พยาบาล เจ้าหน้าที่

แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง และพนักงานเกษียณอายุการไฟฟ้านครหลวงทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://boe.moph.go.th>.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.พ. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-10.html.
3. Nantsupawat W, Sirivattanamatanon S, Homboonherm P. Mental Health of the Elderly. J Nur Assoc Thai North-Eastern Division 2009;27:27-32.
4. ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ การไฟฟ้านครหลวง. จำนวนพนักงานเกษียณอายุของการไฟฟ้านครหลวงอีก 10 ปี ข้างหน้า [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mea.or.th/>.
5. Sukhontha S. Screening test for dementia in community. J Pub Health Nurs 2013;27: 115-30.
6. Pongvarin N. Thai geriatric depression scale-TGDS. Siriraj Hosp Gaz 1994;1:1-9.
7. สมจิตร นครพานิช. เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครมภ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531.
8. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast

- cancer patients. J Med Assoc Thai 2007;90: 2164-74.
9. เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. การศึกษาซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
 10. มาโนช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
 11. Norris JT, Gallagher D, Wilson A, Winograd CH. Assessment of depression in geriatric medical outpatients: the validity of two screening measures. J Am Geriatrics Socie 1987;35:989-95.
 12. เกริกชัย พิชัย. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
 13. คุณนันทา มาระเนตร์, สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ประเสริฐ อัสสันตชัย, วิไล คุปต์นิวัติชัยกุล. แนวโน้มการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและในประเทศไทย. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 27 เรื่องที่ 7 ผู้สูงอายุ
 14. จันทิมา จารณศรี. สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบางแค กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2539.
 15. อรสา ไยยอง, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าใคจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56: 117-28.
 16. นพรัตน์ ไทยรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอำเภอเขา วัง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557;2:207-17.
 17. สายพิน ยอดกุล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
 18. Cong L, Dou P, Chen D, Cai L. Depression and associated factors in the elderly cadres in Fuzhou, China: A community-based study. Int J Gerontol 2015;9:29-33.
 19. ปรีชา ศตวรรษารัง. การศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544
 20. Alexopoulos G. Mood disorder. In: Sadock BJ, editor. Geriatric psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3595-603.
 21. Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. Mt Sinai J Med 2003;70:38-44.
 22. รสพร เพียรรุ่งเรือง. ปัญหาสัมพันธ์ภาวะหว้งบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
 23. จิรนนท์ บุญนาว. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอายุ 50-60 บริษัท กสท โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
 24. จินตนา เหลืองศิริเอียร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.

Original article

Mental health problems and associated factors among female sex-workers seeking for help at the Fountain of Life Center, Pattaya

Jhantana Jantorn¹Chutima Roomruangwong^{2,*}

Abstract

Background: In previous studies, female sex-workers had been shown to have at least a form of emotional distress. However, there is still lack of direct study on mental health problems among this group of women in Thailand.

Objectives: To study mental health problems and their associated factors among female sex-workers were seeking for help at the Fountain of Life Center, Pattaya.

Methods: A total of 222 female sex-workers who came to seek help at the Fountain of Life were recruited and provided their informed consents. Then they were asked to complete 3 questionnaires including: 1) personal information questionnaire; 2) 28 items - general health questionnaire (GHQ-28); 3) personal resource question, PRQ-Part II. Univariate analyses (e.g. *t* - test and Chi-Square) were used to examine associated factors with mental health problems and logistic regression analysis was applied to determine the predictors of mental health problems among this group of female sex-workers.

Results: This study showed that 9 % of the female sex-workers had mental health problems. Logistic regression analysis revealed that 3 factors were significantly associated with mental health problems namely: frequent alcohols use > 3 times/week (adjusted OR = 4.226, 95%CI = 1.313 – 13.604, *P* = 0.016), social support score on intimacy domain (adjusted OR = 0.798, 95%CI = 0.649 – 0.980, *P* = 0.031) and history of psychiatric illness (adjusted OR = 18.852, 95%CI = 3.533 - 100.605, *P* = 0.001).

Conclusion: The prevalence of mental health problems among the female sex-workers in this study is 9 %, which is surprisingly lower than those in other countries. This study may help mental-health personnel in early identification of women who are at risk and giving them prompt supports.

Keywords: Mental health problems, female sex-worker, Fountain of Life Center.

*Correspondence to: Chutima Roomruangwong Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: April 2, 2018.

Revised: June 15, 2018

Accepted: August 20, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ฉบับ

ปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงขายบริการ ที่มาขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต พัทยา

จันทนา จันทร¹

ชุติมา หุ้มนเรืองวงษ์²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหญิงขายบริการที่เข้ามาขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต มีปัญหา ทางอารมณ์อย่างน้อย รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การศึกษาโดยตรงถึงปัญหาสุขภาพจิตในหญิงขายบริการ ยังไม่มีในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงขายบริการที่มาขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต-พัทยา

วิธีการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มาขอรับความช่วยเหลือ ณ ศูนย์ธารชีวิต - พัทยา จำนวน 222 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) และ 3) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Question, PRQ-85 Part II) วิเคราะห์ข้อมูลใช้ univariate analysis (ได้แก่ T-test และ Chi-Square) และ logistic-regression analysis เพื่อทดสอบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ผลการศึกษา: พบความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 9 โดยปัจจัยเกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์โดยวิธี logistic regression analysis ได้แก่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ (adjusted OR = 4.226, 95%CI =1.313 – 13.604, $P = 0.016$) ค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกถูกกีดกัน (adjusted OR = 0.798, 95%CI =0.649 – 0.980, $P = 0.031$) และประวัติโรคทางจิตเวชเดิม (adjusted OR = 18.852, 95%CI =3.533 - 100.605, $P = 0.001$).

สรุป: การศึกษานี้พบความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตในหญิงขายบริการ ร้อยละ 9.0 ซึ่งถือว่าต่ำกว่าความทุกข์ของการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษานี้จะช่วยให้นักวิชาการทางสุขภาพจิตสามารถแบ่งชี้กลุ่มหญิงขายบริการที่มีความเสี่ยงในการปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือระดับประคองจิตใจอย่างทันที่

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, หญิงขายบริการ, ศูนย์ธารชีวิต.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของ กลุ่มหญิงงานบริการที่ทำงานอยู่ในเขตพื้นที่ พัทยา ในการดำเนินชีวิตคนกลางคืนหรือขายบริการ ที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งที่บาร์ที่เปิดตั้งแต่ช่วงกลางวันเลยไปจนถึงตีสาม มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อสุขภาพจิตของคนเหล่านี้ ทั้งการบริการลูกค้าที่เป็นต่างชาติ ที่ยากจะสื่อสารกันด้วยอุปสรรคเรื่องภาษา การพักผ่อนหลับนอนที่ผิดเวลา การประกอบอาชีพที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ และสิ่งที่ผลักดันให้เข้าสู่การประกอบอาชีพขายบริการทางเพศทั้งสิ้น

ศูนย์ธารชีวิต เป็นหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่บรรดาหญิงที่ประสบปัญหา เช่น การถูกทำ ความรุนแรง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ทำร้ายทางเพศ ตลอดจนกลุ่มที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจแล้วเข้ามาหางานทำในเขต พัทยา โดยการให้การฝึกทักษะอาชีพต่าง ๆ (เช่น เสริมสวย นวดแผนไทย ตัดเย็บเสื้อผ้า) สอนภาษา (อังกฤษ เยอรมัน ไทย และอื่น ๆ) สนับสนุนด้านการศึกษาที่สูงขึ้น ให้การอบรมด้านกฎหมายที่จำเป็นให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ให้คำปรึกษา เป็นเพื่อน เป็นมิตรสำหรับผู้หญิงที่ประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว การถูกล่วงละเมิด ซึ่งหลังจากที่ได้เปิดให้บริการช่วยเหลือ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้จริงในศูนย์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional) ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงขายบริการที่เข้ามาขอความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 222 ราย ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณา

จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้
ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 20 ข้อ
ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ
2. แบบคัดกรองสุขภาพจิตที่พัฒนา จาก General Health Questionnaire (GHQ) ของ Goldberg (1972) โดยกรมสุขภาพจิต ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ใช้จุดตัดคะแนน ตั้งแต่ 6 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ โดย GHQ-28 ยังสามารถแบ่งเป็นอีก 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ ข้อ 1 – 7 เป็นอาการทางกาย (somatic symptoms) ข้อ 8 – 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) ข้อ 15 – 21 เป็นความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) ข้อ 22 – 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)
3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและมีค่าความเชื่อมั่น 0.93 เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาแปลเป็นไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) มีข้อคำถาม 25 ข้อ คะแนนเต็ม 0 - 100 คะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึงผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูง นอกจากนี้การแปลผลคะแนนยังสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ข้อ 1 - 5 ด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ข้อ 6 - 10 ด้านการเป็นส่วนหนึ่ง ข้อ 11 - 15 ด้านการได้รับการส่งเสริมพัฒนา ข้อ 21 - 25 ด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency), ค่าร้อยละ (percentage), ค่าเฉลี่ย (mean), ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) ได้แก่ Chi square test, *t*-test, เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพจิตของหญิงขายบริการ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 31–40 ปี และมากกว่า 40 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 40.1, 39.2 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 38.0 ± 8.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 32.9 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 32.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหรือจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 33.3 มีอาชีพหลักคือรับจ้าง ร้อยละ 80.6 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่อยู่หอเช่า ร้อยละ 77.9 มีภูมิลำเนา

อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 64.0 ระยะเวลาที่อยู่ปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ร้อยละ 57.2 ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 52.7 มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48.6 มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.3 มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 18.9 มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 4.1 มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 35.6 มีประวัติอาการจิตเวช ร้อยละ 3.6 มีประวัติอาการจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 3.2

ข้อมูลการขายบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาประกอบอาชีพขายบริการเฉลี่ยที่ 2–3 ปี ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีขายบริการ ร้อยละ 41.9 มีประวัติการถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายโดยลูกค้า ร้อยละ 7.2 มีประวัติการถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 11.3 มีประวัติการถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจโดยลูกค้า ร้อยละ 26.6 และมีประวัติการถูกกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยบุคคลอื่น ร้อยละ 32.4

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (N = 222)	Mean $\pm$ SD หรือ n (%)
อายุเฉลี่ย (ปี)	38.0 $\pm$ 8.3
สถานภาพสมรส (โสด)	71 (32.0)
ศาสนา (พุทธ)	218 (98.2)
ระดับการศึกษา (ไม่ได้เรียน หรือจบระดับประถมศึกษา)	74 (33.3)
อาชีพ (รับจ้าง)	179 (80.6)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	10,341 $\pm$ 7,104
ลักษณะที่พัก (ห้องเช่า)	173 (77.9)
ระยะเวลาที่อยู่พัก (ปี)	3.6 $\pm$ 5.4
มีภาระหนี้สิน (ราย)	117 (52.7)
ดื่มแอลกอฮอล์ (ราย)	108 (48.6)
ใช้สารเสพติด (ราย)	14 (6.3)
มีโรคประจำตัวทางกาย (ราย)	42 (18.9)
มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ราย)	9 (4.1)
มีปัญหาการนอนหลับ (ราย)	79 (35.6)
มีประวัติอาการจิตเวช	8 (3.6)
มีประวัติอาการจิตเวชในครอบครัว	7 (3.2)

ตารางที่ 1. (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (N = 222)	Mean $\pm$ SD หรือ n (%)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ประกอบอาชีพขายบริการ (ปี)	2.1 $\pm$ 2.6
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ขายบริการ	93 (41.9)
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางร่างกายโดยลูกค้า	16 (7.2)
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางร่างกายโดยบุคคลอื่น	25 (11.3)
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยลูกค้า	59 (26.6)
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยบุคคลอื่น	72 (32.4)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการที่มาขอความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต พบว่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด และประวัติการถูกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยลูกค้า มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วน ประวัติการดื่ม

แอลกอฮอล์ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ การมีอากรนอนไม่หลับ การมีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม การมีประวัติการถูกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยบุคคลอื่น มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการที่ระดับ $P < 0.01$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการที่มาขอความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต

