

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม
กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม



นางผกามาศ อ่อนขาว

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, PAIN, SOCIAL SUPPORT
AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH LUMBAR SPONDYLOSIS

Mrs. Pakamard Onkhao



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตกับความเจ็บป่วย
ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โดย

นางผกา มาศ อ่อนขาว

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

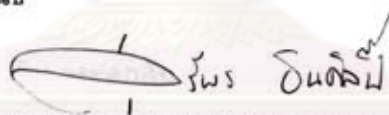
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

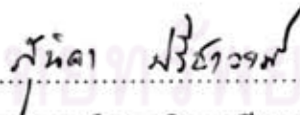


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

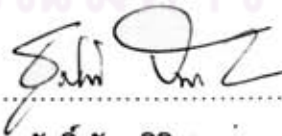
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา ปรีชาวงษ์)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิต)

ผกามาศ อ่อนขาว: ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม. (RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, PAIN, SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH LUMBAR SPONDYLOSIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์, 127 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์แบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ที่มารับการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาทและคลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70, 0.89, 0.83 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 15.46$)
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.20$)
3. ความปวดในขณะปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.34$)
4. แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

สาขาวิชา..... พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา..... 2553.....

ลายมือชื่อนิสิต..... ผกามาศ อ่อนขาว.....

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... สุนิดา ปรีชาวงษ์.....

5177576436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : UNCERTAINTY IN ILLNESS/ SOCIAL SUPPORT/ DEPRESSION/
LUMBAR SPONDYLOSIS

PAKAMARD ONKHAO: RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN
ILLNESS, PAIN, SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH
LUMBAR SPONDYLOSIS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF.SUNIDA
PREECHAWONG, 127 pp.

The purpose of this descriptive correlational study was to examine depression in patients with lumbar spondylosis and the relationships between uncertainty in illness, pain, social support and depression among these patients. Study participants consisted of 190 lumbar spondylotic patients randomly selected from the tertiary hospitals in Bangkok. The instruments for data collection included a demographic data form, the Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form, a Brief Pain Inventory-short form, Social support questionnaire, and CES-D Scale. Content validity of the questionnaires was validated by five experts. Internal consistency reliability determined by Cronbach's alpha coefficients were 0.70, 0.89, 0.83 and 0.96 respectively. Data were analyzed using Pearson's Product moment correlation coefficient. The findings were presented as follows:

1. The majority of patients with lumbar spondylosis reported no depressive symptoms ($\bar{x} = 15.46$).
2. Uncertainty in illness was significantly related to depression among patients with lumbar spondylosis ($r = .20$; $p < .01$).
3. Current pain was significantly related to depression among patients with lumbar spondylosis ($r = -0.34$; $p < .01$).
4. There was no correlation between social support and depression among patients with lumbar spondylosis.

Field of Study :Nursing Science.....

Student's Signature : *Pakamard Onkhae*

Academic Year :2010.....

Advisor's Signature : *Sunida Preechawong*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างดีเยี่ยมจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็น กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อม กันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะ และให้ ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นการช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของ เครื่องมือวิจัย ให้คำแนะนำที่มีคุณค่าตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย ครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ช่วยอำนวยความสะดวกใน การศึกษาและการทำงานวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอคลินิกโรคกระดูก และข้อ หัวหน้าหอคลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุน และให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอคลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ราชวิถี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคกระดูก สันหลังระดับเอวเสื่อมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนร่วมงาน รวมทั้ง เพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วย โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซีมีเศร่า.....	15
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	22
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ระดับเอวเสื่อม.....	27
บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความ เจ็บป่วยเพื่อป้องกันภาวะซีมีเศร่า.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	50
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51

	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	56
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	58
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
	สรุปผลการวิจัย.....	70
	การอภิปรายผลการวิจัย.....	70
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	75
	ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้.....	75
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	75
	รายการอ้างอิง.....	77
	ภาคผนวก.....	89
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	90
	ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	92
	ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
	ภาคผนวก ง ตารางข้อมูลเพิ่มเติม.....	119
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	127

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำแนกรายด้าน.....	120
2	แรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายด้าน.....	121
3	ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแสดงตามรายข้อคำถาม.....	122
4	ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรแรงสนับสนุน ทางสังคม แสดงตามรายข้อคำถาม.....	123
5	ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรภาวะซึมเศร้า แสดงตามรายข้อคำถาม.....	125
6	ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความปวด แสดงตามรายข้อคำถาม.....	126

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar spondylosis) คือโรคที่มีการเสื่อมของข้อต่อกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral disc) เป็นโรคที่เรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน (อำนาจ อุณนะนันท์, 2542) โรคนี้เกิดจากการเสื่อมเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น การใช้งานของหลังที่มากเกินไป และ/หรือการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการของโรค คือ อาการปวดหลังเรื้อรัง เมื่ออายุประมาณ 40 ปี (Winn et al., 2003) มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมจากการประกอบอาชีพรายใหม่เพิ่มมากขึ้นเกือบ 10 เท่า จาก 165 คน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 2,457 คน และ 1,099 คนในปี พ.ศ. 2548 และ 2549 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, 2551) ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต และส่งผลกระทบต่อการทำงาน (อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, 2551) และเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย เป็นชนชั้นแรงงาน ที่มีลักษณะงานที่ต้องแบกหาม อุ่มยกลงของหนัก เช่น กรรมกร เกษตรกร แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมักมีรายได้ที่ไม่แน่นอน มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และไม่มีเงินออมไว้สำหรับใช้จ่ายเมื่อจำเป็นหรือเมื่อเกิดเจ็บป่วย ทำให้ต้องทนทำงานต่อทั้งที่ยังมีอาการปวดหลัง หรือเมื่อรักษาอาการปวดหลังจนทุเลาแล้ว ก็ต้องกลับไปทำงานลักษณะเดิม ไม่มีโอกาสเลือกหรือเปลี่ยนงานให้เหมาะสมกับภาวะทุพพลภาพจากโรคได้ ทำให้กลับมีอาการปวดหลังอีก (Boera et al., 2006)

จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน เมื่อมีอาการปวดกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ต้องมาทำกายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง หรือมาตรวจตามนัดทุก 1-3 เดือน หรือมาพบแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค นอกจากนี้ยังมีค่าเดินทางมาโรงพยาบาล และการสูญเสียรายได้จากการขาดงาน หรืออาจต้องออกจากงาน หากว่าอาการปวดเรื้อรังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพขึ้น และเมื่อมีภาวะทุพพลภาพก็ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการพามาโรงพยาบาล ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดังเดิม (Acheson, 1998; Hagen, Tambs & Bjerkedal, 2006) อีกทั้งผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตจนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด (พิมพิรัก สินสมบุญรัตน์ทอง, 2551; ภัทรภกร วิริยวงศ์, 2551; Ahn et al., 2001) ผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรังร้อยละ 50 จะมีภาวะซึมเศร้า

(สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 21.6 (พิมพ์รัก สิ้นสมบุญทอง, 2551) และความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนมากถึง 121,665 คน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต , 2549)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อความเครียดที่มาคุกคาม จะหายไปเมื่อบุคคลนั้นปรับตัวได้ โดยภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า หดหู่ อ้างว้าง ท้อแท้ หมดหวัง มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Beeber, 1998) การรับรู้และการคิดช้าลง นอกจากนี้ยังทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบมากขึ้น หากมีภาวะซึมเศร้าเป็นเวลานานจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เมื่อเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมกับบทบาทของตน โดยเฉพาะการเป็นโรคที่ทำให้มีอาการปวดเรื้อรัง จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (ลิวรรณ อุณนารักษ์, 2547) จึงอาจกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เกิดจากการที่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ทำให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง และอาจเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดังเดิม

ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง (พิมพ์รัก สิ้นสมบุญทอง, 2551) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (มลฤดี บุราณ, 2548) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุหลังทำการผ่าตัดหัวใจ (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544) และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (ภัทรกรกร วิริยวงศ์, 2551) ยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม สำหรับในต่างประเทศ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Ahn et al, 2001) โดยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการปวดหลังในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ผู้ป่วยโรคนี้มักจะมีอาการปวดหลังกำเริบบ่อยครั้ง แนวทางการรักษามีการเปลี่ยนแปลงบ่อย เช่น มีการเปลี่ยนจากการให้ยาเพียงอย่างเดียวมาเป็น การรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายเกี่ยวกับโรคได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายถึงผลกระทบของโรคที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น และประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นอันตรายคุกคามความผาสุกในชีวิต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง เมื่อเป็นอยู่นานทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Reich

et al., 2006) และผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองและการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสหายขาด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจยิ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้นเท่าใด จะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไร้ค่า หมดหวัง เกิดความเครียดขึ้นร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (พิมพรัก สินสมบุญธรรมทอง, 2551; อมรพันธุ์ ธาณีรัตน์, 2551)

อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคนคอยช่วยเหลือ เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยนั้นๆ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการให้ความรักใคร่ ผูกพันช่วยเหลือกัน โดยช่วยให้คำแนะนำ หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (เตี๋นใจ ห่วงสายทอง, 2545; ภาพันธ์ เจริญสุวรรณค์, 2546; จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; พิมพรัก สินสมบุญธรรมทอง, 2551; Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากอาการปวดหลังเรื้อรังจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน เป็นกำลังสำคัญของครอบครัว การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน หรือต้องออกจากงาน การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้ท้อแท้ หมดหวัง มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Belmont, 2000) ผู้วิจัยตระหนักว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมมีความสำคัญ เพราะจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางด้านสุขภาพนำมาวางแผนในการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมให้มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นอย่างไร
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด และแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจาก ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินใจเหตุการณ์และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นๆ เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น มักจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตราย ส่งผลต่อการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009) ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ เหตุการณ์ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) การประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) การเผชิญความเครียด (Coping) และการปรับตัวซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และสะท้อนให้ปรากฏทั้งในด้านบวกและลบ (Mishel & Clayton, 2003) ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ตัวแปรความปวดเป็นตัวแทนของสิ่งที่มีมากระตุ้น (stimuli frame) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) ซึ่งสะท้อนถึงเหตุการณ์ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในขณะที่การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ (Martire, et al., 2004) ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ในการวิจัยนี้กำหนดให้ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นตัวแทนของการปรับตัวในทางลบ (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้ามักมีดังต่อไปนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้การตอบสนองต่อภาวะซึมเศร้าของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัย ไตร่ตรอง และคิดตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญกับปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีประสบการณ์ในการเผชิญกับภาวะวิกฤต

ทำให้มีพัฒนาการและวุฒิภาวะมากขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน ภัทรภากร วิริยวงศ์, 2551)

2. เพศ เป็นปัจจัยของความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิก และบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมของแต่ละคน ทำให้มีผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิต เพศชายจะมีจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่คิดมาก และปรับตัวได้มากกว่าเพศหญิง (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

3. รายได้ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตโดยตรง ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง เนื่องจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก อีกทั้งความสามารถในการทำงานลดลง อาจต้องหยุดงาน ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2548; Murata et al, 2008) ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงาน จะทำให้เกิดความเครียด จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (วาสนา ฟุ้งฟู, 2548; Mendes, Rapp, and Kasl, 1994)

4. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจากโรคเรื้อรังอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อจิตใจ ดังการศึกษาของ Koeing et al (1988) ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่บางการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546; พิมพิวัค สินสมบุรณ์ทอง, 2551) จึงปรับตัวได้ดีขึ้น เนื่องมาจากการปรับตัวของคนเราต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวนั่นเอง

5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เมื่อบุคคลต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น และไม่สามารถขจัดออกไปได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเมื่อเข้าสู่ระบบภายในบุคคล จะขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก (Mishel, 1990) ส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Mishel, 1997; Lein et al., 2009)

6. ความปวด อาการปวดเรื้อรังเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยบุคคลจะแสดงด้วยปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและอารมณ์ (นียา สออารีย์, 2546) อาการปวดที่เรื้อรัง มีอาการกำเริบขึ้นมาอีกหลังจากได้รับการรักษาไปแล้ว อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วย

คาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ขาดกำลังใจ ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (พิมพรัก สินสมบุญรณทอง, 2551; ภัทรกรกร วิริยวงศ์, 2551; Ahn et al., 2001; Parmelee et al., 2007)

7. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้วยการให้ความรักใคร่ ผูกพัน การช่วยเหลือกัน ช่วยเหลือคำแนะนำ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (เตื่อนใจ ห่วงสายทอง, 2545; ภาพันธ์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา, 2548; พิมพรัก สินสมบุญรณทอง, 2551; Woods, 2005; Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009)

ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด และแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถจัดการได้ เช่นสามารถให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เพียงพอ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แนะนำญาติผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีแก่ผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคนคอยให้ความช่วยเหลือ เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค และการจัดการกับอาการปวดหลังเรื้อรังที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเผชิญกับความปวดที่ดี ส่งผลต่อเจตคติที่ดีในการดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น การทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีความสำคัญ เพื่อที่จะได้เข้าใจผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
2. ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
3. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์แบบบรรยาย (Descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ที่มาทำกายภาพบำบัดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู และมาตรวจที่คลินิกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ที่มารับการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท และคลินิกโรคกระดูกและข้อ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินใจเหตุการณ์และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึก 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา เนื่องจากขาดข้อมูลที่เพียงพอ

2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินว่าวิธีการดูแลรักษามีหลายขั้นตอน มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานาน ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา มีระเบียบในการเข้ารับบริการ

3. ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย (Inconsistency) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่ตรงกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ ทำให้ไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

4. ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็น

ผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

วัดโดยแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form: MUIS-C) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงศ์ (2552)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมได้รับการตอบสนองของความต้องการจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมคนอื่น ใน 5 ด้าน ดังนี้

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ และการช่วยผ่อนแรงต่างๆ
3. การตอบสนองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของสังคมที่ตนอยู่
4. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ มีความผูกพันกัน มีความสนิทสนม และรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพ การยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกมา การได้รับการให้อภัย และให้โอกาสปรับปรุงตนเอง

วัดโดยแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่สุณี สุวรรณพสุ (2544) ดัดแปลงมาจาก ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986)

ความปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น อาจรู้สึกตลอดเวลาหรือเป็นๆหายๆ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่มีอาการ เกิดจากการรับรู้สิ่งเร้าและแสดงปฏิกิริยาที่ผู้อื่นสังเกตได้ เป็นประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้อย่างรุนแรง จนอาจหาความปกติสุขดังเดิมไม่ได้ วัดโดยแบบวัดความปวดมาตรฐานฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย ได้แก่

ความรู้สึกโศกเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สนใจกิจกรรมที่ชอบน้อยลง หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

วัดโดยแบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen, 1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบปัจจัยด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด และแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไร
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ตรงกับปัญหาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมมากที่สุด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์แบบบรรยาย (Descriptive correlational study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
 - 1.3 กลไกการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 ผลกระทบของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
 - 1.6 แนวทางการรักษาโรคในปัจจุบัน
 - 1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 อาการและอาการแสดง
 - 2.4 การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
 - 2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
 - 3.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอน
 - 3.2 องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel
 - 3.3 เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
 - 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซีมีเศร่า
 - 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดเรื้อรังกับภาวะซีมีเศร่า
 - 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซีมีเศร่า
5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเพื่อป้องกันภาวะซีมีเศร่า
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

1.1 ความหมาย

จเร ผลประเสริฐ (2530) ได้ให้ความหมายของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมว่าเป็นขบวนการเสื่อมสลายของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral disc) มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ vertebral body โดยจะสร้างกระดูกยื่นออกมาจากขอบ end plate ของกระดูกสันหลัง เรียกว่ากระดูกงอก (osteophyte) มักจะพบการเสื่อมสลายของหมอนรองกระดูกสันหลังในบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวมาก เช่น กระดูกสันหลังระดับคอและเอว

อำนาจ อุณนะนันท์ (2542) ให้ความหมายของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมว่าหมายถึง สภาวะที่กระดูกสันหลังระดับเอวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม เป็นผลจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral disc) โดยจะมีการยุบตัวของ vertebral body มีกระดูกงอก (osteophyte) ที่ขอบ end plate ของกระดูกสันหลัง และมีการเสื่อมตัวของข้อฟาเซ็ท (facet joint)

Winn และคณะ (2003) ให้ความหมายของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมว่าเป็นสภาวะที่กระดูกสันหลังระดับเอวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม เป็นผลมาจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral disc) โดยจะมีการยุบตัวของลำตัวของกระดูกสันหลัง (vertebral body) มีกระดูกงอกที่ขอบ end plate ของกระดูกสันหลัง และมีการเสื่อมตัวของข้อฟาเซ็ท (facet joint)

สรุปว่า โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม หมายถึง สภาวะที่กระดูกสันหลังระดับเอวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม อันเป็นผลมาจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังและข้อฟาเซ็ท

1.2 สาเหตุของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ (Elfering, 2002) ดังต่อไปนี้ อายุ เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมของกระดูกสันหลัง อาทิฟ อาทิฟที่มีแรงดันสะเทือนมากระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังอยู่ตลอดเวลา เช่น อาทิฟขับรถ จะทำให้เกิดการฉีกขาดหรือการโป่งยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลังได้บ่อยกว่าคนทั่วไป การสูบบุหรี่ เชื่อว่า การสูบบุหรี่จะไปลด O_2 tension ในหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลังเร็วขึ้น (Fogelholm & Alho, 2001) โรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่เป็นผลมาจากการเป็นโรคเบาหวาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะบริเวณหลังได้ลดลง จึงทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลังระดับเอวได้เร็วขึ้น (Winn et al., 2003)

1.3 กลไกการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เกิดจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งจะเร็วหรือช้าย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละคน โดยทั่วไปจะเริ่มมีการเสื่อมตัวเมื่ออายุ 30 ปี ในช่วงแรกน้ำใน nucleus pulposus จะน้อยลง ทำให้คุณสมบัติของการเป็นวุ้น (gel behavior) เสียไป เมื่อได้รับแรงกระทำจะไม่สามารถกระจายแรงออกไปได้เท่ากันเช่นเดิม การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (bio-mechanical change) ของ annulus fibrosus ทำให้ความเหนียวลดลงและมีการฉีกขาดของ collagen fiber ที่เป็นองค์ประกอบของ annulus fibrosus ทำให้ nucleus pulposus ดันออกมา เกิดการโป่งยื่นออกไป เรียกว่า soft disc herniation เมื่อมีการเสื่อมตัวของหมอนรองกระดูกสันหลังจนมีการฉีกขาดของ annulus fibrosus และมีการแห้งตัวของ nucleus pulposus จะทำให้ความยืดหยุ่นของหมอนรองกระดูกสันหลังลดลง ความเหนียวแน่นในการยึดระหว่าง vertebral body ก็ลดลง ความมั่นคงแข็งแรงของกระดูกปล้องนั้นจะเสียไป (mechanical instability) ทำให้การเคลื่อนไหวระหว่างข้อต่อของกระดูกปล้องนั้นผิดปกติ หากไม่มีแรงจากภายนอกมากระทำ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกปล้องนั้นมากเกินไป ก็อาจจะไม่มีการเสื่อมตัวของหมอนรองกระดูกสันหลังมากขึ้น แต่โดยปกติแล้วหลังมีการเคลื่อนไหวและมีแรงจากภายนอกมากระทำอยู่ตลอดเวลา เป็นผลให้ annulus fibrosus ฉีกขาดมากขึ้น nucleus pulposus จะแห้งลง ทำให้การเคลื่อนไหวของกระดูกปล้องนั้นผิดปกติมากขึ้น ส่งผลให้ capsule ที่ยึดข้อต่างๆยึดตัวออกและหย่อนตัวลง ทำให้ความมั่นคงแข็งแรงของข้อเสียมากขึ้น ทำให้เกิดการตีบแคบลงของหมอนรองกระดูกสันหลัง และการกดทับรากประสาท (nerve root) ทำให้เกิดอาการปวดหลังขึ้น

1.4 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการที่เรียกว่า discogenic pain อาการปวดจะเป็นลักษณะการตื้อๆ ลึกๆ (deep, dull aching) เกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังที่แตกหรือเสื่อมจะมีจำนวนของเส้นประสาทเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ และจะมีแรงดันจากภายในหมอนรองกระดูกสันหลังไปกระตุ้นเส้นประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลังร้าวลงขา มีอาการปวดขาที่มีรูปแบบที่จำเพาะ เรียกว่า intermittent neurogenic claudication คือ จะมีอาการปวดขามากขึ้นหลังจากเดินไปได้ชั่วขณะ จนต้องหยุดพักให้อาการปวดทุเลาลงจึงสามารถออกเดินต่อไปได้ แต่เมื่อเดินออกไปสักระยะก็จะมีอาการปวดจนต้องหยุดพักอีกเป็นวงจรต่อเนื่องไป แสดงว่ามีการตีบแคบของช่องกระดูกสันหลัง (spinal stenosis) หรือมีอาการปวดเสียวตามแนวของเส้นประสาทบริเวณขา (Sciatica) (อุทิศ ดีสมโชค, 2543; ก่อแก้ว เชียงทอง และต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2550)

1.5 ผลกระทบของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลังเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ เช่น ก้มตัว หรือแอ่นหลังไม่ได้เหมือนเดิม ซึ่งจะมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงาน ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ การที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลังเรื้อรัง ประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ไม่เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ นอกจากนี้ตำแหน่งของรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวด อาการร่วมกับอาการปวดหลัง เช่น ปวดร้าว ชา หรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพัก ภาวะทุพพลภาพ การรักษาที่ได้รับ และผลกระทบจากการเจ็บป่วย ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (พิมพิวัค สิ้นสมบุญธรรมทอง, 2551; Ahn et al., 2001; Wolfe, 1999)

1.6 แนวทางการรักษาโรคในปัจจุบัน

แนวทางการรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมในปัจจุบัน (Peer & Fascione, 2007) คือ ให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังเร็วที่สุด เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่เนื่องจากมีปัจจัยเรื่องการเสื่อมตามอายุ และการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการใช้งานหนักเกินไป ทำให้รักษาไม่ค่อยหาย (ธเนศ วรธนอภิสิทธิ์, พิชัย สันต์สวัสดิ์ และ เมษัณห์ ปรมานิกุล, 2549) การรักษามี 2 วิธี คือ วิธีอนุรักษนิยม และวิธีการผ่าตัด (ก่อกแก้ว เชียงทอง และต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2550; อำนวย อุณณะนันท์, 2542)

การรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยม ได้แก่ การให้พัก (rest) ระยะเวลาที่ต้องพักขึ้นอยู่กับอาการปวดของผู้ป่วย ในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังมากต้องนอนพักโดยไม่ลุก

ขึ้นเลย ระยะเวลาที่พักรักษาจะนานประมาณ 2-3 สัปดาห์ หากปวดไม่มาก การพักอาจจะทำแค่ห้ามยกของหนัก หรือหยุดทำงานหนักชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้นจึงให้ทำงานได้ ควรเริ่มจากการทำงานเบาๆก่อน การให้ยา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาลดการอักเสบหรือยาคลายกล้ามเนื้อ การทำกายภาพบำบัด ได้แก่ การใช้ความร้อน การใช้คลื่นเสียงหรือแสง การดึงหลัง (lumbar traction) และการออกกำลังกาย เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้อง

ส่วนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment) จะพิจารณาทำเมื่อ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมแล้วไม่ได้ผล มีอาการเลวลงในระหว่างรับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยม มีอาการเป็นๆหายๆมาโดยตลอด (ก้อกู่ เชียงทอง และต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2550; Greenburg, 2001) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดจะดีกว่าการรักษาแบบวิธีอนุรักษนิยม แต่ปัญหาแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัดก็คือ ยังคงมีอาการปวดหลังหลงเหลืออยู่ โดยจะมีอาการปวดเสียวตามเส้นประสาทบริเวณขา (Sciatic nerve) (Fritsch, Heisel & Rupp, 1996) มีอาการหลังแข็งตึง เคลื่อนไหวบริเวณเอวได้น้อยลง ไม่สามารถก้ม แอน หรือเอียงหลังได้เต็มที่ อาจมีอาการปวดหลังเพิ่มขึ้น (Zoidl et al., 2003) สาเหตุมักเกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีอิริยาบถที่ก่อให้เกิดแรงเครียด (Seidler et al., 2001) ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย (Liddle, Gracey, & Baxter, 2007) หรือเกิดจากการดำเนินของโรคที่เลวลงตามธรรมชาติและเทคนิคของการผ่าตัด มีรายงานพบอัตราการผ่าตัดหลังซ้ำภายในเวลา 3 ปี ร้อยละ 9-11 (Hu et al., 1997) โดยรอยโรคใหม่มักเกิดบริเวณรอยต่อระหว่างข้อกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดการเกิดรอยโรคใหม่ได้ (Nygaard et al., 1997; Diwan, Parvartaneni & Cammisa, 2003; Sbriccoli et al., 2004)

1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

1.7.1. บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (health education) พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากข้อมูล ความรู้และทักษะ เป็นปัจจัยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

1.7.2 บทบาทในการจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (effective management of rapidly changing situation) เนื่องจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องมีอาการปวดหลังที่กำเริบเป็นพักๆ พยาบาลต้องใช้ความสามารถในการจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อจำกัดและพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การมีอิริยาบถที่ถูกต้อง เพื่อชะลอการเสื่อมที่เร็วเกินไปจากอายุที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การยกสิ่งของ การยืน การนอน การนั่ง การนั่งขับรถ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การฝึกบริหารกล้ามเนื้อหลังก่อนทำผ่าตัดกระดูก

สั้นหลัง และทำการบริหารหลังจากทำผ่าตัด เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การแนะนำอาหารที่มีแคลเซียมสูง และอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของแคลเซียม การขยับถ่าย

1.7.3 บทบาทเป็นผู้ดูแล (care provider) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้นและให้การดูแล แก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น คอยดูแลเอาใจใส่ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในการตั้งเป้าหมายและการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

1.7.4 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน (collaborator) เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่กล้าซักถามเมื่อมีปัญหา พยาบาลจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ โดยสร้างความไว้วางใจ และความน่าเชื่อถือ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักเนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ควรมีความรู้และความเข้าใจบทบาทในด้านต่างๆเป็นอย่างดี เข้าใจถึงประสบการณ์กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย (Norris, 2000) เข้าใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในขณะมารับการตรวจรักษา หรือขณะทำกายภาพบำบัด เพื่อจะได้สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับโรคได้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมาย

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่จิตใจหดหู่ หม่นหมอง เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกสูญเสีย โดยที่ความรู้สึกนี้มักเกิดขึ้นเป็นเวลานาน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นพยาธิสภาพทางจิตที่มีระดับความเศร้ารุนแรงหรือเรื้อรัง รู้สึกเศร้าโศก หมดหนทาง และหมดหวัง มีภาวะสิ้นยินดี และอาจมีอาการหรือพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย

Beeber (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นลักษณะของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ที่แสดงออกมาด้วยอาการโศกเศร้า รู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว ท้อแท้ และหมดหวัง

Caine & Bufalino (1998) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยๆ เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มีลักษณะเศร้า (sadness) มองโลกในแง่ร้าย (pessimism) รู้สึกสลดใจ (despondence) รู้สึกหมดหวังและว่างเปล่า (emptiness) บางครั้งจะมีความก้าวร้าว

Kurlowicz (1997) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรู้คิด และความผิดปกติทางด้านร่างกาย

จึงอาจสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม คือ ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ ที่ทำให้เกิดความเปราะบางทางอารมณ์ พฤติกรรมและการคิดรู้ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ทำให้เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และส่งผลกระทบต่อจิตใจและพฤติกรรม เช่น ทำให้รู้สึกท้อแท้ ลึกลับ หวัง รู้สึกตัวเองไม่มีค่า ว่าเหว่ ไม่มีความสุข มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม สามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) และปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

2.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม มีรายงานการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบได้ถึงร้อยละ 50 และในแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ พบได้ร้อยละ 10-25 ส่วนผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดใกล้ชิด พบได้ 1.5 - 3 เท่า

2.2.2 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) พบว่า อารมณ์เศร้าเกิดจากการมีปริมาณลดลงของ Norepinephrine, Serotonin, Dopamine และ Acetylcholine และการเสียสมดุลของ Choline และ Norepinephrine

2.2.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากรูปแบบการคิดของบุคคลนั้นๆ การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงแล้วสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อประสบภาวะวิกฤตในชีวิตการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และจะส่งผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง นอกจากนี้การที่บุคคลยอมรับไม่ได้กับ

จารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลงจะทำให้เกิดทัศนคติในทางลบ และแยกตัวออกมาจากสังคม แบ่งย่อยออกได้เป็น

2.2.3.1 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ความรู้สึกในทางลบจะทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้สึกที่ว่าตนเองต่ำต้อย เมื่อเป็นโรคที่รักษาไม่ค่อยหาย มีอาการปวดรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน จะเกิดความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมากขึ้น

2.2.3.2 ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง และทำให้ปรับตัวให้เข้ากับสังคมไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต และแยกตัวจากสังคมในที่สุด (Eaton, 2001)