ปัจจัย	ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (n = 202) Mean $\pm$ SD หรือ n (%)	มีปัญหาสุขภาพจิต (n = 20) Mean $\pm$ SD หรือ n (%)	X ² หรือ t - test	P - value
อายุของหญิงขายบริการ (ปี)	38.2 $\pm$ 8.4	36.2 $\pm$ 6.7	1.017	0.31
ระดับการศึกษา	8.9 $\pm$ 3.3	9.6 $\pm$ 3.1	-0.912	0.68
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	10087.6 $\pm$ 6927.8	11875.0 $\pm$ 9067.1	-1.068	0.29
ระยะเวลาที่อยู่พ่ตยา	3.5 $\pm$ 5.4	3.9 $\pm$ 4.9	-0.301	0.76
มีภาระหนี้สิน	155246.1 $\pm$ 251020.3	102916.7 $\pm$ 98083.9	0.373	0.48
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	17 (70.8)	7 (29.2)	13.338	0.002**
การมีอากรนอนไม่หลับ	66 (83.5%)	13 (16.5%)	8.296	0.006**
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม	3 (37.5)	5 (62.5)	28.811	<0.001**
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางร่างกายโดยลูกค้า	13 (81.3)	3 (18.8)	1.996	0.163
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางร่างกายโดยบุคคลอื่น	21 (84.0)	4 (16.0)	1.680	0.255
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยลูกค้า	49 (83.1)	10 (16.9)	6.180	0.018*
ประวัติการถูกระทำรุนแรงทางจิตใจ โดยบุคคลอื่น	59 (81.9)	13 (18.1)	10.639	0.002**
คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรวม	68.2 $\pm$ 10.3	64.4 $\pm$ 9.3	1.608	0.109

ตารางที่ 2. (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการที่มาขอความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิต

ปัจจัย	ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (N = 202) Mean $\pm$ SD หรือ N (%)	มีปัญหาสุขภาพจิต (N = 20) Mean $\pm$ SD หรือ N (%)	X ² หรือ t - test	P - value
ด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด	13.4 $\pm$ 2.7	11.9 $\pm$ 1.9	2.422	0.016*
ด้านการเป็นส่วนหนึ่ง	12.4 $\pm$ 2.9	11.9 $\pm$ 2.0	0.780	0.436
ด้านการได้รับการส่งเสริมพัฒนา	14.2 $\pm$ 4.0	13.3 $\pm$ 2.5	0.985	0.326
ด้านการยอมรับคุณค่าแห่งตน	14.3 $\pm$ 2.6	14.0 $\pm$ 3.2	0.459	0.647
ด้านการได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ	13.9 $\pm$ 2.5	13.3 $\pm$ 2.0	1.151	0.251
ระยะเวลาประกอบอาชีพขายบริการ	2.1 $\pm$ 2.7	2.5 $\pm$ 1.9	-0.656	0.513

* $P < 0.05$, ** $P = 0.01$

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของหญิงขายบริการ

เมื่อนำ 6 ตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการที่มาขอความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิธี univariate analysis มาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี logistic regression analysis พบว่ามี 3 ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม (adjusted OR = 18.852, 95% CI = 3.533 - 100.605, $P = 0.001$), ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ (adjusted OR = 4.226, 95% CI = 1.313 - 13.604, $P = -0.016$), คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดในระดับต่ำ (adjusted OR = 0.798, 95% CI = 0.649 - 0.980, $P = 0.031$)

อภิปรายผล

ความชุกของการมีปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการ

กลุ่มตัวอย่างหญิงขายบริการมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.0 แตกต่างจากการศึกษาของ Rossler W. และคณะ⁽¹⁾ ที่ศึกษาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการในเมืองซูริกประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ที่พบว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิต 1 ปี คือ ร้อยละ 50.3

และความชุกของปัญหาสุขภาพจิตตลอดชีวิต คือ ร้อยละ 63.2 เนื่องจากมีการใช้เครื่องมือในการประเมินที่ต่างกัน กล่าวคือ งานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือแบบประเมิน Thai - GHQ28 ส่วนการศึกษาของ Rossler W. และคณะ ใช้เครื่องมือ World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI 2.1) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Hong Y. และคณะ⁽²⁾ ที่ศึกษาตราบาป ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมฆ่าตัวตายของหญิงขายบริการที่ประเทศจีน พบว่าตราบาปอยู่ในระดับสูง ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 18 นอกจากนั้นแล้วการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและการให้คำปรึกษาจากทางศูนย์ธารชีวิตมาในหนึ่งแล้ว อาจส่งผลให้พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในครั้งนี้อาจไม่มาก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของหญิงขายบริการ กล่าวคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมทั้งหลายนั้น นอกจากปัญหาทางด้านร่างกาย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นหรือมีความสัมพันธ์ต่อโรคทางจิตประสาท

เช่น ปัญหาการนอน โรคทางอารมณ์หรือโรคจิตกังวล ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างมากมายมหาศาลได้เช่นกัน⁽³⁾ นอกจากนี้ จากการศึกษาของอชิป ต้นอารีย์⁽⁴⁾ ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ. 2556) พบว่าเกือบ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19.1) ของผู้ที่มีภาวะความผิดปกติจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีภาวะความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคหลักอื่นด้วยอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยเป็นภาวะความผิดปกติจากการเสพสารเสพติด (substance use disorders) ร้อยละ 13.9 กลุ่มโรคจิตกังวล (anxiety disorders) ร้อยละ 4.4 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ สำหรับในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้มีภาวะความผิดปกติจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 4.7 มีโรคจิตเวชหลักอื่นที่พบในช่วงเวลาเดียวกัน ได้แก่ ภาวะความผิดปกติจากการเสพสารเสพติดร้อยละ 2.2 กลุ่มโรคจิตกังวลร้อยละ 2.1 และความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 1 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Heravian A. และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงขายบริการในประเทศอินเดีย พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การรับรู้ตราบาป และภาวะซึมเศร้า World Health Organization (WHO) กล่าวเพิ่มเติมว่า การดื่มแอลกอฮอล์ส่งยังผลถึงพฤติกรรมก้าวร้าว และการรับรู้ตราบาปซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งของสุขภาพจิตในผู้หญิงขายบริการด้วย⁽⁶⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Swartz MS. และคณะ⁽⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาสุขภาพจิต ผลของสารเสพติดและความไม่ร่วมมือในการรักษา พบว่าการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการศึกษาพบว่าประวัติโรคทางจิตเวชเดิมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิงขายบริการ เน้นนอนว่าผู้ที่มีประวัติอาการจิตเวชย่อมมีปัญหาทางสุขภาพจิต จากการศึกษาของ Rossler W. และคณะ⁽¹⁾

ศึกษาการประเมินโรคจิตเวชด้วย M-CIDI 2.1 ในผู้หญิงขายบริการในเมืองซูริก พบความชุกตลอดชีวิตของ Mood disorders, Anxiety disorder และ Post-traumatic stress disorder (PTSD) เท่ากับ 41.5, 34.2 และ 21.2 ตามลำดับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคจิตเวช คือ การไม่ได้รับการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว การถูกกีดกันจากคนรู้จักและสังคม การทำงานและผู้ใช้บริการต่อสัปดาห์ รายได้ ความรุนแรง การถูกข่มขืน และความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จากการศึกษาของ Chen H. และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความไม่ไว้วางใจของผู้หญิงขายบริการในประเทศจีน พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อายุ เชื้อชาติ thwarted belongingness และการมีลูก จากการศึกษาของ Puri N. และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระและความสัมพันธ์ของการวินิจฉัยสุขภาพจิตในผู้หญิงขายบริการ พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงขายบริการ 692 ราย ถูกวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 48.8 โดยเป็น depression ร้อยละ 35.1 และ anxiety ร้อยละ 19.9

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิงขายบริการ การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลมีการรับรู้ว่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากครอบครัว มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคมการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงินทอง การบริการการมีส่วนร่วมกับคนในสังคมเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ เพื่อน หรือบุคคลในสังคม เป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ในทางที่ดี เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันในการเผชิญกับปัญหา⁽¹⁶⁾ อธิบายได้ว่าจากค่า adjusted OR = 0.798 ซึ่งหมายถึงผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด 0.798 เท่า หรือในทางกลับกันคือการได้รับสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังการศึกษาของพูนสิน เฉลิมวัฒน์⁽¹⁷⁾ พบว่าครอบครัวเป็น

แรงสนับสนุนที่สำคัญเป็นกำลังใจที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดูแลตนเองให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงและพึ่งตนเองได้โดยเฉพาะคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีการสื่อสารระหว่างกัน เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีส่งผลให้ปรับความคิดเป็นไปในทางบวกทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง

ข้อจำกัดในการทำวิจัยพบว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้หญิงขายบริการทางเพศที่มาขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์ธารชีวิตเท่านั้น ซึ่งอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้หญิงขายบริการทางเพศทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตอาจมีความแตกต่างกัน อีกทั้งรูปแบบของการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา ซึ่งสามารถบอกได้แค่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องแต่ไม่สามารถบอกสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้ และการศึกษานี้ไม่มีการสุ่มตัวอย่างอาจทำให้เกิดอคติของการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความต้องการของผู้วิจัยที่เลือกเพียงกลุ่มที่ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ในการศึกษารั้งต่อไปหากมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความรู้ปัญหาของกลุ่มหญิงขายบริการกับความเครียดอาจช่วยให้มองเห็นวิธีการที่จะช่วยลดความเครียดในชีวิตประจำวันของคนกลุ่มนี้ได้ ซึ่งจะช่วยในเรื่องการพัฒนาศักยภาพให้ดีขึ้น ซึ่งจะได้เลือกทำอาชีพอื่นได้

สรุป

กลุ่มตัวอย่างของผู้หญิงขายบริการจำนวน 222 ราย พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนร้อยละ 9.0 ซึ่งถือว่าต่ำกว่าประเทศอื่นที่ได้ศึกษา โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิงขายบริการ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกับผู้หญิงขายบริการได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณขอกราบขอบพระคุณ ชิสเตอร์ เจียมจิตต์ ธรรมพิชัย ประธานมูลนิธิคณะศรีชุมพาบาล และ ประธานกรรมการบริหารศูนย์ธารชีวิต พัทยา ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ ในการเก็บข้อมูล รวมถึงเจ้าของแบบสอบถามทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ressler W, Koch U, Lauber C, Hass AK, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:143-52.
2. Hong Y, Fang X, Li X, Liu Y, Li M, Tai-Seale T. Self-perceived stigma, depressive symptoms, and suicidal behaviors among female sex workers in China. *J Transcult Nurs* 2010;21: 29-34
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ผลกระทบเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=966>.
4. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, สาทิตรี อักษรณักรชัย, บรรณานิกร. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
5. Heravian A, Solomon R, Krishnan G, Vasudevan CK, Krishnan AK, Osmand T, et al. Alcohol consumption patterns and sexual risk behavior among female sex workers in two South Indian communities. *Int J Drug Policy*

- 2012;23:498-504.
6. WHO Department of Gender, Women and Health, Global Coalition on Women and AIDS. Violence against sex workers and HIV prevention: Information sheet [Internet]. 2005 [cited 2018 Mar 10]. Available form: http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/sex_workers_bulletin/en/
 7. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998;155:226-31.
 8. Ben DT, Lee TJ. Sleep duration, subjective sleep disturbances and associated factors among university students in Korea. *J Korea Med Sci* 2001;16:475–80.
 9. Buboltz WC Jr, Brown FC, Soper B. Sleep habits and patterns of college students: a preliminary study. *J Am Coll Health* 2001;50:131–5.
 10. Harrison Y, Horne JA. The impact of sleep deprivation on decision making: a review. *J Exp Psychol Appl* 2000;6:236-49.
 11. Hayley AC, Williams LJ, Venugopal K, Kennedy GA, Berk M, Pasco JA. The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: Findings from the American National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *Aust N Z J Psychiatr* 2014.
 12. Chanamanee P, Taboonpong S, Intanon T. Sleep quality and related factors among university students in southern Thailand. *Songkla Med J* 2006;24:163-73.
 13. Yamma C, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58:183-96.
 14. Chen H, Li X, Li B, Huang A. Negative trust and depression among female sex workers in Western China: The mediating role of thwarted belongingness. *Psychiatry Res* 2017; 256: 448-52.
 15. Puri N, Shannon K, Nguyen P, Goldenberg SM. Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC Women's Health* 2017;17:133.
 16. House JS. *Work Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Westey; 1981.
 17. พูนสิน เจริมวัฒน์. การปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

Original article

Relations between family factors and behaviors of children with mild autism spectrum disorder in Yuwaprasart Waithayopathum Hospital

Watcharapong Sapsittikul¹Chatmongkol Chammak² Buranee Kanchanatawan^{3,*}

Abstract

Background: Children with Autism is are children with developmental disorder that affect communication and behaviors. Autism is classified into 3 levels: 1) mild, 2) moderate, and 3) severe. No studies have focused on children with mild autism spectrum disorder in Thailand which makes our study interesting and necessary as it can help develop new knowledge regarding autistic childcare.