2.3 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคกระดูสันหลังระดับเอวเสื่อม ที่จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า จะต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 5 อาการ หรือมากกว่าเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ ที่สำคัญ คือ จะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 2 อาการ คือ ต้องมีอาการมณีซึมเศร้า (depressed mood) หรือขาดความสนใจหรือยินดี (loss of interest or pleasure) เป็นอาการหลัก อาการที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ (distress) อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก ทำให้เกิดการเสียบทบาทหน้าที่ทางด้านสังคมและการงาน และอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติด หรือยารักษาโรค หรือการเจ็บป่วยทางกายทั่วไป และต้องไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 5 อย่าง หรือมากกว่าติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการ 1 ใน 2 อย่าง คือ มีอารมณ์เศร้า หรือ หมดความสนใจหรือหมดความสุขในกิจกรรมต่างๆ

1.1 มีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน

1.2 หมดความสนใจหรือหมดความสุขในกิจกรรมต่างๆ ในทุกหรือเกือบทุกกิจกรรม โดยเป็นเกือบทั้งวัน หรือเกือบทุกวัน

1.3 น้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่ได้ควบคุมอาหาร หรืออาจมีน้ำหนักเพิ่ม ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น

1.4 นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป เกือบทุกวัน

- 1.5 อ่อนเพลีย หรือหมดเรี่ยวแรงเกือบทุกวัน
 - 1.6 รู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกผิดที่มากเกินไปเกือบทุกวัน
 - 1.7 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง ไม่สามารถตัดสินใจ เป็นเกือบทุกวัน
 - 1.8 มีความคิดเกี่ยวกับการตาย หรือการฆ่าตัวตายซ้ำๆ โดยไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน หรือมีความพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนเพื่อให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ
2. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตชนิดอื่น เช่น โรคจิตเภท โรคย้ำคิดย้ำทำ
 3. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ หรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับการเข้าสังคม หรือการทำงาน
 4. อาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้ยารักษาโรค สารเสพติด หรือภาวะเจ็บป่วยทางกาย
 5. ยังคงมีอาการดังกล่าวหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปแล้วนาน 2 เดือน หรือมีอาการผิดปกติทางจิต หรือมีการเคลื่อนไหวซ้ำ

2.4 การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า

ในการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า ต้องหาสาเหตุของภาวะความกดดันให้ได้ชัดเจน ประเมินระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมถึงบุคลิกภาพของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยระบายภาวะความกดดันทางจิตใจออกมา ให้คำแนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น ส่งเสริม ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะความกดดันนั้นได้ หากมารับการรักษาเร็วเท่าไรอาการก็จะดีขึ้นเร็วเท่านั้น การรักษาในรายที่มีอาการไม่มาก แพทย์อาจรักษาด้วยการช่วยเหลือชี้แนะการมองปัญหาต่างๆ ในมุมมองใหม่ แนวทางในการปรับตัว หรือการหาสิ่งๆ ที่ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลายความทุกข์ใจลง ร่วมกับการให้ยาแก้เศร้าหรือยาคลายกังวลเสริมหากจำเป็น เพื่อลดอาการและช่วยเหลือให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น หรือเท่าเดิมก่อนที่จะเกิดปัญหา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และการรักษาด้วยยาแก้เศร้าในรายที่อาการมาก (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; สมภพ เรืองตระกูล, 2542; McCullough, 2003)

2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม แบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางตรง โดยทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง (Cognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม (Gotlib & Hammen, 1992; McCullough, 2003) อาจทำให้เกิดความคิด

ทำร้ายตนเองตามมา เกิดความพว่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ยังส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ทำให้มีอาการหลงลืม (Memory impairment) เนื่องจากการทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงไป (Tsai, 2007; Kondo, 2008)

ส่วนผลกระทบทางอ้อม จะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง ความอยากอาหารลดลง ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือถูกลี้ลู่กลน ร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมทำให้ขาดความระมัดระวังความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Gable & Nezelek, 1998) เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจผู้ป่วย และอาจไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ จนอาจสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ภัทรกรกร วรียวงค์, 2551; Kondo, 2008)

2.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ดังนี้

2.6.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต ได้แก่

2.6.1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Cronholm-Ottosson Scale เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เหมาะที่จะใช้ประเมินอาการผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.6.1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ มีข้อคำถาม 17 ข้อ ประเมินผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า (Depress effect) อาการแบบจิตสรีระ (Vegetative symptoms) ความวิตกกังวล (Anxiety) อาการหงุดหงิด กระวนกระวายและการหยั่งรู้ (Agitation and insight) แบ่งความรุนแรงตามระดับคะแนน จากไม่มีภาวะซึมเศร้าไปจนถึงมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เนื่องจากมีข้อคำถามไม่มาก ทำให้ใช้เวลาทำไม่นานมาก มีความเที่ยงตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการสูง แต่ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและการตัดสินอาการซึมเศร้า ประเมินช้าบ่อยๆไม่ค่อยได้ และไม่สามารวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้ (Greist & Jefferson, 1992; Onega & Abraham, 1998)

2.6.1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Raskin Depression Scale เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าจากการป่วยด้วยโรคจิตชนิดอื่น โดยเฉพาะโรคทางระบบประสาท หรือโรคทางกายที่ต้องใช้ยาบางชนิด ใช้ง่าย เนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 3 ข้อ แต่จะวัดได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากขาดการประเมินด้านร่างกาย

2.6.1.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beath-Rafaelsen Melancholia Scale เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินอาการทางจิต มีข้อคำถาม 11 ข้อ

2.5.1.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) เป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินโดยการสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์

2.6.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ได้แก่

2.6.2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านร่างกายและจิตใจ โดยสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบในตอนแรก หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเขียนคำตอบเองเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น แล้วจึงให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองต่อ มีข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 คะแนน มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนน 0-9 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 10-15 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 16-19 คะแนน ถือว่า มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 20-29 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก และ 30-63 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.6.2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Zung Self-Rating Depression Scale เป็นแบบประเมินความไม่สมดุลทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ มีข้อคำถาม 20 ข้อ มักใช้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่เห็นได้ง่ายในเวลาสั้นๆ มีค่าความเชื่อมั่น .73 มีข้อจำกัดตรงที่ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะการใช้ในผู้สูงอายุ เพราะจะมีปัจจัยของการเสื่อมของร่างกายจากระบบการเสื่อมเข้ามาเกี่ยวข้อง อีกทั้งไม่มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและสังคม

2.6.2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาสั้นๆ มีข้อคำถาม 28 ข้อ มีความไวสูง ตอบง่าย เนื่องจากมีคำตอบให้เลือกตอบเพียง 2 ข้อ แต่มีข้อเสีย คือ ให้ข้อมูลของอาการได้ไม่ละเอียด

2.6.2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Walkfeild Self-Assessment Inventory เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ ใช้สะดวกเนื่องจากมีข้อ

คำถามไม่มาก แต่เกณฑ์ในการตัดสินไม่ค่อยชัดเจน วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้ไม่ค่อยตรง เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาด้านอารมณ์จากการเจ็บป่วยทางกาย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่คะแนนที่ได้มีค่าสูง

2.6.2.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ การเคลื่อนไหวร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว มีข้อความคำถาม 15 ข้อ เข้าใจง่าย ใช้สะดวก มีข้อจำกัดตรงที่ไม่สามารถนำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด การอ่านและการเขียน และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากอาหาร

2.6.2.6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่ง นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ได้พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า GDS เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคนไทย มีข้อความคำถาม 30 ข้อ ประเมินด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 20 ข้อ ให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

2.6.2.7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน นิยมนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป และนิยมใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง ใช้วัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะใช้สำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดกลุ่มอาการใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ ด้านการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีข้อความคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ คำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ โดยวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านบวก 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 2 ข้อ ค่าตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนรวม 0-60 คะแนน เกณฑ์ตัดสินภาวะซึมเศร้า คือ ที่ 16 คะแนนขึ้นไป

ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) มาแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบค่าความเที่ยงของการวัดในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.86 เกณฑ์ตัดสินภาวะซึมเศร้า คือ ที่ 16 คะแนนขึ้นไป

มฤดี นูราณ (2548) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ไปวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.78

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ของ Radloff (1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen, 1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัช

ชัย วรพงศธร และคณะ (2533) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในชุมชนของผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นที่นิยมใช้ เนื่องจากใช้ง่าย และสะดวก เป็นการวัดกลุ่มอาการซึมเศร้า

3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.1 ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) อธิบายว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นๆ เนื่องจากขาดคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือได้ไม่เพียงพอ Mishel (1990) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าแล้วไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายหรือให้คุณค่า ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์ และไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินเหตุการณ์ เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้อย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Mishel & Clayton (2003) อธิบายว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคล ไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ทำให้มีผลต่อการปรับตัว หากปรับตัวได้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

สรุปได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง เนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ทราบถึงการรักษาที่จะได้รับและผลจากการรักษา

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (Uncertainty in Illness Theory) Mishel (1988) ได้อธิบายไว้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งตามปกติแล้วเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินหรือให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ และไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ อาจเนื่องมาจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ การอธิบายความเจ็บป่วยไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการ

กำเริบมากขึ้น ทำให้บุคคลผู้นั้นเกิดความรู้สึกขัดแย้งจนกลายเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น (Mishel & Clayton, 2003) โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการประเมินตัดสินความเจ็บป่วยนั้นๆว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสดีที่ได้เผชิญกับความเจ็บป่วย (Mishel, 1990; McCormick, 2002) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบเสมอจากการเจ็บป่วยเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิต (Detprapon et al., 2009)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคระดุกสันหลังระดับเอวเสื่อม อาจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระดุกสันหลังระดับเอวเสื่อม เนื่องจากไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายว่าอาการของโรคว่าจะกำเริบเวลาใด วิธีการรักษาที่จะได้รับ และผลของการรักษาได้ถูกต้อง เนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ทราบถึงการรักษาที่จะได้รับและผลจากการรักษานั้นๆ

ตามทัศนะของ Mishel (1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) คือ การที่ผู้ป่วยเกิดความสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และไม่ทราบแนวทางการรักษา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ และ/หรือขาดข้อมูลที่เพียงพอ
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายขั้นตอนการรับบริการมีหลายขั้นตอน และวิธีการรักษามีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมารับบริการ เพราะไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้
3. ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย (Inconsistency) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ประเมินความเจ็บป่วยได้ไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวล ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น
4. ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) คือ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

3.2 องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ประกอบไปด้วย

3.2.1 เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty)

3.2.2 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินใน 2 ลักษณะ คือ เป็นอันตราย (Danger) หรือเป็นโอกาส (Opportunity) (Neville, 2003) หากผู้ป่วยประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นว่าเป็นโอกาส จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี (Wonghongkul et al, 2006 แต่ถ้าหากผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอันตรายจะทำให้รู้สึกกลัว วิตกกังวล

3.2.3 การเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) เป็นการนำกระบวนการทางพฤติกรรมและการรู้คิด ในการจัดการกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.2.4 การปรับตัว (Adaptation) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.3 เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty)

เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบไปด้วย (Mishel & Clayton, 2003; Kang, Daly & Kim, 2004; Wallace, 2005)

3.3.1 สิ่งที่มากระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งที่เราให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้สึกความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล หากสิ่งที่มากระตุ้นดีจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สิ่งที่มากระตุ้นประกอบไปด้วย

3.3.1.1 แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) หมายถึง ระดับของความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้และมีการให้ความหมาย ถ้าอาการมีรูปแบบชัดเจน จะทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจน หรืออาการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือมากขึ้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงเพิ่มขึ้น

3.3.1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event Familiarity) หมายถึง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยหากบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับโรคและการรักษาที่

ได้รับ ก็จะสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ในการเจ็บป่วยครั้งแรกผู้ป่วยยังไม่มีอาการคุ้นเคยต่อโรค การรักษา และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สูง

3.3.1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องกันของการเจ็บป่วยที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หากมีความสอดคล้องกัน จะทำให้รู้สึกว่าสามารถทำนายเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.3.2 ความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Capacity) คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการแปลข้อมูลที่ได้รับ เพื่อพิจารณาตัดสินใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการรู้คิดดี จะรับรู้แบบแผนของอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง ทำให้คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง รับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง

3.3.3 แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) คือ แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยมีอยู่ ช่วยในการแปลและให้ความหมายต่อสิ่งที่มากระตุ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ ส่วนทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วย และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบด้วย

3.3.3.1 ระดับการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จากบุคลากรทางสุขภาพ และสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.3.3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ โดยการช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์ เช่น การให้คำปรึกษา ชี้แนะ หรือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง และสามารถทำนายสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาได้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.3.3.3 บุคลากรทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (Credible authority) การที่บุคลากรทางสุขภาพ อธิบายถึงสาเหตุและอาการของโรคแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ และวิธีการรับบริการ จะช่วยลดความคลุมเครือ และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3.4 เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel

Mishel ได้สร้างแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดยสัมภาษณ์ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ได้กรอบแนวคิดมาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman พัฒนาจนได้ข้อคำถาม 34 ข้อ นำไปทดสอบในผู้ป่วยอายุกรรม จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.72

ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 Mishel ได้วิเคราะห์ความตรงทางโครงสร้างของแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลใหม่ โดยปรับข้อคำถามให้เหลือ 32 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา (Ambiguity) มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ (Complexity) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .75
3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .71
4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

ในปีเดียวกันนี้ Mishel ได้สร้างแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ฉบับที่วิเคราะห์ความตรงทางโครงสร้างใหม่ ที่มีข้อคำถาม 32 ข้อ มาทำการวิเคราะห์ปัจจัย (One factor analysis) นำไปทดสอบใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 3960 คน พบว่ามีข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหา 23 ข้อ Mishel จึงให้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน มีข้อคำถามเพียง 23 ข้อ

ในปี พ.ศ. 2552 มุกดา เดชประพนธ์ และคณะ (Detprapon et al., 2009) ได้ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จำนวน 240 คนโดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ฉบับชุมชน ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.90

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในประเทศไทย มีการวัดด้วยแบบวัด 2 แบบ ได้แก่ แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับที่ใช้สำหรับวัดในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ และแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชน (The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form: MUIS-C) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยบุษบา สมใจวงษ์ (2552) มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ข้อคำถามทั้งหมดมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา เหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยกำหนดให้ตัวแปรความปวด เป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) และกำหนดให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) ซึ่งสะท้อนถึงเหตุุนำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel (Mishel & Clayton, 2003) เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) และเกิดกระบวนการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping) ผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยคือการปรับตัว ซึ่งจะสะท้อนให้ปรากฏทั้งในด้านบวกและลบ (Mishel & Clayton, 2003) อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในขณะที่การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ (Martire, et al., 2004) ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ในกรวิจัยนี้กำหนดให้ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นตัวแทนของการปรับตัวในทางด้านลบ (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009) และจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เมื่อบุคคลต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น และไม่สามารถขจัดออกไปได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเมื่อเข้าสู่ระบบภายในบุคคล จะขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก ส่งผลต่อการปรับตัว (Mishel, 1990; 1997) หากปรับตัวได้ไม่ดีจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009)