Objectives: This study aimed to examine behaviors, family factors and association between behaviors and family factors of children with mild autism spectrum disorder Yuwaprasart Waithayopathum Hospital.

Methods: The data were collected from the main caregiver of children with mild autism spectrum disorder age 4 - 16 years old whom visit outpatient department of Yuwaprasart Waithayopathum hospital. The tools of this study were 5 questionnaires including 1) Demographic data; 2) Family relationship questionnaires; 3) Chulalongkorn Family Inventory: CFI; 4) Parent's attitude for child care questionnaire, and 5) The strengths and difficulties questionnaires. Statistical Analyzes included: unpaired *t* - test, One-way ANOVA, multiple linear regression analysis.

Results: The results showed that the most behaviors of children with mild autism spectrum disorder from SDQ questionnaire were of normal level. As for each component, the result showed that peer relationship problem was the most severe. And related factors of behaviors of children with mild autism spectrum disorder were relationship between children and caregivers, treatment duration and treatment by medicines.

Conclusion: Our results imply that behavioral problems in autistic children are multifactorial, including families, caregivers, individuals and treatment factors. Therefore, autistic childcare should be approached holistically to reach the best result for both the family and the child.

Keywords: Family factors, autistic, behavior.

*Correspondence to: Buranee Kanchanatawan, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: June 18, 2018

Revised: August 10, 2018

Accepted: September 14, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Yuwaprasart Waithayopathum Child Psychiatric Hospital, Samut Prakarn Province, Thailand

³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรม ของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วัชรพงษ์ ทรัพย์สิทธิกุล¹

ฉัตรมงคล คำมาก² นูรณี กาญจนถวัลย์³

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อความหมาย พฤติกรรม สามารถแบ่งระดับอาการกว้าง ๆ ได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับกลุ่มที่มีอาการน้อย 2) ระดับกลุ่มที่มีอาการปานกลาง 3) ระดับกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อยในประเทศไทยมากนัก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ปัจจัยด้านครอบครัวของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วิธีการทำวิจัย: เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ช่วงอายุ 4 – 16 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 3) แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 4) แบบวัดทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก 5) แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Independent *t* - test หรือ One-way ANOVA สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์พหุคูณ (multiple linear regression analysis) เพื่อศึกษาตัวแปรทำนายพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

ผลการศึกษา: พฤติกรรมโดยรวมจากแบบสอบถาม SDQ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ โดยด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนพบว่ามีปัญหามากที่สุด ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเด็ก ได้แก่ สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ระยะเวลาเข้ารับการรักษาของเด็ก และการรักษาโดยวิธีรับประทานยา

สรุป: การที่เด็กออทิสติกจะมีปัญหาพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางด้านครอบครัว ผู้ดูแล ปัจจัยจากตัวเด็กออทิสติก และปัจจัยทางด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์ ดังนั้นการดูแลหรือจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจึงควรมีการดูแลรักษาแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งกับครอบครัวและตัวเด็กเอง

คำสำคัญ: ปัจจัยทางครอบครัว, ออทิสติก, พฤติกรรม.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

³ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เด็กออทิสติก หรือเด็กที่มีภาวะออทิสซึม คือเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อความหมาย พฤติกรรม และความสามารถในการจินตนาการ โดยอาการออทิสติกมักเห็นได้ในช่วงก่อน 3 ขวบ โดยเด็กออทิสติกบางคนอาจไม่สามารถพูดได้เลย บางคนอาจพูดได้แต่ไม่สามารถสื่อสารได้เท่าที่ควร ทั้งยังไม่สนใจคนรอบข้างแยกตัวจากกลุ่ม ไม่สามารถเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกันได้ มีการทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือสนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดมากเกินไปจนเพิกเฉยต่อสิ่งอื่น หรือวัตถุที่เคลื่อนไหว หรือวัตถุที่หมุน ๆ มีความล่าช้า หรือมีความผิดปกติในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และการโต้ตอบกับคนรอบข้าง⁽¹⁾ ซึ่งสาเหตุเกิดจากสมองบางส่วนทำงานผิดปกติ ทำให้เด็กเหล่านี้มีปัญหาในการใช้ความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ มีผลให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้เท่าที่ควร มีปัญหาในการสื่อสารเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นและการคบเพื่อน ซึ่งถือเป็นภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน⁽²⁾ ซึ่ง ชูศักดิ์ จันทยานนท์⁽³⁾ ได้แบ่งระดับอาการออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับกลุ่มที่มีอาการน้อย 2) ระดับกลุ่มที่มีอาการปานกลาง 3) ระดับกลุ่มที่มีอาการรุนแรง

เด็กที่ป่วยเป็นออทิสติกนั้นมีหลายลักษณะ และอาการก็แบ่งได้หลายระดับตามความรุนแรงดังนั้นการให้การดูแลช่วยเหลือจึงมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการให้การวินิจฉัย ดูแลรักษาเด็กออทิสติกในประเทศไทยมีความชัดเจนขึ้นกว่าในอดีต ซึ่งการดูแลทางการแพทย์ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติก แต่ปัจจัยด้านครอบครัวก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ทั้งในด้านอารมณ์ การอยู่ไม่นิ่ง ความประพฤติ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และสัมพันธ์ภาพทางสังคม ซึ่งปัจจัยทางครอบครัวที่สำคัญนั้น ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และทัศนคติของบิดามารดาที่มีต่อบุตร เป็นต้น

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านทางจิตเวชเด็ก

และวัยรุ่น ซึ่งมีกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ผู้รับการรักษามาจากหลายพื้นที่หลายจังหวัด มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ปัจจัยด้านครอบครัวของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) และทำการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อย ช่วงอายุ 4 – 16 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 82 ราย ยินดีเข้าร่วมวิจัยและผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี ของเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 4 - 16 ปี ที่อยู่ในกลุ่มที่มีระดับอาการน้อยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยออทิสติก ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลที่ไม่สมัครใจ และไม่ยินยอมให้ผู้ดูแลที่มีประวัติทางจิตเวช ผู้ดูแลที่ไม่สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้โดยจำนวนประชากรได้มาจากการคำนวณสูตรประชากรที่มีการสำรวจแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติกกลุ่มที่มีระดับอาการน้อยจากวิจัยก่อนหน้านี้ ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ดังต่อไปนี้ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 ข้อ และ 2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการของ จริยญา แก้วสกุลทอง⁽⁴⁾ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, CFI) ซึ่งแปลย้อนกลับโดย อุมพร ตรังคสมบัติ⁽⁵⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก โดย จิรวัดน์ ธนรพวงศ์⁽⁶⁾ ที่ได้สร้างขึ้นเพื่อวัดทัศนคติของมารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกตามขั้นตอนการสร้างแบบวัดที่มีคุณภาพ โดยอ้างอิงจากวิธีการสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของพรพิมล วรวิทย์พุทธพงศ์⁽⁷⁾ และสงคราม เชาว์ศิลป์ มีจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเด็กออทิสติก (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ⁽⁸⁾ สำหรับแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 4 - 16 ปีสำหรับผู้ปกครองจำนวน 25 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 5 ด้าน 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านสมาธิ 3) ด้านความประพฤติ 4) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ด้านที่ 1 - 4 แสดงถึงปัญหาในพฤติกรรมเด็ก คะแนนสูงถึงมีปัญหาด้านพฤติกรรม ส่วนด้านที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก คะแนนสูงแสดงถึงเด็กมีจุดแข็ง

หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้เก็บมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อ

อธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ (unpaired *t* - test และ One-way ANOVA) และวิเคราะห์พหุคูณเพื่อศึกษาตัวแปรทำนายพฤติกรรมของเด็ก (multiple linear regression analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก พบว่าผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.7 อยู่ในช่วงอายุ 37 - 48 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.4 ระดับการศึกษาสูงสุดโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา / ปวช ร้อยละ 31.7 โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.8 สถานะความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 69.5 ในส่วนของอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง / พนักงานเอกชน ร้อยละ 28.0 โดยพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 6,000 - 27,000 บาท ร้อยละ 58.5 อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่เพียงพอต่อรายได้ ร้อยละ 73.2 และส่วนใหญ่ อยู่ในระบบครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 46.3

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก พบว่าเด็กออทิสติกเป็นเพศชาย ร้อยละ 84.1 อยู่ในช่วงอายุ 8 - 11 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.6 จำนวนพี่น้องที่นับรวมเด็กออทิสติกแล้ว ส่วนใหญ่มีพี่น้อง 2 ราย ร้อยละ 47.6 ลำดับการเกิดส่วนใหญ่พบว่าเกิดในลำดับที่ 1 ร้อยละ 63.4 ส่วนการศึกษา พบเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.4 และเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนพิเศษ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 66.7 งานอดิเรกที่สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม โดยส่วนใหญ่พบว่าเด็กดูโทรทัศน์ที่บ้าน ร้อยละ 67.9 ส่วนระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4 - 56 เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.6 และเด็กออทิสติกส่วนใหญ่รักษาโดยวิธีรับประทานยา ร้อยละ 68.3

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกร้อยละ 17.1 จัดว่ามีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง และไม่พบความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับต่ำ

ปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับดีพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 74.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อีกร้อยละ 23.2 จัดว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ของ

ครอบครัวในระดับดีมาก อีกร้อยละ 2.4 จัดว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับดีเล็กน้อย และไม่พบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับไม่ค่อยดี

ปัจจัยทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.3 อีกร้อยละ 28.0 จัดว่ามีทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับดี และอีกร้อยละ 3.7 จัดว่ามีทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับไม่ดี

ตารางที่ 1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

SDQ ตัวแปร	อารมณ์	สมาธิ	ความ ประพฤติ	ความสัมพันธ์ กับเพื่อน	รวม ทั้งหมด 4 ด้าน	สัมพันธ์ภาพทาง สังคม
เพศผู้ดูแล	-	-	-	-	-	-
อายุผู้ดูแล	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา	-	-	-	-	-	-
สถานะ	-	$t = -2.161$	-	-	$t = -2.002$	-
ความสัมพันธ์	-	$P = .034$	-	-	$P = .049$	-
การประกอบอาชีพ	-	$F = 3.555$	-	-	-	-
รายได้เฉลี่ย	-	$P = .033$	-	-	-	$r = -.250$
						$P = .024$
ความเพียงพอของรายได้	-	-	$t = 2.042$	-	-	$t = 2.264$
			$P = .044$			$P = .026$
ลักษณะโครงสร้างครอบครัว	-	-	-	-	-	-