2. ความปวด เป็นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel โดยเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) ที่แสดงออกในรูปแบบของแบบแผนของอาการที่เกิดขึ้น (Symptom Pattern) ความปวดที่เรื้อรัง มีอาการกำเริบขึ้นมาอีกหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ขาดกำลังใจ เกิดความไม่สอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Event Congruence) จะทำให้รู้สึกว่าไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น อาการปวดหลังระดับเฉียบพลันเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้การปรับตัวได้ไม่ดี จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (พิมพ์รัก สิ้นสมบุญทอง, 2551; Ahn et al., 2001; Parmelee, et al., 2007)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel โดยเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์โดยการให้คำแนะนำ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง และสามารถทำนายสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาได้ (Brashers, Neidig & Goldsmith, 2004) บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นจะมีผู้คอยช่วยเหลือ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (จุฑาทิธณ์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; พิมพ์รัก สิ้นสมบุญทอง, 2551; Woods, 2005; Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009)

4.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ ไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์และ/หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นๆ ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ เหตุการณ์ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedent of uncertainty) การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) การเผชิญความเครียด และการปรับตัวซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น ภายหลังบุคคลเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และสะท้อนให้ปรากฏทั้งในด้านบวกและลบ (Mishel & Clayton, 2003) หลายรายงานการศึกษาส่วนมากจะพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวทางด้านบวก อาทิเช่น ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิต แต่มีรายงานการศึกษาของ Detprapon et al (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์การปรับตัวทางด้านลบ คือ ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel (1988) จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แล้วไม่สามารถทำนายอาการกำเริบของโรค ไม่ทราบวิธีการรักษาที่จะได้รับและผลของการรักษา เนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการวินิจฉัยไม่ครบถ้วน รู้สึกไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีอาการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นมีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักตัดสินว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย ทำให้กระบวนการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

สำหรับในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม แล้วไม่สามารถทำนายอาการกำเริบของโรค ไม่ทราบว่าอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นจะหายไปเมื่อใด ไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาแบบใดที่จะได้ผลมากกว่า เนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ ได้รับการวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน รู้สึกไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีอาการปวดหลังกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นมีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการประเมินตัดสินว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย ทำให้กระบวนการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการหลีกเลี่ยง

(avoidance) จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้เกิดอารมณ์ทางด้านลบ คือ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009; Mishel & Clayton, 2003)

Scoloveno และคณะ (1990) ศึกษาระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อการรักษาที่ได้รับ ของผู้ป่วยโรค Scoliosis วัยรุ่น โดยการศึกษานี้เปรียบเทียบในผู้ป่วย Scoliosis วัยรุ่น ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Cotrel-Dubousset (การใช้ลวดยึดกระดูกสันหลังที่ผิดปกติ) กับผู้ป่วย Scoliosis ที่ได้รับการรักษาโดยให้ใส่เสื้อเกราะพยุงหลัง (brace) วันละ 23 ชั่วโมงร่วมกับการออกกำลังกาย ทำการศึกษาในผู้ป่วย Scoliosis จำนวน 48 คน ที่มีอายุ 12-18 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการผ่าตัด กลุ่มที่ 2 ให้ใส่เสื้อเกราะพยุงหลัง จากแนวคิดของมิเชลว่าผู้ป่วยอายุรกรรมจะมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยศัลยกรรม แต่ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย Scoliosis วัยรุ่น ที่ได้รับการผ่าตัดมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยให้ใส่เสื้อเกราะพยุงหลัง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเกิดจากการคำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างไม่ถูกต้อง

Detprapon และคณะ (2009) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง จำนวน 240 คน โดยเลือกภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของมิติทัศนคติการปรับตัวในด้านลบ การศึกษาดังกล่าวพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ($r = .96$)

Lien และคณะ (2009) ศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยอายุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ mishel เป็น Longitudinal correlative study ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ mishel ฉบับชุมชน แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าขณะอยู่โรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale) และแบบประเมินแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล (the Interpersonal Support Evaluation List) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ความปวดเรื้อรัง

คำว่า ความปวด (Pain) มาจากคำในภาษาละตินว่า “โพเนน” (poene) หมายถึง การทำโทษ (punishment) (พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2547)

พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริณ และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร (2547) ให้ความหมายของความปวดเรื้อรัง ว่าหมายถึง ความปวดที่ยืดเยื้อนานกว่า 1 เดือนหรือนานกว่าระยะเวลาที่ร่างกายควรจะซ่อมแซมการบาดเจ็บหรือภาวะโรคได้อย่างปกติ หรือเกิดตลอดเวลาหรือเป็นๆหายๆ ตามลักษณะของโรคเรื้อรัง

อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ (2551) ให้ความหมายของความปวดเรื้อรัง ว่าหมายถึง ประสบการณ์ความปวดที่อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อยๆเกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

Timby (1995) ให้ความหมายของความปวดเรื้อรังว่า เป็นการรับรู้ของร่างกาย (somatic perception) ที่รู้สึกเสมือนว่าเนื้อเยื่อถูกทำลาย เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาดั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และความทุกข์ทรมานจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา

Heye & Reeves (2003) ให้ความหมายของความปวดเรื้อรังว่า หมายถึง เป็นความปวดที่เกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน โดยอาการปวดอาจเป็นตลอดชีวิต หรือเป็นๆหายๆ ตามลักษณะของโรคนั้นๆ

จึงอาจสรุปว่า ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ถึงความไม่สุขสบายที่เกิดจากความปวดที่ยืดเยื้อนานกว่า 1 เดือนหรือนานกว่าระยะเวลาที่ร่างกายควรจะซ่อมแซมการบาดเจ็บหรือภาวะโรคได้อย่างปกติ หรือเกิดตลอดเวลาหรือเป็นๆหายๆ ตามลักษณะของโรคเรื้อรัง และทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่มีอาการ

ในการวิจัยครั้งนี้ความปวดเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) ซึ่งสะท้อนถึงเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย ทำให้กระบวนการเผชิญกับความทุกข์ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ไม่เหมาะสม ไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009)

อาการปวดเรื้อรังเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยบุคคลจะแสดงด้วยปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและอารมณ์ (นียา สออารีย์, 2546) อาการปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมความปวดที่เรื้อรัง มีอาการกำเริบขึ้นมาอีกหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหวัง ขาดกำลังใจ เกิดความไม่สอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและสิ่งที่เกิดขึ้นจริง อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไป

ตามที่มีผู้ป่วยคาดหวัง ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ไม่ดี จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (พิมพ์รัก สิ้นสมบุญรณทอง, 2551; ภัทรการ วิริยวงศ์, 2551; Ahn et al., 2001; Parmelee et al., 2007)

ความปวดเรื้อรังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และจะเรื้อรังทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล จนเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเรื้อรังทางอารมณ์กระตุ้นให้ความปวดรุนแรงมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องไป (Merskey & Bogduk, 1994; Smeltzer & Bare, 2000) การแสดงออกมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความปวดเรื้อรังพบได้ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวด เป็นต้นเหตุของการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้มีการขาดงานมากกว่าร้อยละ 25 หรือทำงานได้ไม่มีคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าโรคระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ (musculo-skeletal disorders) เป็นสาเหตุของการสูญเสีย ที่คำนวณเป็นระยะเวลาของการเสื่อมสมรรถภาพร้อยละ 3 ของการสูญเสียทั้งหมด (พงศ์ภรดี เจาฑะเกษตริน และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรการ, 2547) ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

4.2.1 สาเหตุของความปวดเรื้อรัง

ความปวดเรื้อรังเกิดได้จากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพของโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือโรคของระบบประสาท และสาเหตุทางจิตใจที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกรู้สึกปวดเรื้อรัง เช่น การได้รับความเห็นอกเห็นใจ การได้รับอิทธิพลอื่นเนื่องมาจากพฤติกรรมความเจ็บป่วย เป็นต้น (พงศ์ภรดี เจาฑะเกษตริน และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรการ, 2547)

อาการปวดหลังเรื้อรังในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เป็นอาการปวดที่เกิดจากการอักเสบ (Inflammatory pain) และเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) จะบอกตำแหน่งได้ชัดเจน เป็นความปวดที่อยู่ลึกๆ รู้สึกคล้ายถูกบีบรัด อาการปวดจะมีลักษณะตื้อๆหนัๆ เฉพาะที่ในบริเวณที่มีการอักเสบ บางครั้งอาจพบอาการปวดเสียวหรือปวดแสบร้อน สัมพันธ์กับโรค เกิดจากการมีท่าทางที่ไม่ถูกต้อง หรือการทำงานหนักเกินไป (overuse) จนทำให้เกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลัง มีการหลังของสารสื่อประสาทต่างๆในบริเวณนั้น ทำให้ไปกระตุ้นหน่วยรับความรู้สึก ให้ส่งสัญญาณประสาทไปยังเซลล์ประสาทรับความรู้สึก ไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนกลางจนเกิดการรับรู้ในระดับสมอง โดยมากผู้ป่วยจะมีอาการปวดที่เป็นสัดส่วนกับการทำลายและการอักเสบ

4.2.2 กลไกของความปวดเรื้อรัง

กลไกของความปวดเรื้อรังจำแนกตามตำแหน่งของระบบประสาทมี 2 กลไก (Price, 1999) ดังนี้

4.2.2.1 กลไกที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral sensitization) เกิดจากพยาธิสภาพเรื้อรังคอยกระตุ้น nociceptor อยู่ตลอดเวลา หรือเกิดจาก

กระบวนการเพิ่มความไวของ nociceptor หรือเกิดจากทั้งสองอย่าง ที่บริเวณปลายประสาทรับความรู้สึกของใยประสาทชนิด C fiber ซึ่งเป็นตัวนำสัญญาณความปวดแบบช้า อาการปวดที่เกิดจากกลไกนี้จะเป็นแบบปวดตื้อๆ หรือปวดเมื่อย เมื่อมีการกระตุ้นบ่อยๆ จะมีการส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกปวดไปยังไขสันหลังตลอดเวลา ทำให้ความอดทนต่อความปวดลดลง

4.2.2.2 กลไกที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลาง (central sensitization)

เกิดจากเซลล์ประสาทส่วนกลางได้รับบาดเจ็บ และส่งผลกระทบต่อระบบประสาท sympathetic หากไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดเรื้อรัง ทำให้รู้สึกตั้งแต่ปวดไม่มากจนถึงปวดรุนแรง ทั้งที่ระบบประสาทส่วนปลาย จากการมี referred pain ไปยังส่วนต่างๆ

4.2.3 ทฤษฎีการรับรู้ความปวด

มีหลายทฤษฎีที่อธิบายกลไกการรับรู้ความปวด แต่ที่นิยมนำมาใช้อธิบายมี 2 ทฤษฎี ได้แก่

4.2.3.1 ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack & Wall (1996) อธิบายว่าความปวดและการรับรู้ความปวดเกิดจากการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางใน cortex และ thalamus และระบบการเคลื่อนไหว

4.2.3.2 ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน อธิบายว่า ใยประสาทนำความปวดขนาดใหญ่จะยับยั้งใยประสาทขนาดเล็ก ไม่ให้นำกระแสประสาทความปวดเข้ามาสู่ระบบประสาทกลาง โดยหากกระแสประสาทวิ่งไปตามใยประสาทขนาดเล็กเข้าสู่ไขสันหลัง จะเป็นการเปิดประตูให้กระแสประสาทวิ่งผ่านขึ้นไปสมอง แต่ถ้ากระแสประสาทวิ่งไปตามใยประสาทขนาดใหญ่ จะปิดประตูไม่ให้กระแสประสาทวิ่งผ่านขึ้นไปสมอง ส่วนใยประสาทขนาดใหญ่นั้นจะส่งแขนงวิ่งขึ้นไปยังสมองและส่งคำสั่งกลับมาควบคุมประตูด้วย โดยกลไกในการควบคุมความปวด การปรับสัญญาณนำเข้าไปในระดับไขสันหลัง การควบคุมการปิดหรือเปิดประตู เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างเอนเคฟาลินส์และซัสแตนซ์ พี เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น ใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยซัสแตนซ์ พีออกมาบริเวณคอร์ซอลฮอร์น ส่วนใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจีให้ปล่อยเอนเคฟาลินส์ ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของซัสแตนซ์พี ทำให้ไม่มีการกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณประสาทของความปวดไปสู่สมอง จึงไม่เกิดความรู้สึกปวด แต่หากเอนเคฟาลินส์ยับยั้งการทำงานของซัสแตนซ์พีไม่หมด ซัสแตนซ์พีจะไปกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและมีการรับรู้ความรู้สึกปวดขึ้น

4.2.4 ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากความปวดเรื้อรัง

ประสาทรับความรู้สึกปวดจะส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง และส่งต่อไปสมองจนเกิดการรับรู้ความปวด ร่างกายจะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อความปวด ดังนี้ (พงศภักรดี เจา พะเกษตริณ และก้องเกียรติ ฤทธิ์กันทรารกร, 2547)

4.2.4.1 ปฏิกริยาระดับไขสันหลัง จะเกิดปฏิกริยาสะท้อนกลับ (reflex) ทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว ทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณนั้นลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) ทำให้เกิดกรดแลคติก จากการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน และจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้ระดับขีดกั้นของความปวดลดลง และส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังสมองให้รับรู้ความปวด ซึ่งจะเพิ่มปฏิกริยาสะท้อนกลับที่ไขสันหลัง และทำให้ความปวดรุนแรงขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป

4.2.4.2 ปฏิกริยาระดับเปลือกสมอง จะเกิดปฏิกริยาทางจิตและจิตสรีระ

4.2.4.2.1 ปฏิกริยาทางจิต ความทุกข์ทรมานจากความปวดจะไปรื้อให้เกิดอารมณ์ ซึ่งจะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง ทำให้ความรู้สึกปวดรุนแรงขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น ทำให้ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น นอนไม่หลับ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ลดลง

4.2.4.2.2 ปฏิกริยาทางจิตสรีระ การรับรู้ความปวดและปฏิกริยาทางจิตที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นระบบแสดงผลให้แสดงออกถึงความปวดว่าจะทำการต่อสู้หรือหนีความปวดนั้นๆ และแสดงออกทางน้ำเสียง เช่น การพูดบอถึงความรุนแรงและลักษณะของความปวด การร้องครวญคราง หรือแสดงออกทางพฤติกรรมการเคลื่อนไหว เช่น เคลื่อนไหวปกป้องบริเวณที่ปวด ทำหน้าวิตกกังวล

4.2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวด

การตอบสนองต่อความปวดของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน เนื่องจากมีระดับขีดกั้นของความปวด (pain threshold) ความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) การรับรู้ต่อความปวด และการแสดงออกต่อความปวดที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวดทางด้านร่างกาย (Physiological factors) ได้แก่ ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้น ถ้ามีความรุนแรงมากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดมาก และระดับขีดกั้นความปวด (pain threshold) คือ จุดที่แต่ละบุคคลเริ่มรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ สภาวะอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าก็มีผลต่อการรับรู้และการแสดงออกต่อความปวด โดยจะไปกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวมากขึ้น และกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสัน

หลัง ทำให้ความรู้สึกปวดรุนแรงขึ้น และเร้าอารมณ์ให้เป็นไปทางลบอีก เป็นวงจรต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยประสบการณ์ความปวด บุคคลจะนำเอาวิธีการเผชิญความปวดในอดีตมาใช้ในการเผชิญเหตุการณ์ใหม่ บุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดจะอดทนต่อความปวดได้มากกว่า แต่หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ดี จะกลัวความปวด เมื่อเจอความปวดใหม่จะอดทนต่อความปวดได้ลดลง และการรับรู้ข้อมูล การได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค จะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิดๆ ทำให้ออดทนต่อความปวดดีขึ้น (Jacox, 1997; Smeltzer & Bare, 2000)

4.2.5.1 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural factors) ได้แก่

เพศ เพศหญิงจะมีระดับขีดกันของความปวดและความอดทนต่อความปวดต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากความแตกต่างของโครงสร้างร่างกาย ระดับและชนิดของฮอร์โมนเพศ (Hazard & Rosemary, 2000) และความคาดหวังของสังคมว่าเพศชายจะมีความอดทนต่อความปวดมากกว่าเพศหญิง (Robinson et al., 2003) และการยอมรับการแสดงออกต่อความปวดของเพศหญิงมากกว่า (Rollnik et al., 2003)

อายุ ในแต่ละช่วงอายุมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน ทำให้การตอบสนองต่อความปวดต่างกัน (Smeltzer & Bare, 2000)

ความแตกต่างของเชื้อชาติ มีผลต่อการแสดงออก แต่ไม่มีผลต่อการรับรู้ความปวด การรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะบุคคลมากกว่าเชื้อชาติ (Smeltzer & Bare, 2000)

วัฒนธรรมและสังคม การรับรู้และการแสดงออกต่อความปวดแตกต่างกันตามวัฒนธรรมในสังคม เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ และทัศนคติของแต่ละสังคม (Smeltzer & Bare, 2000)

ระดับการศึกษา บุคคลที่มีระดับสติปัญญาและระดับการศึกษาสูง จะมีความอดทนต่อความปวดค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจากสามารถนำเอาความรู้มาใช้ปรับพฤติกรรมของตน แต่ในบางครั้งก็ไม่ใช่เสมอไป (Jacox, 1997)

4.2.5.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) สิ่งแวดล้อมมีผลอย่างมากต่อการปรับตัวของบุคคล และส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทนต่อความปวดได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสงและอุณหภูมิที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับบนุษย์สัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่ให้ความรู้สึกปลอดภัย เป็นต้น

4.2.6 ผลกระทบของความปวดเรื้อรัง (Smeltzer & Bare, 2000) มีดังต่อไปนี้

4.2.6.1 ด้านร่างกาย ความปวดจะทำให้การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายผิดปกติ ดังต่อไปนี้

1) ระบบไหลเวียนโลหิต ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น และกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2) ระบบกล้ามเนื้อ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อและการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ส่งผลต่อการนำออกซิเจนมาสู่กล้ามเนื้อน้อยลง ขณะที่มีการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น พลังงานที่ถูกสะสมไว้ถูกนำมาใช้ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น

3) ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทซิมพาเทติก จะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดหดตัว ทำให้มีการหลั่งของน้ำย่อยเพิ่มขึ้น และลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง จึงเกิดการคั่งของน้ำย่อย กระเพาะอาหารและลำไส้ยืดขยายและหยุดเคลื่อนไหว ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดและปวดท้อง

4) ระบบต่อมไร้ท่อ จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนของร่างกาย เช่น antidiuretic hormone และ aldosterone หลั่งมากขึ้น ทำให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม และมีการหลั่งคอร์ติซอลและอีพิเนฟรินมากขึ้น ขณะที่การหลั่งอินซูลินลดลง จึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

4.2.6.2 ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากความปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งจะเข้าอารมณ์ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น เกิดความกลัววิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า หมดหวัง สูญเสียความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเอง และหากความปวดยังไม่บรรเทาลง อาจทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงออกทางน้ำเสียงและการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

4.2.7 การจัดการกับความปวดเรื้อรัง

การจัดการกับความปวดเรื้อรังมี 2 วิธี คือ การจัดการกับความปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา (พงศภารดี เจาพะเกษตริน และและก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากร, 2547)

การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological pain management) ถือเป็นารดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม สามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ทำให้การดูแลครอบคลุมยิ่งขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยา และเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย (McCafery, 1999; Titter & Raket,

2001) แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย (physical interventions) และวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ (cognitive-behavioral interventions) ดังต่อไปนี้

วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย มีหลายวิธี เช่น การจัดทำ การสัมผัส การนวด การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนังหรือการใช้เครื่องเทนส์ (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS)

ส่วนวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ เช่น การให้ข้อมูล การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การจินตนาการในเรื่องที่พอใจ (Imery) และการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เช่น การฟังดนตรี

ส่วนวิธีการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่บทบาทที่อิสระของพยาบาล แต่พยาบาลก็ควรมีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวด การจัดการกับความปวดที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ความปวดพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง และจะยิ่งจัดการได้ยากขึ้น (Turk, 2000) พยาบาลต้องประเมินผลการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องด้วยลายลักษณ์อักษร นอกจากนี้ยังต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาโดยใช้ยาในการบำบัดความปวดของแพทย์ด้วย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุด

จุดประสงค์หลักในการใช้ยากีเพื่อลดอาการปวด ปรับการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากอาการปวดเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาที่ซับซ้อน แต่การรักษาด้วยยาวิธีเดียวอาจไม่ช่วยให้ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลงได้มากนัก ผู้ป่วยจึงควรมีความคาดหวังที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง ยาแก้ปวดที่ใช้รักษาอาการปวดเรื้อรังควรมีฤทธิ์อยู่นาน และไม่มีผลระยะยาวต่ออวัยวะที่เข้าไปออกฤทธิ์ รวมถึงตับและไต และไม่ควรมีฤทธิ์สะสม การใช้ยาแก้ปวดควรใช้ตามระดับความรุนแรงของอาการปวด ควรปรับปริมาณให้อยู่ในขนาดที่น้อยที่สุดที่ได้ผล เมื่ออาการปวดดีขึ้นต้องลดปริมาณของยาลง หรือเปลี่ยนชนิดของยาในลำดับต้นๆ

4.2.8 การประเมินความปวด (Measurement)

เครื่องมือที่นิยมนำมาให้ผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงของความปวด มีดังต่อไปนี้
คือ

1) มาตรวัดความปวดตามระดับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย (Adjectival scale) โดยให้ผู้ปวยรายงานความปวดตามระดับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย เช่น รายงานเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดมาก เป็นต้น

2) มาตรวัดระดับความรู้สึกปวดแบบตัวเลข (Combining numerical scale and adjectival scale) โดยให้ผู้ปวยรายงานระดับความรุนแรงของความปวดตามตัวเลขที่

กำหนดไว้ ได้แก่ มาตรวัดความปวดอย่างง่าย (Simple pain scale) มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน (Johnson's two component) มาตรวัดความปวดด้วยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analogue scale) และมาตรวัดความปวดของสตีวาร์ต (Stewart pain- color scale)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวดที่ดัดแปลงจาก แบบประเมินความปวดมาตรฐาน (Brief Pain Inventory: BPI-short form) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (2544) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุด ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของความปวดที่น้อยที่สุด ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของความปวดเฉลี่ย ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และระดับความรุนแรงของความปวดขณะประเมิน (Serlin et al., 1995) มฤตส ณีฐฐารมณ (2547) ตรวจสอบค่าความเที่ยงของการวัดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82

พิมพ์รัก สินสมบุญรณทอง (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จำนวน 426 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ใช้แบบประเมินความปวดมาตรฐาน (Brief Pain Inventory ของ Cleeland, และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงจาก PRQ Part II ผลการวิจัย ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ตำแหน่งรอยโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความปวด อาการร่วมกับอาการปวดหลัง เช่น อาการปวดร้าว ชา หรืออาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ประวัติการกลับเป็นซ้ำ การขาดงานหรือหยุดพัก ภาวะทุพพลภาพ การรักษาที่ได้รับ และผลกระทบจากการเจ็บป่วย

ภัทรากร วิริยวงศ์ (2551) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 150 คน พบว่า ความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .205$)

Ahn และคณะ (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วย 1,337 คน เป็นการศึกษาติดตามในระยะยาว จากปี ค.ศ. 1948-1964 พบว่าภาวะซึมเศร้ามี่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)

และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ในการวิจัยครั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแทนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) ซึ่งสะท้อนถึงเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามทฤษฎีของ Mishel โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมาย และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีคุณค่าในตัวเอง ได้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามโอกาส และความเหมาะสม และได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีเพียงพอ จะเกิดกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ดี ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถควบคุมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

Collaghan & Morrissey (1998) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ทำหน้าที่คล้ายเป็นกันชนในการเผชิญความเครียด ไม่ให้ความเครียดมากระทบมากเกินไปจนเกิดความผิดปกติ ช่วยให้ผู้เผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพ มีส่วนช่วยในการให้ความหมายและทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยการให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ ญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Jacobson (1986 อ้างถึงใน สุณี สุวรรณพสุ, 2544) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล

Brandt & Winert (1981 อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันกัน รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากแหล่งสนับสนุนที่มีความหลากหลาย

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เป็นการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ได้จากแหล่งสนับสนุนที่มีความหลากหลาย เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ซึ่ง

เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคมที่มีความรักใคร่ผูกพันกัน รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า

Cobb (1976 อ้างถึงใน สุณี สุวรรณพสุ, 2544) อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่

2) การสนับสนุนด้านได้รับการยอมรับ (Esteem Support) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ามีผู้ที่เห็นคุณค่า ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านให้ความรู้สึกรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network Support) หมายถึง การที่บุคคลมีเครือข่ายทางสังคม คอยให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ

Jacobson (1986 อ้างถึงใน สุณี สุวรรณพสุ, 2544) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือ ยกย่อง และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่นที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย

2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive Support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

จากแนวคิดดังกล่าว ทำให้สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เป็นการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ได้จากแหล่งสนับสนุนที่มีความหลากหลาย ดังนี้

1) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต

2) การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ และการช่วยผ่อนแรงต่างๆ

3) การตอบสนองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของสังคมที่ตนอยู่

4) การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ มีความผูกพันกัน มีความสนิทสนม และรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5) การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพ การยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกมา การได้รับการให้อภัย และให้โอกาสปรับปรุงตนเอง

4.3.1 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

4.3.1.1 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ) ซึ่ง Brandt และ Weinert สร้างขึ้นในปี 1981 (อ้างถึงใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วนคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น และข้อคำถามวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ มีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ Han และคณะ (2002) ได้ตรวจสอบความเที่ยงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ด้วยการวัดซ้ำ ห่างกัน 4-6 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .72 และหาค่าความคงที่ภายในได้ .85 - .93 สิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ได้แปลเป็นภาษาไทยนำไปตรวจสอบในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักได้ค่าความเชื่อมั่น .90

4.3.1.2 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) พัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn ใช้วัดโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบประเมินการทำหน้าที่ (Function aspects) เป็นการประเมินการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์ ความคิดเห็นพ้องของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และแบบประเมินเครือข่าย (ผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ หาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .85 - .92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ด้วยการหาค่าความตรงร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31 - .56

4.3.1.3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาโดย Sarason และคณะในปีค.ศ. 1983 ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความสัมพัทธ์ส่วนบุคคล การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มี 27 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี หากตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการสนับสนุนนั้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .94 และวัดซ้ำอีก 4 สัปดาห์ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83 - .90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item-total correlation) อยู่ในช่วง .48 - .72

4.3.1.4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะในปีค.ศ. 1981 ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่าตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน มีข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .93 และ .94 และเมื่อวัดซ้ำได้ .88

4.3.1.5 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาขึ้นโดย Schaefer และคณะในปีค.ศ. 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบประเมินสถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อวัดการสนับสนุนทางด้านวัตถุ และแบบประเมินจำนวนเครือข่ายที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน วัดการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ วัดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 4 ข้อ แล้วทำการวัดซ้ำอีกเมื่อเวลาผ่านไป 9 เดือน ได้ค่าความเที่ยงด้านข้อมูลข่าวสารและอารมณ์ .81 และ ค่าความเที่ยงด้านการสนับสนุนทางวัตถุ .31

4.3.1.6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) โดยสุณี สุวรรณพสุ (2544) ได้นำมาดัดแปลงเพื่อวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการ จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

- 1) ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ
- 2) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ 6 ข้อ
- 3) ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ
- 4) ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 10 ข้อ
- 5) การตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า 8 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก เมื่อนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .82 ค่าความเที่ยงของการวัดเมื่อทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยสูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค รายด้าน อยู่ในช่วง 0.84-0.91 และเมื่อนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยสูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาครวม 0.94

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่สุวรณ์พสุ ดัดแปลง มา เนื่องจากเหมาะสมกับสภาพสังคม และวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาวไทย

4.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มลฤดี บุราณ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -.437$)

พิมพ์รัก สนิสนมบุรณทอง (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 426 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดหลัง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงจาก PRQ Part II พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลเชิงลบ

ภัทรากร วิริยวงศ์ (2551) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Mullins และคณะ (1995) ได้ทำการตรวจสอบอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคโปลิโอ จำนวน 58 คน ซึ่งมีอายุ 38-84 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคเฉลี่ย 8.5 ปี ใช้แบบวัด the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) มีข้อคำถาม 90 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ 9 มิติ และใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ

Tomlinson และคณะ (1996) ศึกษาระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ของครอบครัว และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 40 คน ที่มีบุตรอายุ 1-14 ปี ที่ไม่ได้มีแผนการรักษาดังกล่าวมาก่อน ใช้แบบวัด the Pediatric Risk of Mortality Index วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายผลของการรักษาเพียงด้านเดียว เนื่องจากมีค่าความตรงตามเนื้อหา .84 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความผูกพันกันของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$)