$t = t$ -test, $F =$ One-way ANOVA, $r =$ Correlation

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก (ตารางที่ 1) พบว่าในด้านสมาธิตัวแปรสถานะความสัมพันธ์ โดยเฉพาะสถานะที่เป็นบิดามารดา มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 5.0$) ดีกว่าสถานะที่เป็นแบบญาติ ($\bar{X} = 6.6$) ตัวแปรการประกอบอาชีพ พบว่าผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 6.0$) น้อยกว่าผู้ดูแลหลักที่ประกอบอาชีพ เกษตรกร / ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ($\bar{X} = 4.1$) สำหรับด้านความประพฤติ ตัวแปรความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ดูแลหลักที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติ ($\bar{X} = 3.0$) น้อยกว่าผู้ดูแลหลักที่มีรายได้

เพียงพอ ($\bar{X} = 2.0$) ในภาพรวมทั้งหมด 4 ด้าน ตัวแปรสถานะความสัมพันธ์ พบว่าสถานะที่เป็นบิดามารดา มีพฤติกรรมเด็กรวม 4 ด้าน ($\bar{X} = 14.3$) ดีกว่าสถานะที่เป็นแบบญาติ ($\bar{X} = 18.0$) และด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ตัวแปรรายได้เฉลี่ยพบว่ารายได้ของผู้ดูแลหลักกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.024$) ตัวแปรความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ดูแลหลักที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีพฤติกรรมเด็กด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ($\bar{X} = 7.1$) ดีกว่าผู้ดูแลหลักที่มีรายได้เพียงพอ ($\bar{X} = 6.0$)

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

SDQ	อารมณ์	สมาธิ	ความประพฤติ	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	รวมทั้งหมด 4 ด้าน	สัมพันธ์ภาพทางสังคม
ตัวแปร						
เพศเด็ก	-	-	-	-	-	-
อายุเด็ก	-	F = 5.105 P = .008 r = -.292 P = .008	F = 3.677 P = .014 r = -.268 P = .015	-	-	-
จำนวนพี่น้อง	-	-	-	-	-	-
ลำดับการเกิด	-	-	-	-	-	-
ระดับชั้นโรงเรียนปกติ	-	F = 2.677 P = .010	-	-	-	-
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา	-	F = 4.516 P = .002 r = -.285 P = .010	r = -.235 P = .033	F = 3.207 P = .046	r = -.245 P = .027	-
รักษาโดยวิธีทนาย	-	t = 3.814 P < .001	t = 2.274 P = .026	t = 2.159 P = .034	t = 3.947 P < .001	-

t = t - test, F = One-way ANOVA, r = Correlation

จากตารางที่ 2 พบว่าในด้านสมาธิ ผลวิเคราะห์ตัวแปรอายุเด็ก พบว่าเด็กออทิสติกที่มีอายุ 4 - 7 ปี มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 5.7$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่มีอายุ 12 - 16 ปี ($\bar{X} = 4.1$) และเด็กออทิสติกที่มีอายุ 8 - 11 ปี มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 6.0$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่มีอายุ 12 - 16 ปี ($\bar{X} = 4.1$) และพบว่าอายุของเด็กกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.008$) สำหรับตัวแปรระดับชั้นโรงเรียนปกติ พบว่าเด็กออทิสติกที่อยู่ในระดับชั้นอนุบาล มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 6.0$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่อยู่ในระดับชั้นมัธยมต้น ($\bar{X} = 3.8$) และเด็กออทิสติกที่อยู่ในระดับชั้นประถมต้น มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 5.6$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่อยู่ในระดับชั้นมัธยมต้น ($\bar{X} = 3.8$) ในส่วนตัวแปรระยะเวลาเข้ารับการรักษ พบว่าเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษ ในช่วง 4 - 56 เดือน มีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 5.8$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษ ในช่วง 109 - 161 เดือน ($\bar{X} = 3.8$) และพบว่าระยะเวลาเข้ารับการรักษ ของเด็กกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = 0.010$) และตัวแปรการรักษโดยวิธีรับประทานยา พบว่ารูปแบบรับประทานยามีพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ($\bar{X} = 5.9$) น้อยกว่ารูปแบบไม่รับประทานยา ($\bar{X} = 3.9$) ในด้านความประพฤติ ผลวิเคราะห์ตัวแปรอายุเด็ก พบว่าเด็กออทิสติกที่มีอายุ 8 - 11 ปี มีพฤติกรรม เด็กด้านความประพฤติ ($\bar{X} = 2.8$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่มีอายุ

12 - 16 ปี ($\bar{X} = 1.4$) และพบว่าอายุของเด็กกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติ มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.015$)

สำหรับตัวแปรระยะเวลาเข้ารับการรักษ พบว่าระยะเวลาเข้ารับการรักษของเด็กกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติ มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.033$) ในส่วนตัวแปรการรักษโดยวิธีรับประทานยา พบว่ารูปแบบรับประทานยา มีพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติ ($\bar{X} = 2.6$) น้อยกว่ารูปแบบไม่รับประทานยา ($\bar{X} = 1.5$) ในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ผลวิเคราะห์ตัวแปรระยะเวลาเข้ารับการรักษ พบว่าเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษ ในช่วง 4 - 56 เดือน มีพฤติกรรมเด็กด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ($\bar{X} = 4.7$) น้อยกว่าเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษ ในช่วง 109 - 161 เดือน ($\bar{X} = 3.2$) สำหรับตัวแปรการรักษโดยวิธีทานยา พบว่ารูปแบบรับประทานยา มีพฤติกรรมเด็กด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ($\bar{X} = 4.7$) น้อยกว่ารูปแบบไม่รับประทานยา ($\bar{X} = 3.6$) ในภาพรวมทั้งหมด 4 ด้าน ผลวิเคราะห์ตัวแปรระยะเวลาเข้ารับการรักษ พบว่าระยะเวลาเข้ารับการรักษของเด็กกับแบบประเมินพฤติกรรมเด็กรวม 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.027$) สำหรับตัวแปรการรักษโดยวิธีทานยา พบว่ารูปแบบรับประทานยา มีพฤติกรรมเด็กรวม 4 ด้าน ($\bar{X} = 16.5$) น้อยกว่ารูปแบบไม่รับประทานยา ($\bar{X} = 11.3$)

ตารางที่ 3. แสดงผลการวิเคราะห์พหุคูณ ปัจจัยทำนายระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเด็ก

SDQ	อารมณ์	สมาธิ	ความประพฤติ	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	รวมทั้งหมด 4 ด้าน	สัมพันธ์ภาพทางสังคม
ตัวแปร						
สถานะความสัมพันธ์	-	B = -1.518 $P = .021$	-	-	-	-
อาชีพผู้ดูแล	-	B = -1.171 $P = .039$	-	-	-	-
อายุเด็ก	-	B = -.215 $P = .004$	B = -.147 $P = .042$	-	-	-
รักษโดยวิธีทานยา	-	B = 1.610 $P = .002$	B = 1.083 $P = .024$	B = 1.063 $P = .034$	B = 5.154 $P < .001$	-

B = linear regression

ผลการวิเคราะห์พหุคูณด้านสมาธิ (ตารางที่ 3) พบว่าคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิของเด็กออทิสติก = 7.8 และมีความสัมพันธ์กับการรักษาโดยการรับประทานยา อายุของเด็ก สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลอาชีพของผู้ดูแล (ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว) และ $R^2 = 31.3$ แสดงว่าการรักษาโดยการรับประทานยา อายุของเด็ก สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและอาชีพของผู้ดูแล (ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิของเด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 31.3 สำหรับผลการวิเคราะห์พหุคูณด้านด้านความประพฤติ พบว่าคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติของเด็กออทิสติก = 2.9 และมีความสัมพันธ์กับการรักษาโดยการรับประทานยา อายุของเด็ก และ $R^2 = 10.9$ แสดงว่าการรักษาโดยการรับประทานยาและอายุของเด็ก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติของเด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 10.9 ส่วนผลการวิเคราะห์พหุคูณด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พบว่าคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็กออทิสติก = 3.6 และมีความสัมพันธ์กับการรักษาโดยการรับประทานยา และ $R^2 = 5.5$ แสดงว่าการรักษาโดยการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของเด็ก ออทิสติกประมาณร้อยละ 5.5 และผลการวิเคราะห์พหุคูณภาพรวมทั้งหมด 4 ด้าน พบว่าคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กรวม 4 ด้านของเด็กออทิสติก = 11.3 และมีความสัมพันธ์กับการรักษาโดยการรับประทานยา และ $R^2 = 16.3$ แสดงว่าการรักษาโดยการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็กรวม 4 ด้านของเด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 16.3

อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับสูง

จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.9 พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติในทางลบ ($r = -0.227$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไกล่เคียงกับงานวิจัยของ นันทชา สงวนกุลชัย⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรม เกเรปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.206, -0.220$ และ -0.221 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันน้อย ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ ความสนิทสนมลดลง ทำให้เวลาเด็กพบปัญหาใด ๆ ก็ไม่กล้าเข้าหาผู้ดูแลโดยตรง เกิดความไม่ไว้วางใจ ความสัมพันธ์ตามบทบาทสมาชิกในครอบครัว เกิดความผูกพัน ไกล่ชิด มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เด็กรู้สึกมีความสุข ที่ได้รับความอบอุ่น เกิดความมั่นคงทางจิตใจ⁽¹⁰⁾ และเมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพฤติกรรมเด็กด้านความประพฤติ อาทิ มักจะอาละวาดหรือโมโหง่าย ไม่เชื่อฟัง มักจะไม่ทำตามที่ถูกผู้ใหญ่ต้องการ มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่นหรือรังแกเด็กอื่น ชอบโกหกหรือขี้โกงและขโมยของของที่บ้าน ที่โรงเรียนหรือที่อื่น ข้อคำถามเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลมาจากความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญวิทย์ พรนพดล⁽¹¹⁾ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพต่ำหรือไม่เหมาะสม มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มักจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านลบของเด็ก

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีพอสมควร จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.4 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.2 และอยู่ในระดับดีเล็กน้อย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 ซึ่งไกล่เคียงกับการศึกษาของ ดารุณี งามข้า⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครอง

เด็กออทิสติก สถาบันราชานุกูล ผลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีพอสมควร ร้อยละ 62.5 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 21.67 และอยู่ในระดับดีเล็กน้อย 15.83 ซึ่งในส่วนของการหาความสัมพันธ์นั้น ไม่พบความสัมพันธ์ในทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ พบว่าความสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางลบ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของดารุณี งามขำ⁽¹²⁾ ที่พบว่าการศึกษาปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ทัศนคติของบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก พบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.3 ตรงกับการศึกษาของ ดวงใจ พันธภาค⁽¹³⁾ ที่ศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ซึ่งพบว่าทัศนคติต่อการดูแลบุตรออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66 โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเด็กทั้งภาพรวมและรายด้านแล้ว พบว่าทัศนคติบิดามารดาต่อการดูแลบุตรออทิสติก กับพฤติกรรมเด็กทั้งภาพรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นเพราะทัศนคติเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงพฤติกรรมที่มีต่อกลุ่มคน สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ⁽¹⁴⁾ โดยอาจจะเป็นไปในทิศทางทั้งทางบวกและทางลบ และเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตามเวลาได้ตลอด ขึ้นอยู่กับปัจจัยสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถบอกพฤติกรรมของเด็กออทิสติกได้ชัดเจน และผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคออทิสติกระดับหนึ่ง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลค่อย ๆ ปรับความคิด ความรู้สึก และมุมมองของตนเอง ซึ่งอาจเรียกรวมได้ว่าเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลบุตร ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากลูกก็เป็นที่ยอมรับและเป็นที่เข้าใจของผู้ดูแลมากขึ้น และอีกทั้งคะแนนพฤติกรรมเด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ทำให้ทัศนคติของ

บิดามารดาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเด็กออทิสติกของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาแบบสอบถามพฤติกรรมเด็ก พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กออทิสติก กลุ่มที่ทำการเก็บข้อมูล ส่วนใหญ่พบปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านสมาธิ พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความประพฤติ (ร้อยละ 35.4, 29.3 และ 23.2) ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ รจนา สงวนดี⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกราะและพฤติกรรมทางอารมณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Maljaars J. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าเด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 70.9 ซึ่งโดยรวมแล้วเด็กออทิสติกมีความผิดปกติของการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เป็นอาการหลักที่สำคัญที่สุด⁽¹⁷⁾ ตั้งแต่ขวบปีแรก ก็ไม่ค่อยชอบให้อุ้ม ไม่ส่งภาษา ไม่สบตา เมื่อถึงอายุ 2 - 3 ขวบ ก็พบความผิดปกติที่ชัดเจนขึ้น คือ เด็กไม่สามารถแสดงความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่ตอบสนองเวลามีคนเรียก วันก่อนเข้าเรียนพบการขาดทักษะทางสังคม ไม่สนใจหรือเข้าหากับเด็กคนอื่นในวัยเดียวกันได้ วัยเรียนไม่เข้าใจสถานการณ์ที่ซับซ้อนขึ้น ไม่มีเพื่อนสนิท เก็บตัวลำพัง โดยภาพรวมแล้วพบปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ชัดเจนกว่าพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ตั้งแต่ขวบปีแรกจนถึงวัยเรียนและยังส่งผลต่อไปเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับทฤษฎีของ Dr. Wing ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมและความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นของเด็กออทิสติกไว้ 3 กลุ่ม 1) กลุ่มแยกตัว (aloof) คือ กลุ่มที่ต้องการอยู่คนเดียว ไม่ต้องการมีเพื่อนพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ต้องติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น 2) กลุ่มอยู่เฉย (passive) คือ กลุ่มที่ผู้ป่วยจะไม่เข้าหาบุคคลอื่นด้วยตัวเองก่อน แต่ก็จะไม่ปฏิเสธที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเวลาผู้อื่นเข้ามาชวนเล่นด้วย 3) กลุ่ม

เข้าหาคนแต่ประหลาด (active but odd) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่พยายามเข้าหาบุคคลอื่น แต่เนื่องจากขาดทักษะความเข้าใจทางสังคม จึงทำให้ดูแปลกประหลาดในสายตาคนอื่น จึงมักถูกมองว่าเป็นตัวตลก

ปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เห็นความแตกต่าง อาทิ ปัจจัยระยะเวลาที่เข้ารับการรักษามาเป็นระยะเวลาพบว่าเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษามาเป็นระยะเวลา 4 - 56 เดือน มีพฤติกรรมด้านสมาธิและพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนน้อยกว่าเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษามาเป็นระยะเวลา 109 - 161 เดือน ซึ่งอาจเป็นเพราะธรรมชาติของโรคออทิสติกนั้นเป็นโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน และต้องอาศัยความร่วมมือจากบิดามารดาผู้ดูแลของเด็กออทิสติกด้วย ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไป เด็กออทิสติกได้รับการรักษามาตลอด บิดามารดาผู้ปกครองมีเวลาในการปรับตัวในการดูแลเด็กออทิสติก และมีเวลาในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถทำให้เด็กออทิสติกสามารถมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ตามลำดับ อีกทั้งจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าปัจจัยระยะเวลาการเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเด็กด้านสมาธิ ด้านความประพฤติ และพฤติกรรมเด็กในภาพรวม ซึ่งหมายความว่าเมื่อเด็กออทิสติกได้รับการรักษานานขึ้น เด็กออทิสติกก็จะมีปัญหาพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ลดน้อยลง

ข้อจำกัดในการวิจัย พบว่าการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ และต้องมีการสุ่มตัวอย่างที่ดี อีกทั้งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้การเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งที่เข้าไปทำการเก็บข้อมูลอาจมีผลต่อการตอบคำถามที่แตกต่างกัน อาจไม่ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไปคือ ควรศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น รูปแบบการเลี้ยงดู สุขภาพจิตของผู้ดูแล โรคร่วมของเด็ก (comorbidity) เพื่อให้ผลการศึกษามีการครอบคลุมมากขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก และควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในระยะยาว เพื่อให้สามารถเข้าใจและสามารถเก็บข้อมูลทั้งแบบ ระยะยาวและข้อมูลเชิงลึกได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

เด็กออทิสติกจะมีปัญหาพฤติกรรมเกิดขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางด้านครอบครัว ผู้ดูแล ปัจจัยจากตัวเด็กออทิสติก และปัจจัยทางด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์ ดังนั้นการดูแลหรือจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจึงควรมีการดูแลรักษาแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งกับครอบครัว และตัวเด็กเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ และขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ทุกท่านที่คอยอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวภา สุขเฉลิมชัย. การศึกษาทักษะการรอคอยของเด็กออทิสติกโดยการสอนด้วยเรื่องราวทางสังคม [ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
2. วราณัฐ พิชิตยศวิน. ประสิทธิผลของกิจกรรมดนตรีบำบัดต่อพัฒนาการทางสื่อความหมายและปฏิสัมพันธ์ของนักเรียนออทิสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย; 2555.
3. ชูศักดิ์ จันทยานนท์. เด็กออทิสติกคือใคร [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiparents.com/>.
4. จริญญา แก้วสกุลทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรม การสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
5. อุมพร ตรังคสมบัติ. จิตพยาธิสภาพของครอบครัวผู้ป่วยโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

6. จิรวัดน์ ธนราพงศ์. ปัจจัยทางจิตสังคมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาที่มีบุตรออทิสติก [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
7. พรพิมล วรภูมิพุทธพงศ์, สงคราม เชาวศิริป. การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม. มนุษยศาสตร์สาร 2549:7:3-47.
8. มาโนช อภรณ์สุวรรณ. โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมิลีกรุ๊ป; 2550.
9. นันทชา สงวนกุลชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
10. ลำเจียก กำธร, หรรษา เศรษฐบุปผา, ซาลินี สุวรรณยศ. ความผูกพันในครอบครัวความเชื่อที่ไร้เหตุผลและภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร 2550; 34:88-100.
11. ชาญวิทย์ พรนภดล. มารู้จักเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ. กรุงเทพฯ: เจนเซนซีแลค; 2546.
12. ดารุณี งามขำ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
13. ดวงใจ พันธภาค. ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
14. Hogg MA. Social psychology structure and function of attitude. United Kingdom: Mathematical Composition Setters; 1998.
15. รจนา สงวนดี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกก่อนวัยเรียน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
16. Maljaars J, Boonen, H, Lambrechts G, Leeuwen KV, Neons I. Maternal parenting behavior problems in families of children and adolescents with spectrum disorder. J Autism Develop Dis 2013;44:501-12.
17. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545.

Review article

Physical therapy for frozen shoulder

Runchida Phimarn

Abstract

Frozen shoulder, or adhesive capsulitis is usually described as inflammation and fibrosis of the glenohumeral joint capsule and coracohumeral ligament. It is a very common condition with the prevalence of 2 - 5% in the general population, and 10 - 20% of the diabetic population, mostly between ages 40 - 65 years old; and as females are more affected than males. It has a gradually spontaneous onset of pain and progresses to loss of active and passive glenohumeral joint motions which further lead to limit the shoulder function. A classification of frozen shoulder is divided into 2 types: primary and secondary types. The primary type arises spontaneously without an obvious preceding event but the secondary type is associated with intrinsic, extrinsic and systemic factors. The risk factors are trauma, surgery, diabetes, thyroid, cardiac, Parkinson's diseases, and stroke.

The diagnosis of frozen shoulder is based on a past history and physical examination without formal criteria. There are a number of treatments for frozen shoulder including resting, analgesic and NSAIDs, corticosteroid injections, physical therapy, manipulation under anesthesia and arthroscopic capsular releasing.

Physical therapy and home exercise programs are importantly considered as conservative treatment of frozen shoulder for relieving pain, preventing joint stiffness, increasing range of motion, restoring muscular strength and gaining function of shoulder.

Keywords: Frozen shoulder, physical therapy.

Correspondence to: Runchida Phimarn. Department of Rehabilitation Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand. E-mail: Runchida.N@hotmail.com

Received: September 15, 2018

Revised: November 28, 2018

Accepted: December 10, 2018

บทฟื้นฟูวิชาการ

กายภาพบำบัดในภาวะข้อไหล่ติด

รัชชิตา ภิมาล*

บทคัดย่อ

ข้อไหล่ติด เป็นภาวะที่มีการอักเสบและหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อและเส้นเอ็นคอราโคอิวเมอรัล ซึ่งพบได้บ่อย ความชุกประมาณร้อยละ 2 - 5 ของประชากรทั่วไป มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุประมาณ 40 - 65 ปี อาการแสดงเริ่มจากอาการปวดและค่อย ๆ ปวดเพิ่มขึ้น ทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่น้อยลง จนนำไปสู่การจำกัดการทำงานของข้อไหล่ ภาวะข้อไหล่ติดแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดปฐมภูมิ ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุและชนิดทุติยภูมิ ซึ่งเกิดขึ้นจากปัจจัยภายในร่างกาย ภายนอกร่างกายและจากระบบอื่น ๆ ในร่างกาย ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะข้อไหล่ติด ได้แก่ ภายหลังเกิดอุบัติเหตุและการผ่าตัด, โรคเบาหวาน, โรคไทรอยด์, โรคหัวใจ, โรคพาร์กินสัน และโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติดอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย การรักษาหลายวิธี เช่น การพัก การรับประทานยาบรรเทาอาการปวด และยาต้านการอักเสบ การฉีดยาเข้าข้อ การรักษาทางกายภาพบำบัด การดัดดึงภายใต้การดมยาสลบ และการผ่าตัดส่องกล้อง

การรักษาทางกายภาพบำบัดและการให้โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน เป็นแนวทางสำคัญในการรักษาภาวะข้อไหล่ติด เพื่อลดอาการปวด ป้องกันข้อติดและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ รวมถึงเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่และทำให้สามารถกลับมาใช้งานของข้อไหล่ในชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ: ภาวะข้อไหล่ติด, การรักษาทางกายภาพบำบัด.

ข้อไหล่ติด (frozen shoulder, adhesive capsulitis) เป็นภาวะที่มีการอักเสบและหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อและเส้นเอ็น coracohumeral ligament⁽¹⁻²⁾ ทำให้มีอาการปวดที่ไหล่ โดยอาการปวดค่อย ๆ เพิ่มขึ้นและอาจปวดมากตอนกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ ส่วนพิสัยการเคลื่อนไหวจะค่อย ๆ ลดลง จนเกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในทิศทางต่าง ๆ ทั้งแบบทำเอง (active) และผู้อื่นทำให้ (passive)^(1, 3-5) โดยเฉพาะในการทำหมุนแขนออกนอก (external rotation) ร่องลงมา คือท่ากางแขน (abduction) และท่าหมุนแขนเข้าใน (internal rotation)^(1, 3-4) จนนำไปสู่การจำกัดการทำงานของข้อไหล่ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การหิ้วม การแต่งตัว การติดตะขอเสื้อชั้นใน การรับประทานอาหาร การเอื้อมหยิบของบนที่สูง การยกของ เป็นต้น^(1, 3, 6)

ระบาดวิทยา (epidemiology)

พบได้ร้อยละ 2 - 5 ของประชากรทั่วไป^(1, 7) และร้อยละ 10 - 20 ในผู้ป่วยเบาหวาน⁽⁸⁻⁹⁾ พบมากที่สุดอายุ 40 - 65 ปี ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽¹⁾ โดยอาการเริ่มจากข้อไหล่ที่แข็ง พบว่าร้อยละ 20 - 30 ของผู้ป่วยข้อไหล่ติดมีอาการข้อไหล่ติดด้านตรงข้าม แต่อาการมักไม่เป็นซ้ำกับข้อไหล่ข้างเดิม⁽¹⁰⁾

สาเหตุ (etiology)

แม้ว่าสาเหตุการเกิดยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ ทำให้มีการหนาตัวและหดรั้งของเยื่อหุ้มข้อและเส้นเอ็น coracohumeral ligament นำไปสู่อาการปวดที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นและการลดลงของพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ทั้งแบบ active และ passive ของ glenohumeral joint⁽²⁻³⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะข้อไหล่ติด คือ ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุและการผ่าตัด, การเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดน้อยลง, โรคเบาหวาน, โรคไทรอยด์, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคพาร์กินสัน⁽⁶⁾