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้วยการให้ความรักใคร่ ผูกพัน การช่วยเหลือกัน การสนับสนุนด้วยการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง และสามารถทำนายสถานการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาได้ (Brashers, Neidig & Goldsmith, 2004) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้น จะมีผู้คอยช่วยเหลือ ทำให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (เดียนใจ ห่วงสายทอง, 2545; ภาพันธ์ เจริญสวรรค์, 2546; จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา, 2548; Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะเกิดความรู้สึกว่ามีผู้คอยช่วยเหลือ มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (พิมพ์รัก สนิสมบุญรณทอง, 2551; ภัทรกรกร วิริยวงศ์, 2551)

5. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

อาการปวดหลังที่เกิดขึ้นเรื้อรัง ทำให้เกิดความพร่องของการทำหน้าที่ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง เกิดความรู้สึกในด้านลบต่อตัวเอง เมื่อมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้ปัญหาต่างๆ มีความรุนแรงมากขึ้น (Lin & Ward, 1996) ภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่นานและเป็นซ้ำบ่อยๆ ก่อให้เกิดปัญหาต่อการทำงาน ครอบครัวและสังคม (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) หากผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

5.1 บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ (health education) พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าว ความรู้และทักษะ เป็นปัจจัยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

5.2 บทบาทในการจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (effective management of rapidly changing situation) เนื่องจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็น

โรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องมีอาการปวดหลังที่กำเริบเป็นพักๆ ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายการรักษา พยาบาลต้องใช้ความสามารถในการจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อจำกัดและพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การมีอิริยาบถที่ถูกต้อง เพื่อชะลอการเสื่อมที่เร็วเกินไปจากอายุที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การยกสิ่งของ การยืน การนอน การนั่ง การนั่งขับรถการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การฝึกบริหารกล้ามเนื้อหลังก่อนทำ ผ่าตัดกระดูกสันหลัง และทำการบริหารหลังจากทำผ่าตัด เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การแนะนำอาหารที่มีแคลเซียมสูง และอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของแคลเซียม การขยับถ่าย ซึ่งจะช่วย ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วย มีความหวังในการดำเนินชีวิต ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

5.3 บทบาทเป็นผู้ดูแล (care provider) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยการประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้นและ ให้การดูแล แก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหรือป้องกันไม่ให้เกิดลุกลามมากขึ้น คอยดูแลเอาใจใส่ โดย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในการตั้งเป้าหมายและการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

5.4 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน (collaborator) เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่กล้าซักถาม เมื่อมีปัญหา พยาบาลจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ โดยสร้างความไว้วางใจ และความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้พยาบาลต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักเนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสร้างความไว้วางใจและให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าย พยาบาลเป็นคู่คิดที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้พยาบาลต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักเนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลให้รับประทานยาอย่างเคร่งครัด ดูแลให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัย อีกทั้งต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.5 บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counselor) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ ผู้รับคำปรึกษา รู้ เข้าใจ ยอมรับตนเอง ยอมรับที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเอง ได้ โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อ ลดอาการปวด เพื่อใช้เป็นแนวทางในเสริมสร้างความรู้ ฝึกทักษะ และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยและเกิดแรงจูงใจ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ยอมรับปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหา โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึง ความรู้สึกหรือภาวะซับซ้อนใจ เพื่อให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จึงควรมีความรู้และความเข้าใจบทบาทในด้านต่างๆเป็นอย่างดี เข้าใจถึงประสบการณ์กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย (Norris, 2000) เข้าใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในขณะที่มารับการตรวจรักษาหรือขณะทำกายภาพบำบัด เพื่อจะได้สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับโรคได้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มฤดี บุราณ (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -.437$)

พิมพ์รัก สีนสมบูรณ์ทอง (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทายภาพบำบัด ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสวรรคตประชารักษ์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 426 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการปวดหลัง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงจาก PRQ Part II พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.6 ระดับความรู้สึกปวดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากการเจ็บป่วยมีผลต่ออารมณ์จิตใจ การประกอบอาชีพ และการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลเชิงลบ

ภัทรากร วิริยวงศ์ (2551) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .205$)

นุชจรีย์ แสงสว่าง (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนเมษายน – เดือนพฤษภาคม 2552 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.6 ไม่มีภาวะซีมีเศร่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .404$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซีมีเศร่าในผู้ป่วยโรคหืดได้

Scoloveno และคณะ (1990) ศึกษาระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อการรักษาที่ได้รับ ของผู้ป่วยโรค Scoliosis วัยรุ่น โดยการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วย Scoliosis วัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Cotrel-Dubousset (การใช้ลวดยึดกระดูกสันหลังที่ผิดรูป) กับผู้ป่วย Scoliosis ที่ได้รับการรักษาโดยให้ใส่เสื้อเกราะพยุงหลัง (brace) วันละ 23 ชั่วโมงร่วมกับการออกกำลังกาย ทำการศึกษาในผู้ป่วย Scoliosis จำนวน 48 คน ที่มีอายุ 12-18 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการผ่าตัด กลุ่มที่ 2 ให้ใส่เสื้อเกราะพยุงหลัง จากแนวคิดของมิเชลว่าผู้ป่วยอายุกรรมจะมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยศัลยกรรม แต่ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย Scoliosis วัยรุ่น ที่ได้รับการผ่าตัดมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยให้ใส่เสื้อเกราะพยุงหลัง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเกิดจากการคำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างไม่ถูกต้อง

Mullins และคณะ (1995) ศึกษาระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อตรวจสอบอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคโปลิโอ จำนวน 58 คน เป็นชาย 20 คน และหญิง 38 คน มีอายุ 38-84 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคเฉลี่ย 8.5 ปี ใช้แบบวัด the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) ที่มีข้อคำถาม 90 ข้อ ถานเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ 9 มิติ ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนของมิเชล ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ($p < .05$)

Tomlinson และคณะ (1996) ศึกษาระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ของครอบครัว และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 40 คน ที่มีบุตรอายุ 1-14 ปี ที่ไม่ได้มีแผนการรักษาตั้งกล่าวมาก่อน โดยตั้งตามสมมติฐานการวิจัยว่า 1) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และแหล่งประโยชน์ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา 2) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ใช้

แบบวัด the Pediatric Risk of Mortality Index โดยทำการวัดด้านการไม่สามารถทำนายผลของการรักษาเพียงด้านเดียว เนื่องจากค่าความตรงตามเนื้อหา .84 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .01$) 2) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความผูกพันกันของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$)

Ahn และคณะ (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วย 1,337 คน เป็นการศึกษาติดตามในระยะยาว จากปี ค.ศ. 1948-1964 พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

Detprapon และคณะ (2009) ทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง จำนวน 240 คน โดยเลือกภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแทนของมโนทัศน์การปรับตัวในด้านลบ การศึกษาดังกล่าวพบว่า ประสบการณ์การเกิดอาการ มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .69$) ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ($r = .96$)

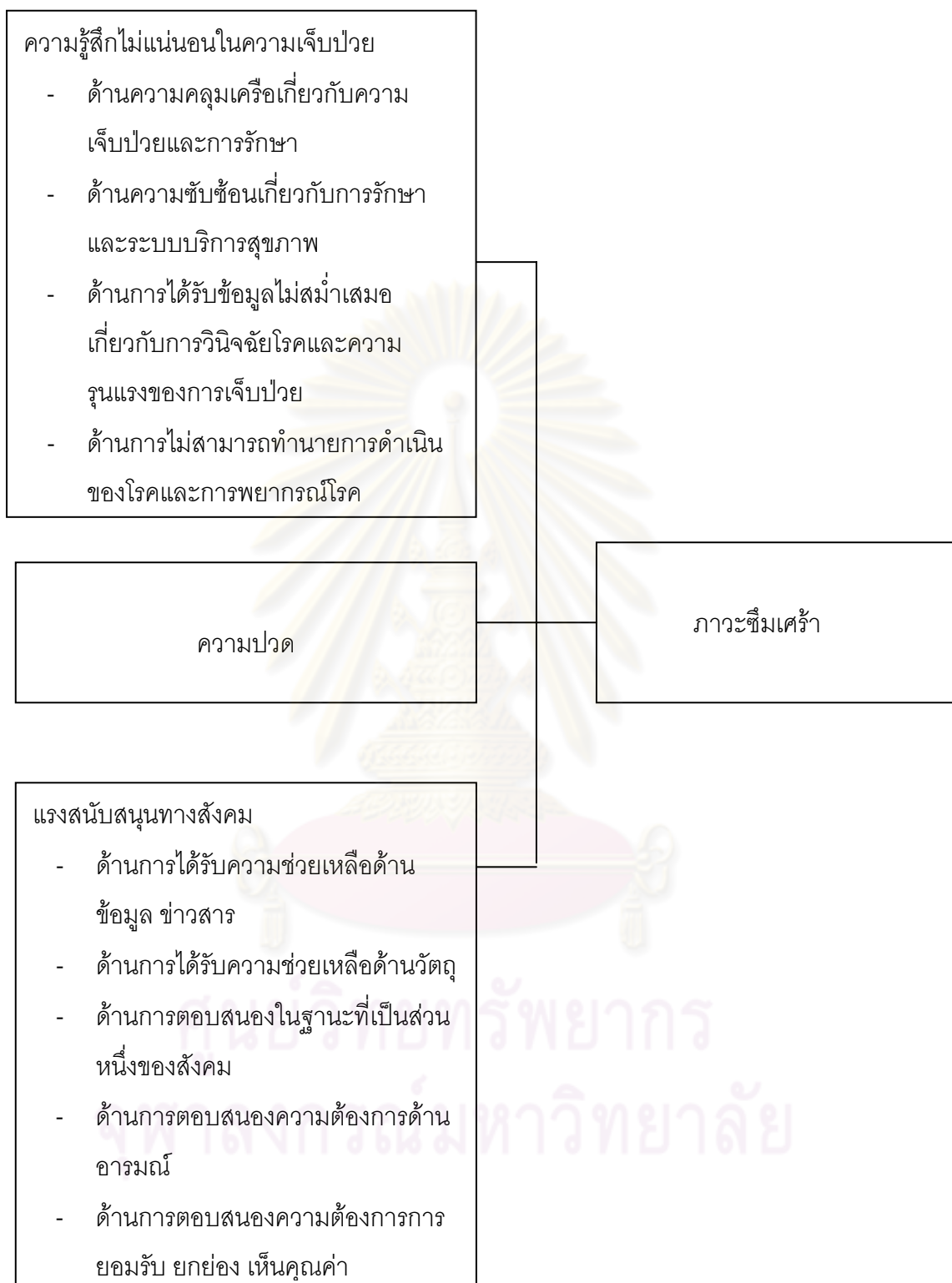
Lien และคณะ (2009) ศึกษาการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยสูงอายุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยสูงอายุ จำนวน 43 คน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ mishel เป็นการวิจัยเชิง Longitudinal correlative study ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ mishel ฉบับชุมชน แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าขณะอยู่โรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale) และแบบประเมินแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล (the Interpersonal Support Evaluation List) พบว่า 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แปรผันตามระยะของโรคมะเร็ง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ขณะผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ขณะก่อนจะกลับบ้านพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าสามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความปวด กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยกล่าวได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และอาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ทำให้ผู้วิจัยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์แบบบรรยาย (Descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีอายุตั้งแต่ 30-59 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท และคลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีอายุตั้งแต่ 30-59 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท และคลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดย

1.1 สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ เลือกโรงพยาบาล 4 สังกัดจากทั้งหมด 6 สังกัด เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติการเข้ารับการรักษามากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่น และมีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทั่วประเทศ จึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ มีประชากรที่หลากหลาย สามารถเป็นตัวแทนประชากรทั้งหมดได้ (ธวัชชัย วรพงศธร, 2540)

1.2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดละ 1 แห่ง จากทั้งหมด 4 สังกัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ ได้โรงพยาบาลตามสังกัด ดังนี้ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสังกัด

กระทรวงมหาดไทย ได้แก่โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์

2. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบคู่ของตัวแปรทุกคู่ (กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากคู่ตัวแปรที่ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด เพื่อให้ทุกคู่ของตัวแปรมีอำนาจทดสอบเพียงพอตามที่กำหนด) ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ อำนาจทดสอบที่ระดับ 80% คู่ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด ($r = .20$) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน (รัตนศิริ ทาโต, 2551; Burns & Grove, 2005)

3. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีความปวดที่เรื้อรังนานกว่า 1 เดือนขึ้นไป

3.2 มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องในขณะให้ข้อมูล

3.4 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี

3.5 ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน

3.6 ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากแฟ้มประวัติ เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2553 ถึง วันที่ 10 กรกฎาคม 2553 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 190 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกรทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา และประวัติการสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลในส่วนนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้กรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ประกอบด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชน(The Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Form: MUIS-C) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยบุษบา สมใจวงษ์ (2552) มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ข้อ 1, 3, 11, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20
- 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 10, 22 และ 23
- 3) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ได้แก่ข้อ 2, 8, 9, 14, 16 และ 21
- 4) ด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค ได้แก่ข้อ 7 และ 19

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ มาตรฐานแบบลิเคิร์ต (Likert) โดยกำหนดค่ามาตรฐาน 5 ระดับ จากเห็นด้วยมาก ถึง ไม่เห็นด้วยเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยมาก	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด
3.50-4.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง
2.50-3.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง
1.50-2.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย
1.00-1.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวด

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวดมาตรฐาน (Brief Pain Inventory: BPI-short form) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2544) ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) ที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด เริ่มจาก 0-10 โดยที่ 0 คือ ไม่มีความปวดเลย 10 คือ ปวดมากที่สุด มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ

การแปลความหมายคะแนนระดับความรุนแรงของความปวด การพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้ (Serlin, 1995)

0	ไม่มีความปวดเลย
1-4	มีความปวดระดับเล็กน้อย
5-6	มีความปวดระดับปานกลาง
7-10	มีความปวดระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่สุวรรณพสุ ดัดแปลงมาจาก ฅวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) เพื่อวัดชนิดและปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ จากการศึกษาติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

- 1) ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5
- 2) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-11
- 3) ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-19

4) ด้านการตอบสนองของความต้องการด้านอารมณ์ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20-29

5) การตอบสนองของความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 30-37

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ข้อคำถามมีความหมายทางบวก

เกณฑ์การให้คะแนน

3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงปานกลาง
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงเล็กน้อย