การจำแนกชนิดของข้อไหล่ติด

ชนิดของข้อไหล่ติด^(3,11) แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

1. ชนิดปฐมภูมิ (primary frozen shoulder, idiopathic frozen shoulder) เกิดโดยไม่ทราบสาเหตุและไม่มี ความผิดปกติของระบบอื่นร่วมด้วย
2. ชนิดทุติยภูมิ (secondary frozen shoulder) ผู้ป่วย มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุมาก่อน

2.1 สาเหตุภายในข้อไหล่ (intrinsic cause) เช่น การอักเสบหรือการฉีกขาดของเอ็นกล้ามเนื้อ rotator cuff การอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อ biceps brachii การหักของกระดูกบริเวณข้อไหล่ เป็นต้น

2.2 สาเหตุภายนอกข้อไหล่ (extrinsic cause) เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งทำให้เกิดภาวะจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ จากกล้ามเนื้อเกร็งตัว (spasticity, rigidity) หรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลให้เกิดการยึดติดของข้อไหล่ตามมาในภายหลังได้

2.3 โรคทางระบบของร่างกาย (systemic disease) เช่น โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์

ระยะข้อไหล่ติด

ระยะข้อไหล่ติด แบ่งเป็น 3 ระยะคือ^(5, 11-13)

1. ระยะปวด (painful phase) ระยะนี้อาการปวดที่ไหล่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเมื่อมีการขยับเคลื่อนไหวข้อไหล่ อาจปวดมากตอนกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ และพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ค่อย ๆ ลดลง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 3 - 9 เดือน
2. ระยะข้อติด (stiff phase) ระยะนี้อาการปวดจะลดลง เริ่มมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การจำกัดการทำงานของข้อไหล่ในชีวิตประจำวัน ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 4 - 12 เดือน
3. ระยะฟื้นตัว (recovery phase) ระยะนี้อาการปวดลดลงมาก พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จะเพิ่มมากขึ้น ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 12 - 26 เดือนหรือมากกว่า

การซักประวัติ (history talking)⁽³⁾

ควรซักประวัติเกี่ยวกับ อายุ โรคประจำตัว มือข้างที่ถนัด อาชีพ การเล่นกีฬา การยกของหนัก ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ เวลาที่เริ่มแสดงอาการ ตำแหน่ง อาการ ลักษณะอาการ อาการปวดร้าวไปที่อื่น ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ ปัจจัยที่ทำให้อาการปวดลดลง การรักษาที่ผ่านมา การปวดตอนกลางคืน ผลกระทบต่อการทำงานของไหล่ รวมถึงอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การบวม ข้อไหล่ติดแข็ง การจำกัดการเคลื่อนไหว เสียงดังในข้อไหล่ ความไม่มั่นคง อาการปวดต้นคอ ร้าวลงแขน อาการอ่อนแรง หรืออาการชา เป็นต้น

การตรวจร่างกาย (physical examination)^(3, 5, 14 - 15)

สังเกตไหล่ทั้งด้านข้างและด้านหลังเพื่อดูว่า ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อฝ่อลีบ มี winged scapula มีข้อไหล่ผิดปกติหรือไม่ ตรวจดูแนวของกระดูกสันหลังโดยรวม เช่น ศีรษะ คอ บ่า และลำตัวของผู้ป่วย คลำเพื่อตรวจดูอุณหภูมิของข้อไหล่ คลำหาจุดกดเจ็บ ควรตรวจพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทั้งแบบ active และ passive ให้ครบทุกระนาบ การเคลื่อนไหว โดยตรวจทั้ง 2 ข้างเพื่อเปรียบเทียบกัน ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ความมั่นคงของข้อไหล่ การตรวจพิเศษต่าง ๆ เมื่อสงสัยการบาดเจ็บของเส้นเอ็น เช่น Jobe's test, Speed's test เป็นต้น ตรวจพิสัยการเคลื่อนไหวของคอและอาการแสดงของภาวะเส้นประสาทคอถูกกดทับ รวมไปถึงอาการปวดมาจากการปวดร้าวจากสาเหตุอื่นหรือไม่ และการตรวจทางระบบประสาท เช่น sensation ตาม dermatomes, motor power ตาม myotomes และ reflexes เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (investigation)^(3,13)

โดยทั่วไปการวินิจฉัยภาวะ frozen shoulder อาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลัก การตรวจทางรังสีวิทยาอาจใช้ในกรณีที่สงสัยสาเหตุอื่น ๆ หรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะข้อไหล่ติด เช่น การถ่าย

ภาพรังสีข้อไหล่ (plain film x-ray) ในท่า anteroposterior, lateral และ axillary view โดยทั่วไปผลการถ่ายภาพรังสีในภาวะข้อไหล่ติดมักจะปกติ แต่ภาพถ่ายรังสีจะแสดงให้เห็นถึงความกว้างของ joint space, การกร่อนของผิวข้อ periarticular, การมีหินปูนที่ไหล่, การบวมของผิวข้อ, การเสื่อมของข้อ, การเคลื่อน, ภาวะกระดูกพรุน หรืออาจพบการลดลงของความหนาแน่นของกระดูก ซึ่งมักสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้แขนลดลง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงอื่นอาจมีความจำเป็น ต้องถ่ายภาพรังสีกระดูกต้นคอ และภาพรังสีทรวงอกเพิ่มเติม

การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography)

เป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถแยกพยาธิสภาพของ rotator cuff, calcific tendinitis และพยาธิสภาพของ biceps brachii ได้ นอกจากนี้ยังสามารถทำการตรวจแบบ dynamic test สามารถวินิจฉัย impingement syndrome และประเมิน joint effusion ซึ่งบ่งบอกถึง inflammatory arthropathies ได้ ข้อดีของ ultrasonography คือสามารถให้การรักษาได้ โดยการทำ ultrasound guide injection เมื่อเห็นพยาธิสภาพ เช่น ในกรณีการทำ subacromial injection, biceps tendon sheath injection เป็นต้น อย่างไรก็ตามความน่าเชื่อถือของการทำ ultrasonography ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ตรวจด้วย (operator dependent) และไม่สามารถประเมินเนื้อเยื่อที่อยู่ชั้นลึกได้

การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI)

เป็นเทคนิคที่เลือกใช้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่ผิดปกติอย่างซับซ้อนและมีผลภาพถ่ายรังสีปกติ MRI สามารถแยกความแตกต่างของเนื้อเยื่อได้อย่างชัดเจน ซึ่งสามารถตรวจประเมิน labrum, articular cartilage, capsule, glenoid, humeral head และเนื้อเยื่อที่อยู่ชั้นลึกได้ดี

การตรวจด้วยการส่องกล้อง (arthoscopy)

มีประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษา intraarticular lesion, detachment of the labrum or capsule, impingement or tears of the rotator cuff การส่องกล้องเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวินิจฉัย superior labrum, anterior and posterior tears และใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของ glenohumeral joint และ subacromial space ได้

การวินิจฉัย (diagnosis)^(5, 11)

การวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติดชนิดปฐมภูมิ ทำได้ง่ายอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจ special test

การวินิจฉัยภาวะข้อไหล่ติดชนิดทุติยภูมิ อาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจเพิ่มเติมมีความจำเป็นในบางราย รายละเอียดของการวินิจฉัยมีความแตกต่างกันบ้าง ที่ใช้บ่อยคือ Kessel's criteria ซึ่งมีรายละเอียด คือ

1. มีประวัติการเคลื่อนไหวของไหล่ลดลง โดยไม่มีการบาดเจ็บที่ชัดเจนหรือการผ่าตัดบริเวณข้อไหล่
2. การตรวจร่างกาย พบมีการจำกัดการเคลื่อนไหวในทุกระนาบ โดยไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งความมั่นคงของข้อไหล่และพื้นผิวข้อปกติด้วย
3. การตรวจ X-ray พบข้อข้อปกติ แต่อาจพบภาวะกระดูกบางได้

การรักษา (treatment)^(3, 5, 9, 16)

แม้ว่าภาวะข้อไหล่ติดสามารถหายเองได้ แต่ต้องใช้เวลานาน ดังนั้นการรักษาอาการปวด พิสัยการเคลื่อนไหวที่ลดลงและการจำกัดการทำงานของข้อไหล่จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษา ซึ่งขึ้นกับความเรื้อรังและความรุนแรงของอาการ การรักษาภาวะข้อไหล่ติดมีหลายวิธี เช่น การพัก การรับประทานยาบรรเทาอาการปวด และยาต้านการอักเสบ การฉีดยาเข้าข้อ (intra articular corticosteroid injections) การรักษาทางกายภาพบำบัด

(physical therapy) หากอาการข้อไหล่ติดไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษามาแล้ว 6 เดือน อาจพิจารณาการดัดดึงภายใต้การดมยาสลบ (manipulation under anesthesia) หรือการผ่าตัดส่องกล้อง (arthroscopic capsular release) ต่อไป

การรักษาทางกายภาพบำบัดในภาวะข้อไหล่ติด

(physical therapy for frozen shoulder)⁽³⁾

การรักษาทางกายภาพบำบัดและการให้โปรแกรมไปออกกำลังกายที่บ้าน เป็นแนวทางสำคัญในการรักษาภาวะข้อไหล่ติด โดยวัตถุประสงค์เพื่อ

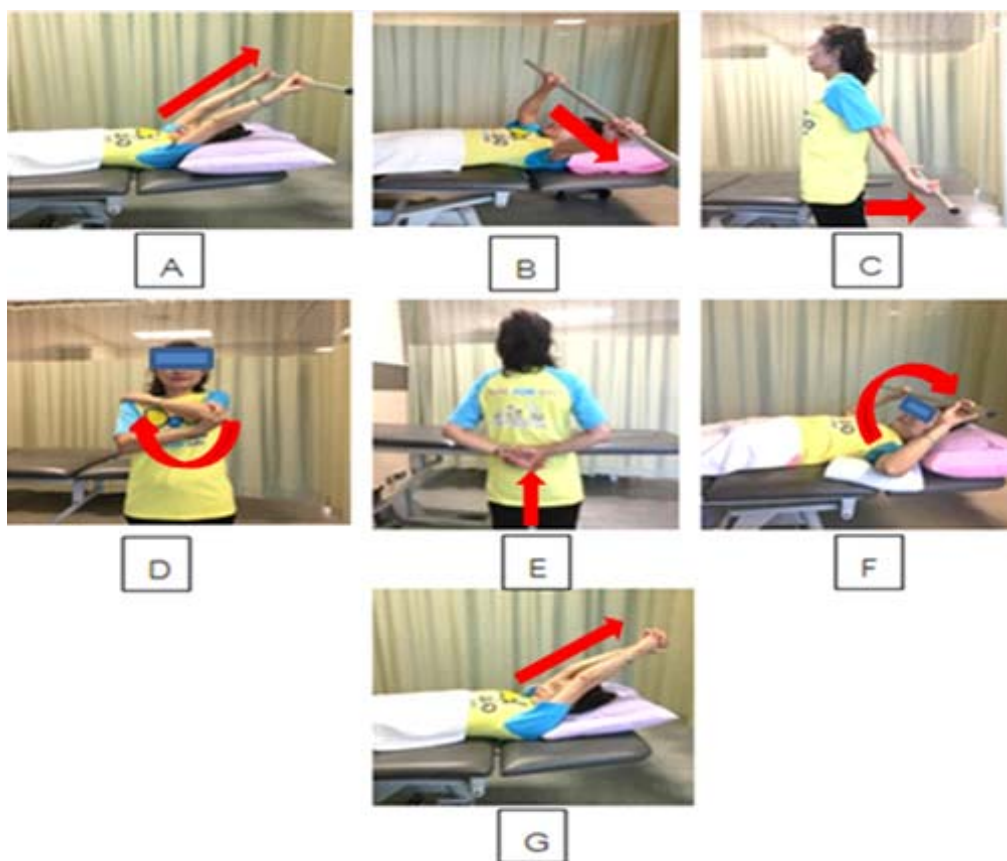
1. บรรเทาอาการปวด
2. ป้องกันข้อติดเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่
3. เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและการกลับมาใช้งานของข้อไหล่ในชีวิตประจำวันได้

แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดในภาวะข้อไหล่ติดระยะต่างๆ

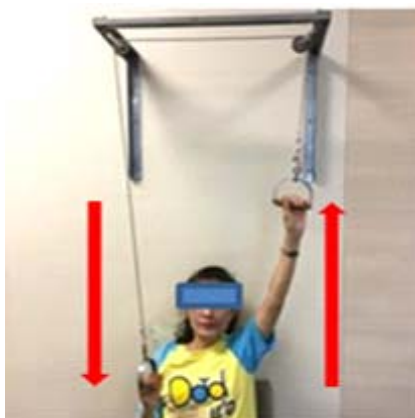
1. **ระยะปวด (painful phase)^(2, 15, 17 - 20)** ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ดังนั้นควรลดอาการปวดก่อนการออกกำลังกายโดยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด เช่น การประคบเย็น (cold), การประคบร้อน (heat), การรักษาด้วยความร้อนลึก เช่น Ultrasound, Shortwave Diathermy (SWD) นอกจากนี้ยังรักษาด้วย Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) และ Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (LASER) ที่สามารถช่วยลดอาการปวดได้ดีอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการรักษาเพื่อป้องกันข้อติดและการเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่นั้น ประกอบด้วย pendulum exercise (รูปที่ 1), rang of motion exercise (รูปที่ 2), pulley exercise (รูปที่ 3), wall exercise (รูปที่ 4), และ coracohumeral ligament stretch (รูปที่ 5) รวมถึงการแนะนำโปรแกรมการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยให้กลับไปทำเองที่บ้าน



รูปที่ 1. Pendulum exercise.