การแปลความหมายคะแนนความรุนแรงของความปวด การพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2538)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
2.50-3.00	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
1.50-2.49	แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-1.49	แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977 อ้างถึงใน Hann, Winter & Jacobsen, 1999) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 16 ข้อ คำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ โดยวัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า (Depressed Affect) 7 ข้อ ความรู้สึกด้านบวก (Positive Affect) 4 ข้อ วัดอาการเชิงช้าหงอยเหงา (Somatic and Retarded Activity) 7 ข้อ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) 2 ข้อ โดยสอบถามว่าเหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยครั้ง มีค่าคะแนน 0-3 คะแนนรวม 0-60 คะแนน ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้แปลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ของ Radloff (1977) เป็นภาษาไทย ตรวจสอบค่าความเที่ยงของการวัดในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอคำปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนตรวจสอบ ประกอบไปด้วย

1. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 1 คน
5. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 1 คน

1.2 ใช้เกณฑ์การคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยยอมรับผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม จากค่า CVI ที่มีค่า 0.8 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547; อารียวรรณ อ่วมตานี, 2552; Polit & Hungler, 2004)

ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ น้อย จะต้องมีการปรับปรุงข้อความ |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามนั้นค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ แต่ควรปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจน หรือใช้ภาษาที่สื่อแล้วเข้าใจง่าย |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์แล้ว ไม่ต้องแก้ไขข้อคำถาม |

พบว่า ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบแล้ว ในส่วนแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้เท่ากับ 0.70 แบบประเมินความ

รุนแรงของความปวดได้เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ 0.86 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้เท่ากับ 0.95

ในส่วนរបแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ให้ปรับข้อคำถามแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในข้อคำถามที่ 2, 5 และ 23 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ข้อที่ 2 ข้อความ “ข้าพเจ้ามีคำถามมากมายแต่หาคำตอบไม่ได้” ปรับข้อความเป็น “ข้าพเจ้ามีคำถามมากแต่หาคำตอบไม่ได้”

ข้อที่ 5 ข้อความ “คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่หมอ/พยาบาลบอกทำให้ข้าพเจ้ายิ่งงง” ปรับข้อความเป็น “คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่หมอ/พยาบาลบอกทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกคลุมเครือ”

ข้อที่ 23 ข้อความ “หมอและพยาบาล ใช้ภาษาง่ายๆ กับข้าพเจ้า ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด” ปรับข้อความเป็น “หมอและพยาบาล ใช้ภาษาง่ายๆ กับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด”

จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขเพื่อเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของการวัด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.70, 0.89, 0.83 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล อันได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และนายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมประสาทและคลินิกโรคกระดูกและข้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมประสาท และคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า 1 วันก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

3.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจง ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ เกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่น ข้อ 3.1 ถึงข้อ 4 ระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2553 ถึง วันที่ 10 กรกฎาคม 2553 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 190 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้การวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม

ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังรายละเอียด

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา และประวัติการสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลในส่วนอายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และดัชนีมวลกาย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยสถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson's Product moment correlation

ในการแปลผลค่าความสัมพันธ์ของสถิติ ใช้เกณฑ์ของ Elifson Kirkw (1990) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ถ้ามีค่าติดลบ หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม

ถ้ามีค่าเป็นบวก หมายความว่า ตัวแปร 2 ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน

$r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship)

$r = 0.01 - 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)

$r = 0.31 - 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)

$r = 0.71 - 0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)

$r = 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect Relationship)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
4. ความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
5. แรงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=190)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40-50 ปี	56	29.5
50-59 ปี	134	70.5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	52.23 (4.44)	
เพศ		
ชาย	109	57.4
หญิง	81	42.6
สถานภาพสมรส		
โสด	56	29.5
คู่	134	70.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	66	34.7
มัธยมศึกษา	60	31.6
อนุปริญญา	33	17.4
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	31	16.3
ศาสนา		
พุทธ	159	83.7
คริสต์	31	16.3
อาชีพ		
เกษตรกรรม	56	29.5
ค้าขาย	18	9.5
รับจ้าง	55	28.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52	27.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	4.7

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=190)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	93	49.0
ประกันสังคม	36	19.0
เบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ	61	32.0
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)		
<5 ปี	64	33.7
5-9 ปี	85	44.7
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	41	21.6
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6.49 (3.70)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)		
ปกติ (18.50 – 22.90)	181	95.3
น้ำหนักเกิน (22.91 ขึ้นไป)	9	4.7
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	21.00 (1.04)	
เคยสูบบุหรี่		
เคย	40	21.1
ไม่เคย	150	78.9
การสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่สูบ	16	40.0
สูบ	24	60.0
≤ 5 มวน/วัน	7	29.2
> 5 มวน/วัน	17	70.8

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีอายุระหว่าง 44-59 ปี (อายุเฉลี่ย 52.23 ปี) ส่วนมากมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.5 และมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 57.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.7 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.7 และ 31.6 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 29.5 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.95 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.4 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ (ร้อยละ 48.95 และ 32.1 ตามลำดับ) ร้อยละ 44.7 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 5 ถึง 9 ปี และมีส่วนน้อยที่มีน้ำหนักเกินเพียง ร้อยละ 4.7 ร้อยละ 21.1 เคยสูบบุหรี่ และในคนที่เคยสูบบุหรี่ ยังคงสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 60.0 โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่มากกว่า 5 มวน/วัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม แสดงการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จำแนกตามคะแนนภาวะซึมเศร้า

คะแนนภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน	ร้อยละ
16 - 44 คะแนน	23.31	12.03	16 - 60	16 - 44	45	23.7
0 - 15 คะแนน	13.03	3.33	0 - 15	3 - 15	145	76.3
คะแนนเฉลี่ย	15.46	(7.83)				

การพิจารณาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ของ Radloff (1977 อ้างถึงใน รัชชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533) โดยหากผู้ป่วยมีคะแนนซึมเศร้า 16 คะแนนขึ้นไป จะถือว่ามีภาวะซึมเศร้า จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จำนวน 190 คน มีค่าคะแนนซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 3 ถึง 44 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.46 คะแนน (SD = 7.83) มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3

ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนตั้งแต่ 16-44 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้า 23.31 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.03 ส่วนผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนตั้งแต่ 3-15 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้า 13.03 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.33

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ได้นำเสนอในตารางที่ 3 - 6

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	1.00 – 5.00	2.44 – 3.67	2.95	0.37
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการสุขภาพ	1.00 – 5.00	2.50 – 3.17	2.73	0.16
ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย	1.00 – 5.00	2.50 – 3.00	2.64	0.16
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค	1.00 – 5.00	3.00 – 4.00	3.25	0.27
คะแนนรวม	1.00 – 5.00	2.57 – 3.26	2.84	0.14

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.84, SD = 0.14) เมื่อจำแนกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 2.95, SD = 0.37) ในด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 2.73, SD = 0.16) ในด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 2.64, SD = 0.16) และในด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง (Mean = 3.25, SD = 0.27)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความปวด

ความรุนแรงของความปวด	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD
ความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0.00 – 10.00	5.00 – 10.00	7.03	1.06
ความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0.00 – 10.00	1.00 – 5.00	2.54	0.70
ความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0.00 – 10.00	3.00 – 7.00	4.79	0.93
ความปวดขณะปัจจุบัน	0.00 – 10.00	1.00 – 4.00	2.97	0.69

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด เฉลี่ยอยู่ในระดับ 7.03 (SD = 1.06) และความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง เฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.54 (SD = 0.70) ความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับน้อยถึงมากที่สุด เฉลี่ยอยู่ในระดับ 4.79 (SD = 0.93) และความปวดขณะปัจจุบันอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ยอยู่ในระดับ 2.97 (SD = 0.69)

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	1.00 – 3.00	2.00 – 3.00	2.29	0.30
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ	1.00 – 3.00	1.67 – 3.00	2.46	0.60
ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	1.00 – 3.00	2.00 – 3.00	2.47	0.19
ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	1.00 – 3.00	2.00 – 3.00	2.97	0.12
ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	1.00 – 3.00	2.00 – 3.00	2.46	0.20
คะแนนรวม	1.00 – 3.00	2.00 - 2.97	2.58	0.18

จากตารางที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.54, SD = 0.18) เมื่อจำแนกระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (Mean = 2.29, SD = 0.30) ในด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (Mean = 2.46, SD = 0.60) ในด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (Mean = 2.47, SD = 0.19) ในด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (Mean=2.97, SD=0.12) และในด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (Mean=2.46, SD=0.20)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ปัจจัย	Correlation Coefficient	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	-0.13	0.080	น้อยมาก
ความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	-0.30	<0.001	ต่ำ
ความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	-0.28	<0.001	ต่ำ
ความปวดขณะปัจจุบัน	-0.34	<0.001	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	0.20	0.005	ต่ำ
แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.09	0.237	ไม่มี

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม พบว่า ความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ทางลบ ($r = -0.30$ และ -0.28 ตามลำดับ) ในขณะที่ความปวดขณะปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r = -0.34$) ส่วนความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัยยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.20$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์แบบบรรยาย (Descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีอายุตั้งแต่ 30-59 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท และคลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบคู่ของตัวแปรทุกคู่ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าความเที่ยงของการวัด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.70, 0.89, 0.83 และ 0.96 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียด

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา และประวัติการสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลในส่วนอายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และดัชนีมวลกาย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด และแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คะแนนความปวดกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม คะแนนแรง

สนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 15.46$)
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.20$)
3. ความปวดในขณะปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.34$)
4. แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จำนวน 190 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรภร วิริยวงศ์ (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 82 และการศึกษาของ นุชจรีย์ แสงสว่าง (2552) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืด มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.4 และไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 89.6 นอกจากนี้ Wolfe & Michaud (2009) ยังศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.2 และการศึกษาของ พิมพิภัค สิ้นสมบุญรณทอง (2551) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้ามคิดเป็นร้อยละ 21.6 และเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 8.7 เมื่อพิจารณาความปวดในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับน้อยถึงมากที่สุด และความปวดขณะนี้อยู่ในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของภัทรภร วิริยวงศ์ (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรุนแรงของความปวดที่มาก

ที่สุดอยู่ในระดับมาก ความปวดที่น้อยที่สุดอยู่ในระดับน้อย ส่วนความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และความปวดขณะประหมื่นอยู่ในระดับน้อย และแตกต่างกับการศึกษาของมาริสาสูววรรณราช (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความรุนแรงของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง และความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมในงานวิจัยครั้งนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้าอาจจะเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไม่ค่อยรุนแรง การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หากมีวิธีจัดการกับอาการปวดหลังเพื่อไม่ให้เกิดอาการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตร่วมกับอาการปวดหลังเรื้อรังนั้นๆ ได้ ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมถึงร้อยละ 44.7 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 5 ถึง 9 ปี อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยกับความเจ็บป่วย สามารถทำนายอาการกำเริบของโรคทราบถึงวิธีการรักษาที่จะได้รับและผลของการรักษา รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรงเกินไป ทำให้รู้สึกว่าไม่มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางจึงมีส่วนช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง จึงเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ($r = 0.20$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Mishel (1988) อธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แล้วไม่สามารถทำนายอาการกำเริบของโรคไม่ทราบวิธีการรักษาที่จะได้รับและผลของการรักษา เนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการวินิจฉัยไม่ครบถ้วน รู้สึกไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นมีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักตัดสินใจว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตรายมากกว่าเป็นโอกาส ยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด จะทำให้ประเมินว่าเป็นอันตรายมากขึ้น

เท่านั้น การที่บุคคลประเมินว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองจะทำให้สุขภาพทางกายและจิตแย่ลง (Kang, 2006) ทำให้กระบวนการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ก่อให้เกิดผลเสียตามมา เช่น เกิดความวิตกกังวล เมื่อเป็นอยู่นานๆจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Houldin, 2003)

สำหรับในงานวิจัยนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระดุกสันหลังระดับเอวเสื่อม แล้วไม่สามารถทำน่ายอาการกำเริบของโรค ไม่ทราบวิธีการรักษาที่จะได้รับและผลของการรักษา เนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการวินิจฉัยไม่ครบถ้วน รู้สึกไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น ส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วยนั้นๆ ว่าเป็นอันตราย ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Detprapon et al. (2009) ซึ่งพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ($r = 0.82$) แต่ในการวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์กันในระดับที่ต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lein et al. (2009) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชจรรย์ แสงสว่าง (2552) ที่ศึกษาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.40$)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) อาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากโรคระดุกสันหลังระดับเอวเสื่อม เกิดขึ้นเนื่องจากขาดคำแนะนำที่ชัดเจน และ/หรือได้รับไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการวินิจฉัยไม่ครบถ้วน รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นมีความไม่แน่นอน บางวันก็มีอาการปวดหลังมาก บางวันปวดน้อย มีความไม่แน่นอนเกิดขึ้น ยิ่งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด จะทำให้กระบวนการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่ดี ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อเป็นอยู่นานๆจะเกิดภาวะซึมเศร้า

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคระดุกสันหลังระดับเอวเสื่อม

คะแนนความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคระดุกสันหลังระดับเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา คะแนนความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และคะแนนความปวด

ขณะปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ($r = -0.30, -0.28, -0.34$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ถือว่า ความปวดเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) ซึ่งสะท้อนถึงเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการประเมินตัดสินว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย ทำให้กระบวนการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ไม่เหมาะสม ไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Detprapon et al., 2009; Lein et al., 2009) ในงานวิจัยนี้ อธิบายได้ว่า ความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่มากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นนั้น จะเกิดขึ้นเนื่องจากเมื่อเป็นโรคที่รักษาไม่ค่อยหาย มีอาการปวดรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน บุคคลจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ซึ่งความรู้สึกในทางลบจะทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมากขึ้น แต่กลุ่มตัวอย่างมีความปวดที่อยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกทรมานจากอาการปวดหลังเรื้อรังมากนัก ผู้ป่วยจึงไม่เกิดมีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแตกต่างจากการศึกษาในอดีต ที่พบว่าระดับความรู้สึกปวดที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น (พิมพิรัก สิ้นสมบุญรณทอง, 2551) และ Wolfe & Michaud (2009) ที่ศึกษาพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