รูปที่ 2. ทำกายบริหารพิสัยเคลื่อนไหวข้อไหล่ (A) active assisted range of motion in flexion, (B) active assisted range of motion in horizontal abduction, (C) active assisted range of motion in extension, (D) active assisted range of motion in horizontal adduction, (E) active assisted range of motion in internal rotation, (F) passive external rotation, (G) passive supine forward elevation.



รูปที่ 3. Pulley exercise.



รูปที่ 4. Wall exercise.

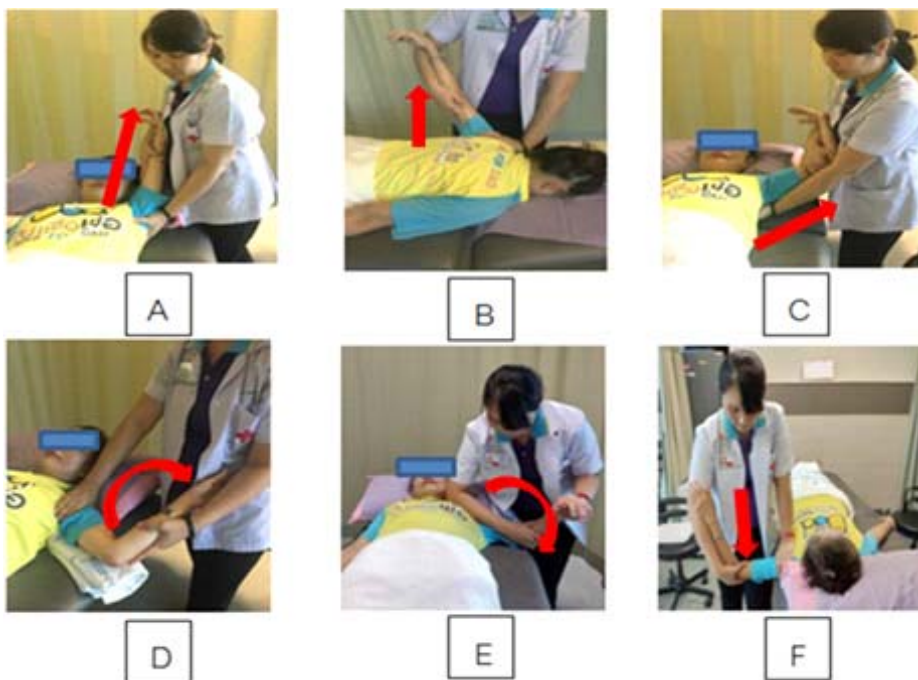
- (A) ท่าที่ 1 การเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง flexion
(B) ท่าที่ 2 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง abduction



รูปที่ 5. Coracohumeral ligament stretch.

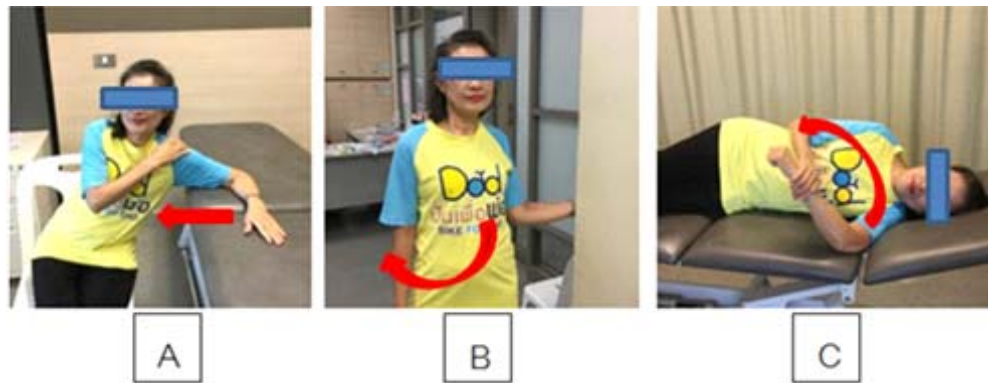
2. **ระยะที่ข้อติด (stiff phase)**^(4, 14 - 15, 17, 20 - 21) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวดลดลง สามารถใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดเพื่อลดอาการปวดก่อนออกกำลังกาย ส่วนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จะเริ่มติด ดังนั้นการรักษาจะเน้นเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ให้การรักษาโดย manual stretching exercise เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (รูปที่ 6), shoulder capsular

stretching exercise เพื่อยืด joint capsule (รูปที่ 7), shoulder joint mobilization เพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (รูปที่ 8), เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการออกกำลังกายแบบ isometric exercise (รูปที่ 9-10), และเพิ่มความมั่นคงของข้อไหล่โดย stabilization exercise (รูปที่ 11-12)



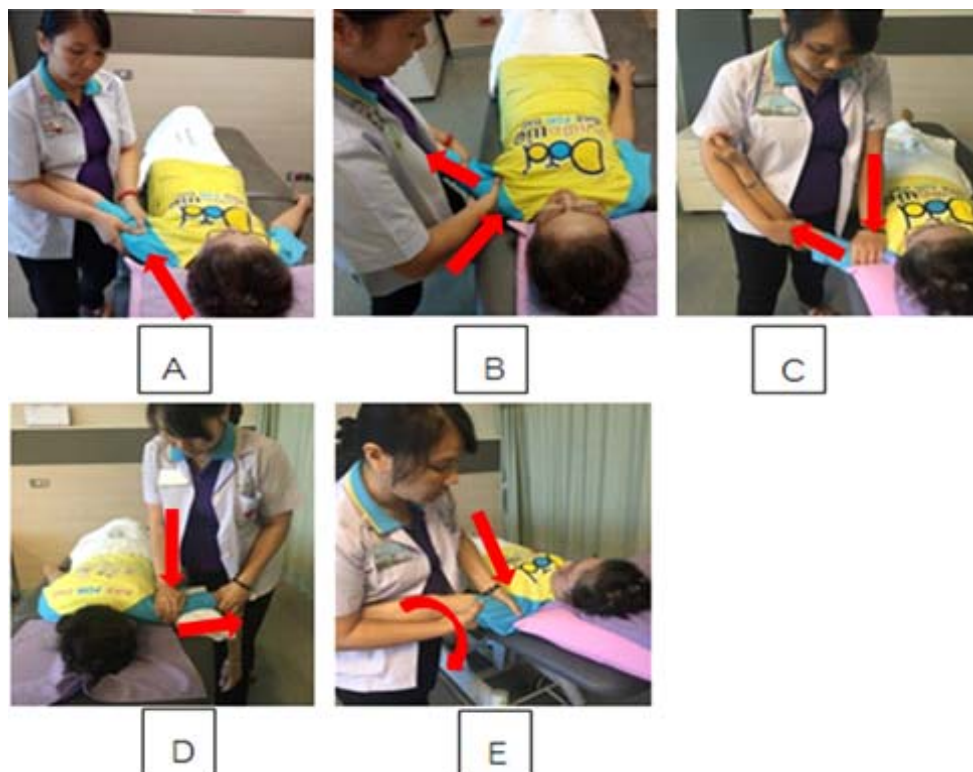
รูปที่ 6. Manual stretching.

- (A) ท่าที่ 1 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง flexion โดยการยืดกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม extensor
- (B) ท่าที่ 2 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง extension โดยการยืดกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม flexor
- (C) ท่าที่ 3 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง abduction โดยการยืดกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม adductor
- (D) ท่าที่ 4 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง external rotation โดยการยืดกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม internal rotator
- (E) ท่าที่ 5 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง internal rotation โดยการยืดกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม external rotator
- (F) ท่าที่ 6 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง horizontal adduction โดยการยืดกล้ามเนื้อ pectoralis major



รูปที่ 7. Shoulder capsular stretch exercise.

- (A) ท่าที่ 1 การออกกำลังกายแบบยืด inferior glenohumeral capsule
- (B) ท่าที่ 2 การออกกำลังกายแบบยืด anterior glenohumeral capsule
- (C) ท่าที่ 3 การออกกำลังกายแบบยืด posterior glenohumeral capsule



รูปที่ 8. Shoulder joint mobilization.

- (A) ท่าที่ 1 Glenohumeral distraction ใช้เริ่มในการรักษา
- (B) ท่าที่ 2 Glenohumeral caudal glide เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง abduction
- (C) ท่าที่ 3 Glenohumeral posterior glide เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง flexion และ internal rotation
- (D) ท่าที่ 4 Glenohumeral anterior glide เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง extension และ external rotation
- (E) ท่าที่ 5 Glenohumeral external rotation progressions เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในทิศทาง external rotation

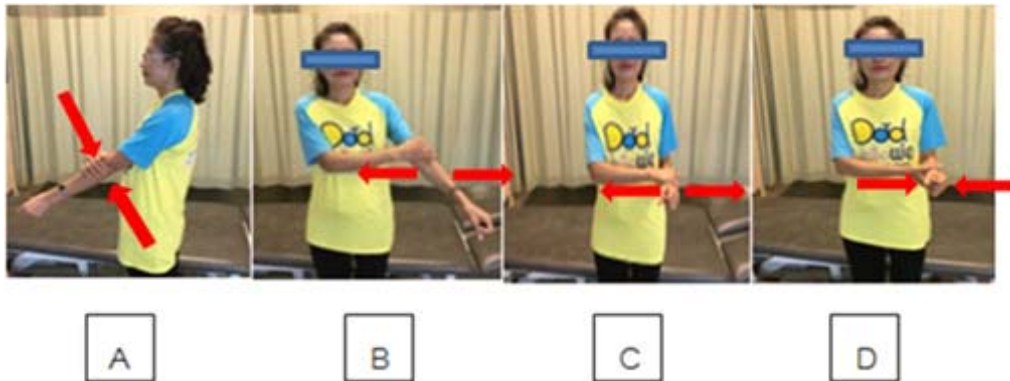
Isometric exercise

ท่าที่ 1 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม flexor (รูปที่ 9A, รูปที่ 10A)

ท่าที่ 2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม abductor (รูปที่ 9B, รูปที่ 10B)

ท่าที่ 3 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม external rotator (รูปที่ 9C, รูปที่ 10C)

ท่าที่ 4 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม internal rotator (รูปที่ 9D, รูปที่ 10D)



รูปที่ 9. Self-resistance for isometric shoulder (A) flexion, (B) abduction, (C) external rotation, (D) internal rotation.

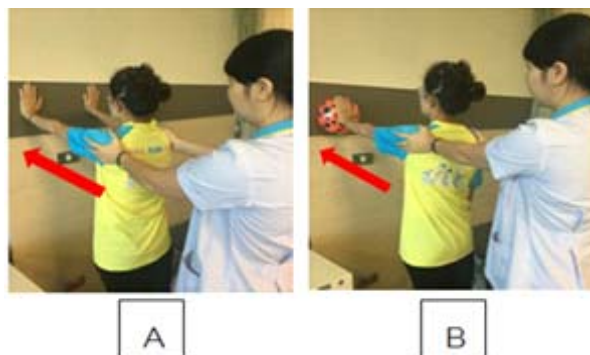


รูปที่ 10. Using a wall to provide resistance for isometric shoulder (A) flexion, (B) abduction, (C) external rotation, (D) internal rotation

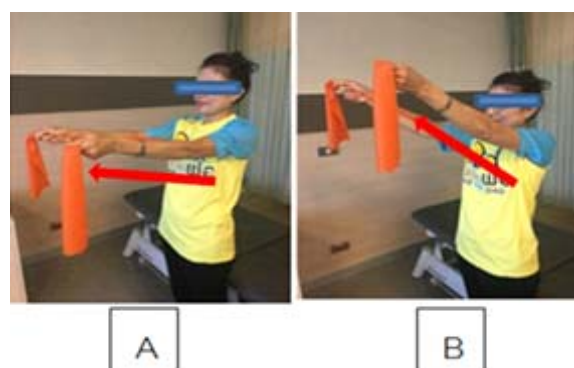
Stabilization exercise

ท่าที่ 1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของสะบักและข้อไหล่โดยการลงน้ำหนักที่มือทั้ง 2 ข้างต้านกับกำแพง (รูปที่ 11A), การต้านกับลูกบอล (รูปที่ 11B)

ท่าที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความมั่นคงของสะบักและข้อไหล่โดยการต้านกับ theraband ในท่า chest press (รูปที่ 12A), ในท่า shoulder press (รูปที่ 12B)



รูปที่ 11. Closed-chain scapular and glenohumeral stabilization exercises (A) Bilateral support in a minimal weight-bearing position with both hands against a wall, (B) Unilateral support on a ball



รูปที่ 12. Open-chain scapular and glenohumeral stabilization exercises (A) chest press, (B) shoulder press

3. **ระยะที่ฟื้นตัว (recovery phase)**^(1, 9 - 10, 21) ระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาให้สามารถกลับไปใช้งานข้อไหล่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน รวมถึงกลับไปเล่นกีฬาได้ ให้การรักษาโดย stretching exercise เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและยืด joint capsule ใช้เทคนิค high grade mobilization เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวข้อ และสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อไหล่โดย strengthening exercise (รูปที่ 13)

Strengthening exercise

ท่าที่ 1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม flexor (รูปที่ 13A)

ท่าที่ 2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม abductor (รูปที่ 13B)

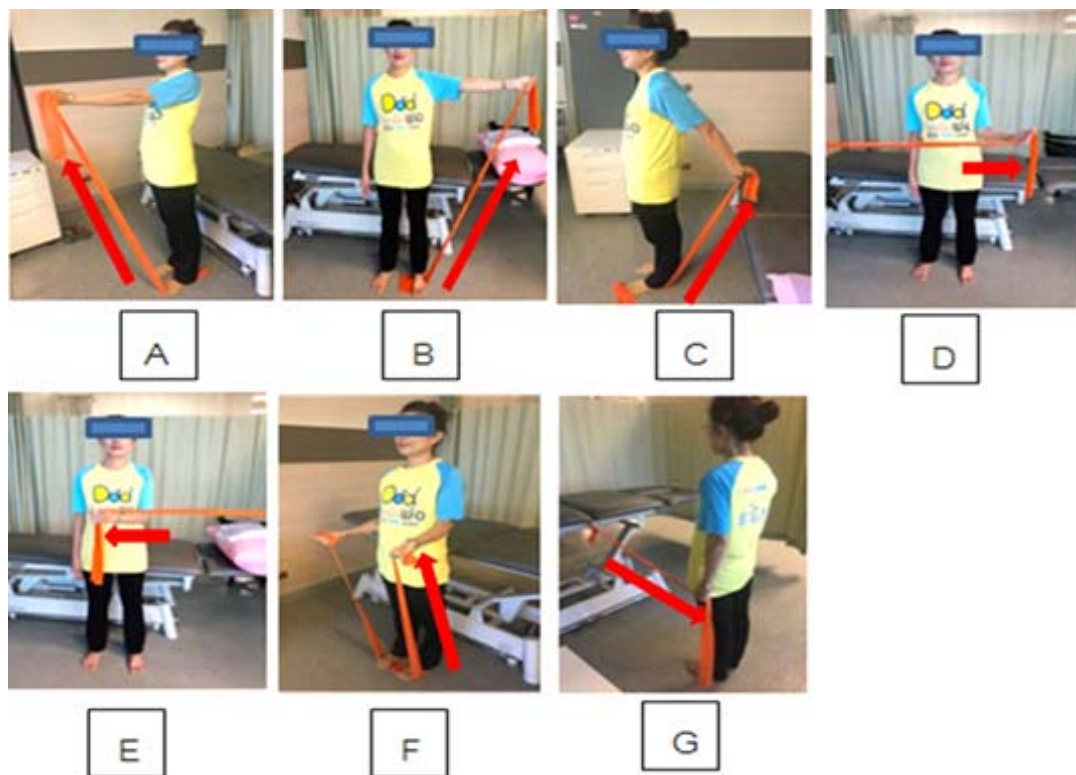
ท่าที่ 3 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม extensor (รูปที่ 13C)

ท่าที่ 4 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม external rotator (รูปที่ 13D)

ท่าที่ 5 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไหล่กลุ่ม internal rotator (รูปที่ 13E)

ท่าที่ 6 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ biceps (รูปที่ 13F)

ท่าที่ 7 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ triceps (รูปที่ 13G)



รูปที่ 13. Strengthening exercise with theraband (A) shoulder flexion, (B) shoulder abduction, (C) shoulder extension, (D) shoulder external rotation, (E) shoulder internal rotation, (F) elbow flexion, (G) elbow extension

สรุป

ข้อไหล่ติด เป็นภาวะที่มีการอักเสบและหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อและเส้นเอ็น coracohumeral ligament ทำให้มีอาการปวดที่ไหล่ โดยอาการปวดค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ส่วนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่น้อย ๆ ลดลงในทิศทางต่าง ๆ ทั้งแบบทำเองและผู้อื่นทำให้ จนนำไปสู่การจำกัดการทำงานของข้อไหล่ในชีวิตประจำวัน ภาวะนี้สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย แม้ว่าภาวะข้อไหล่ติดสามารถหายเองได้ แต่มักใช้เวลานาน จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา ซึ่งการรักษาทางกายภาพบำบัดและการให้โปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน เป็นแนวทางสำคัญในการรักษาภาวะข้อไหล่ติด ประกอบไปด้วยการลดปวดโดยใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด การป้องกันข้อติดและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวด้วย rang of motion exercise, stretching exercise และ joint mobilization รวมถึงการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและการ

ทำให้กลับมาใช้งานของข้อไหล่ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติโดย isometric exercise, stabilization exercise และ strengthening exercise เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

บทฟื้นฟูวิชาการ นี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก อาจารย์แพทย์หญิงเชิญขวัญ สอนเสาวภาคย์ และแพทย์หญิงนพพร มีจันทร์ ที่ได้ให้คำแนะนำ แนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้เขียนจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Ebadi S, Forogh B, Fallah E, Babaei GA. Does ultrasound therapy add to the effects of exercise and mobilization in frozen shoulder? A pilot randomized double-blind clinical trial.

- J Bodyw Mov Ther 2017;21:781-7.
2. Eid A. Miniopen coracohumeral ligament release and manipulation for idiopathic frozen shoulder. *Int J Shoulder Surg* 2012;6:90-6.
 3. Barua SK, Alam Z. Phonophoresis in adhesive capsulitis (Frozen Shoulder). *Chattagram Maa-O-Shishu Hosp Med Coll J* 2014;13: 60-64.
 4. Van de Laar S, Van der Zwaal P. Management of the frozen shoulder. *Orthop Res Rev* 2014; 6:81-90.
 5. พัชรวิมล คุปต์นิวัติชัยกุล. ภาวะไหล่ติด (Frozen shoulder). ใน: สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, สุรวุฒิ ปรีชานนท์, บรรณานิการ. ตำราโรคข้อ. กรุงเทพฯ: เอส. พี. เอ็น; 2548. หน้า 1338-45.
 6. Jewell DV, Riddle DL, Thacker LR. Interventions associated with an increased or decreased likelihood of pain reduction and improved function in patients with adhesive capsulitis: a retrospective cohort study. *Phys Ther* 2009; 89:419-29.
 7. Bal A, Eksioglu E, Gulec B, Aydog E, Gurcay E, Cakci A. Effectiveness of corticosteroid injection in adhesive capsulitis. *Clin Rehabil* 2008;22:503-12.
 8. Sigh H, Goyal M. Physiotherapeutic management of adhesive capsulitis a review of literature. *Int J Physiother Res* 2016;4:1719-27.
 9. Vermeulen HM, Rozing PM, Obermann WR, le Cessie S, Vliet Vlieland TP. Comparison of high-grade and low-grade mobilization techniques in the management of adhesive capsulitis of the shoulder: randomized controlled trial. *Phys Ther* 2006;86:355-68.
 10. สมควร ภารดีรุจิรา. ไหล่ สะบัก ต้นแขน (Shoulder scapula humerus). ใน: กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, สุกิจ แสงนิพนธ์กุล, กิตติวรรณ วิบุลากร, สุรัชย์ แซ่จิ่ง, บรรณานิการ. *ออร์โธปิดิกส์ ฉบับกระเป๋ากุญแจ*. โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2557. หน้า 448-52.
 11. Jain TK, Sharma NK. The effectiveness of physiotherapeutic interventions in treatment of frozen shoulder/adhesive capsulitis: a systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2014;27:247-73.
 12. Walmsley S, Rivett DA, Osmotherly PG. Adhesive capsulitis: establishing consensus on clinical identifiers for stage 1 using the DELPHI technique. *Phys Ther* 2009;89:906-17.
 13. Jason JI, Ganesh Sundaram S, Vengata Subramani M. Physiotherapy intervention for adhesive capsulitis of shoulder: a systematic review. *Int J Physiother Res* 2015;3:1318-25.
 14. Yang JL, Chang CW, Chen SY, Wang SF, Lin JJ. Mobilization techniques in subjects with frozen shoulder syndrome: randomized multiple-treatment trial. *Phys Ther* 2007;87: 1307-15.
 15. Kelley MJ, McClure PW, Leggin BG. Frozen shoulder: evidence and a proposed model guiding rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39:135-48.
 16. Neviaser AS, Hannafin JA. Adhesive capsulitis: a review of current treatment. *Am J Sports Med* 2010;38:2346-56.
 17. Chan HBY, Pua PY, How CH. Physical therapy in the management of frozen shoulder. *Singapore Med J* 2017;58:685-9.
 18. Yatheendra Kumar G, S. Sudhakar MPT, Yashvanth A, Siva Jyothi N. Effect of high grade

mobilisation techniques and scapular stabilization exercises in frozen shoulder.

Int J Phys Educ Sports Health 2015;2:80-3.

19. อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา. เวชศาสตร์ฟื้นฟูในกลุ่มอาการปวดจากระบบกล้ามเนื้อข้อต่อและกระดูก (Rehabilitation in musculoskeletal pain). ใน: วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, ภัทรพล ยศเนืองนิตย์, สิริขวัญ ปัญญาศรีวิณิช, บรรณานิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: ภาควิชา

เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560. หน้า 133-56.

20. Kisner C, Colby LA. Therapeutic exercise: foundations and techniques. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2012.
21. Knopf K. Heal your frozen shoulder: an at-home rehab program to end pain and regain range of motion. Berkeley, CA: Ulysses Press; 2017.