การที่ความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานนั้น แตกต่างจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel ที่ให้ความปวดเป็นตัวแทนของสิ่งที่มากระตุ้น (stimuli frame) ถือเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel อาการปวดหลังระดับเอวเป็นพักๆ และผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป และมีความไม่แน่นอน ส่งผลต่อการประเมินตัดสินว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นอันตราย ทำให้กระบวนการเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ไม่เหมาะสม ไม่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ในงานวิจัยนี้อาจเกิดจากความรุนแรงของความปวดที่ผู้วิจัยวัดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ไม่ใช่ความปวดเรื้อรัง เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้มีข้อจำกัด ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเลือกเครื่องมือที่สะท้อนตัวแปรความปวดเรื้อรังได้ตรงตามค่านิยามเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนั้นๆ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ในระหว่างรอรับการรักษา เมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด จะมีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจได้รับคำแนะนำหรือได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้รู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น ทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง สามารถทำนายความเจ็บป่วยและการรักษาได้ อีกทั้งในปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับการรับประกันคุณภาพของโรงพยาบาล แนวทางในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ จะให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพการดูแลสุขภาพของตัวเองมีความกระจ่างเกี่ยวกับแผนการรักษามากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างดี จึงทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ผลการวิจัยในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของซัดเจน จันทรพัฒน์และคณะ (2547) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวผกผันกับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.26$) และการศึกษาของภัทธราภร วิริยวงศ์ (2551) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = -0.32$)

โดยสรุป ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) บางส่วน ที่กล่าวว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย หรือไม่ทราบว่าจะมีอาการกำเริบขึ้นอีกเมื่อไร จึงทำให้ไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ จนเกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น เมื่อมีความรู้สึกนี้เกิดขึ้นผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ส่งผลทำให้การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เหมาะสม จนผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไม่ได้ จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยที่ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ในส่วนของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมที่

ดี จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ หรือมีผู้บอกเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เหมือนกับการเจ็บป่วยที่ตนเองเป็นอยู่ ช่วยทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยลดลง และส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี จึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี จะทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ไม่ดี จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อขจัดความคลุมเครือเกี่ยวกับการรักษา การดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการตรวจวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับความปวดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้ความปวดพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง ให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกวัดระดับความรุนแรงของความปวดของกลุ่มตัวอย่างใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ซึ่งไม่ใช่ความปวดเรื้อรัง ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ควรใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่นานกว่านี้ อาจเป็น 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน จึงอาจจะพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเลือกเครื่องมือที่สะท้อนตัวแปรความปวดเรื้อรังได้ตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เพื่อเปรียบเทียบดูว่าโรคกระดูกสันหลังชนิดใดที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อไป

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เพื่อที่จะได้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่สามารถจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ควรศึกษาความปวดในส่วนของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในมิติต่างๆ ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมเพื่อดูว่าความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในมิติใดบ้าง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- สาธารณสุข, กระทรวง, กรมควบคุมโรค. 2551. **สถิติจำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคกระดูกจากการประกอบอาชีพระหว่างปี พ.ศ. 2544-2549** [Online]. Available from: <http://www.thaiocmed.org>. [2009, Jun,11].
- สาธารณสุข, กระทรวง, กรมสุขภาพจิต. 2549. **สถิติของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย 31 ธันวาคม** [Online]. Available from: <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp>. [2009,Dec,11].
- สาธารณสุข, กระทรวง, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. 2548. **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง**. (ม.ป.ท.)
- สาธารณสุข, กระทรวง, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. 2551. **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง**. (ม.ป.ท.)
- กอกู้ เชียงทอง และต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, บรรณาธิการ. 2550. **โรคกระดูกสันหลังเสื่อม**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- จเร ผลประเสริฐ. 2530. **ประสาทศัลยศาสตร์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ สติรปัญญา และพรชัย สติรปัญญา. 2548. **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** *สงขลานครินทร์เวชสาร* 23(2): 229-237.
- เจียมจิต ไสภณสุขสถิตย์. 2544. **ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทวัฒน์และคณะ. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย**. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 12(2): 80-89.

- เตือนใจ ห่วงสายทอง. 2545. **ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญพร ชอบตรง. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของสตรีใกล้หมดประจำเดือน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวรรณ พงษ์ผล. 2545. **ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกคลินิกประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต และสมพร เตรียมชัยศรี. 2533. **คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D.** วารสารจิตวิทยาคลินิก. 21(1): 26-45.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2540. **หลักการวิจัยทางสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธเนศ วรธนอภิสิทธิ์, พิชัย สันต์สวัสดิ์ และ เมษันท์ ปรมาทิกุล. 2549. **Comprehensive Spine Course 2006.** กรุงเทพมหานคร: S.M., Circuit Press.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. 2548. **ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรรณทร์และคณะ. 2537. **แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ.** สารศิริราช 46(1): 1-9.
- นียา สออารีย์. 2546. **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด.** สงขลา: แมกซ์มีเดีย วาย ทุ เค เพลส.
- นิศารัตน์ เขตวรรณ. 2543. **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชจรรย์ แสงสว่าง. 2552. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พัชรียา ไชยลังกา และคณะ. 2545. **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์ เล่ม 1).** พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส ซี วี บิสซิเนสส์.

- พิมพ์รัก สนิสมบุญรัตน์ทอง. 2551. **ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. 2547. **Pain ความปวด.** กรุงเทพมหานคร: เมติมีเดีย (ประเทศไทย).
- พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. 2547. **Pain management บำบัดความปวด.** กรุงเทพมหานคร: ทิมส์ (ประเทศไทย).
- ภัทราร วิทยวงศ์. 2551. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาพันท์ เจริญสุวรรณค์. 2546. **ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มธุรส ณีฐฐารมณ. 2547. **รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช บรรณานิการ. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ บรรณานิการ. 2544. **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สวีชากรพิมพ์.
- มฤดี บุราณ. 2548. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวรัตน์ ชันธิชัย. 2544. **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนศิริ ทาโต. 2551. **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ฉัตรพร อุนนาภิรักษ์. 2547. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วาสนา ฟุ้งฟู. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไล คุปต์นริติศัยกุล และพนม เกตุมาน. 2540. การศึกษาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES - D) ในคนไทย. สารศิริราช 49(5): 442-447.
- วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. 2548. ระบบยึดตรึงกระดูกสันหลังรามาธิบดี: แนวคิดและวิธีการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. 2541. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา ประจุศิลป์. 2549. หลักจริยธรรมการทำวิจัยในคน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ: 56-67.
- สุดศิริ หิรัญขุนนะ. 2548. การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในระบบกล้ามเนื้อ และข้อ: กลุ่มอาการ Low Back Pain. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุนี สุวรรณพสุ. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาพร บรรณสาร. 2545. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกานนท์. 2547. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิมาพร วงศ์หงษ์กุล. 2534. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการรับรังสีรักษา. **วารสารพยาบาล** 40(1): 11-26.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์ศิลป์ปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2544. **อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์. 2551. ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 26(1): 25-36.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2552. **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร. (อัดสำเนา)
- อุทิศ ดีสมโชค. 2543. **การสัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย. 2549. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรื่องตระกูล. 2552. **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนาจ อุนนะนันท์. 2542. **เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Acheson, D. 1998. **The Independent Inquiry into Inequalities in Health Report**. London: The Stationery Office.
- Ahn, N.U., Ahn, U. M., Nallamshetty, L., Buchowski, J. M., and Sponseller, P. D. 2001. **Lumbar Spine Pathology, Depression, and Psychiatric Disorders (A 53-Year Prospective Study of 1337 Patients)**[online].
Available from: <http://www.spineuniverse.com/displayarticle.php/article1814.html> [2005, Aug, 28].

- American Psychiatric Association (2000a). **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Beeber, L.S. (1998). Testing depression through the therapeutic client relationship. **Nursing Clinic of North America** 33(1): 153-172.
- Belmont, C.A. 2000. Stress, coping and health. In Grove, A.P., Albany, N.Y., and Belmont, C.A. (eds.). **Psychology: Themes and variation briefer version**. Boston: Wadsworth.
- Boer, J.J., Oostendrop, R.A.B., Beems, T., Munneke, M., and Evers, A.W.M. 2006. Reduced work capacity after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral and work-related risk factors. **Pain** 126: 72-78.
- Boera, J.J. et al. 2006. Continued disability and pain after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral factors. **Journal of the International Association for the Study of Pain** 123(1): 45-52.
- Brashers, D.E., Neidig, J.L., and Goldsmith, D.J. 2004. Social Support and the Management of Uncertainty for People Living with HIV or AIDS. **Health Communication** 16(3): 305-331.
- Brox, J.I. et al. 2006. Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain after previous surgery for disc herniation: A prospective randomized controlled study. **Pain** 122: 145-155.
- Burns, N., and Grove, S.K. 2005. **The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization**. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Busch-mann, M.T., Dixon, M.A., and Tichy, A.M. 1998. Geriatric Depression. In Allender, J.A., and Rector, C.L. (eds). **Reading in Gerontological Nursing**. Philadelphia: Lippincott: 426-436.
- Caine, R.M. and Bufalino, P.M. 1998. **Critical adult: Nursing care planning guides**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Chisholm, D. et al. 2004. Reducing the global burden of depression. **British Journal of Psychaitry** 184: 393-403.
- Collaghan, P., and Morrissey, J. 1998. Social support and health: A review. **Journal of Advance Nursing** 18(6): 203-210.

- Detprapon, M., Sirapo-ngam, Y., Mishel, M.H., Sitthimongkol, Y., and Vorapongsathorn, T. 2009. Testing of Uncertainty in illness Theory to predict Quality of life among Thais with head and neck cancer. **Thai J Nurs Res** 13(1): 1-15.
- Diwan, A.D., Parvartaneni, H., and Cammisa, F. 2003. Failed degenerative lumbar spine surgery. **Orthop Clin North Am** 34: 2265-2271.
- Eaton, W. W. 2001. **The sociology of mental disorders**. 3rd ed. New York: Praeger.
- Elfering, A. et al. 2002. Risk factors for lumbar disc degeneration. **Spine** 27: 125-134.
- Elifson, K. 1990. **Fundamental of social statistics International edition**. Singapore: McGraw-Hill.
- Fogelholm, R.R., and Alho, A.V. 2001. Smoking and intervertebral disc degeneration. **Med Hypoth** 56: 537-539.
- Fritsch, E.W., Heisel, J., and Rupp, S. 1996. The failed back surgery syndrome: reasons, intraoperative findings and long-term results: a report of 182 operative treatments. **Spine** 21: 626-633.
- Gable, S. L., and Nezlek, J. B. 1998. Level and instability of day-to-day psychological well-being and risk for depression. **Journal of Personality and Social Psychology** 74: 129-138.
- Gotlib, I. H., and Hammen, C. L. 1992. **Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration**. New York: Wiley.
- Greenburg, M.S. 2001. **Handboof of neurosurgery**. 5th ed. New York: Thieme Medical Publishers.
- Greist, J., and Jefferson, J.W. 1992. **Depress and its treatment**. Washington D.C.: American psychiatric press.
- Hagen, K.B., Tambs, K., and Bjerkedal, T. 2006. What mediates the inverse association between education and occupational disability from back pain?-A prospective cohort study from the Nord-Trondelag health study in Norway. **Social Science & Medicine** 63: 1267-1275.
- Hann, D., Winter, K., and Jacobsen, P. 1999. Measurement of depressive symptoms in cancer patients: Evaluation of the center for epidemiological studies depression scale (CES-D). **Journal of Psychosomatic Research** 46(5): 437-443.

- Hazard, A. and Rosemary, C.P. 2000. The relationship of gender to pain. **Pain Management Nursing** 1(3): 8-15.
- Heye, M.L., and Reeves, K.A. 2003. Pain Management. In Linton, A.D., and Maebius, N.K. (Eds.). **Medical-surgical nursing**. 3rd ed. Philadelphia: Saunders.
- Hickey, J.A. 2003. **The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hu, R.W. et al. 1997. A population-based study of reoperation after back surgery. **Spine** 22: 814.
- Jacox, K.A. 1997. Pain: A source book for nurses and other health professionals. Boston: Little Brown.
- Kang, Y., Daly, B., and Kim, S. 2004. Uncertainty and Its Antecedents in Patients with Atrial Fibrillation. **Western Journal of Nursing Research** 26(7): 770-783.
- Kessler, R. C. 2007. The Epidemiology of Major Depressive Disorder. **Journal American Medical Association** 289(23): 3095-3105.
- Koehn, C.L. 2008. Patient education and self-management of musculoskeletal diseases. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology** 22(3): 395-405.
- Koeing, H.G., Meader, K.G., Cohen, H.T., and Blazer, D.G. 1988. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. **Archive Internal Medication** 148: 1929-1936.
- Kondo, N. et al. 2008. Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. **Preventive Medical** 46: 457-462.
- Liddle, S.D., Gracey, J.H., and Baxter, G.D. 2007. Advice for the management of low back pain: A systematic review of randomized controlled trials. **Manual Therapy** 12: 310-327.
- Lien, C.Y., Lin, H.R., Kuo, I., and Chen, M. 2009. Percieved uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. **Journal of Clinical Nursing** 18: 2311-2319.
- Lin, C.C., and Ward, S.E. 1996. Perceived self-efficacy and outcome expectation in coping with chronic low back pain. **Research in Nursing and Health** 19: 299-310.

- McCaffery, M., and Pasero, C. 1999. **Pain: Clinical manual**. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby.
- McCormick, K.M. 2002. A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. **Journal of Nursing Scholarship** 34(2): 127-131.
- McCullough, J. P. 2003. Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). **Journal of Psychotherapy Integration** 13: 241-263.
- Melzack, R., and Wall, P.D. 1996. Pain mechanism: A new theory. **Science** 150(2) 971-979.
- Mendes de Leon, C.F., Rapp, S.S., and Kasl, S.V. 1994. Financial strain and syndrome of depression in a community sample of elderly men and women: A longitudinal study. **Journal of Aging and Health** 6(4): 448-468.
- Merskey, H., and Bogduk, N. 1994. **Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms**. 2nd ed. Seattle: JASP Press.
- Mishel, M.H. 1988. Uncertainty in illness. **Image Journal of Nursing Scholarship** 20: 225-232.
- Mishel, M.H. 1990. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. **Journal of Nursing Scholarship** 22(4): 256-262.
- Mishel, M.H. 1997. Uncertainty in Illness Manual, University of North Carolina School of a replication of the mediating effects of mastery and coping. **Nursing Research** 40: 236-240.
- Mishel, M. H., and Clayton, M. F. 2003. **Theories of uncertainty in illness: Middle range theory for nursing**. New York: Springer.
- Mullins, L., Chaney, H., Hartman, V., Albin, K., Miles, B., & Roberson, S. 1995. Cognitive and affective features of postpolio syndrome: Illness uncertainty, attributional style, and adaptation. **International Journal of Rehabilitation and Health**, 1, 211-222.
- Murata, G. et al. 2008. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). **Health & Place** 14: 406-414.

- Neville, K.L. 2003. Uncertainty in illness: An Integrative Review. **Orthopaedic Nursing** 22(3): 206-214.
- Norris, C. 2000. **Sport injury: Diagnosis and management**. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Nygaard, O.P., and et al. 1997. No association between peridural scar and outcome after lumbar microdiscectomy. **Acto Neuro-chir(Wein)** 139: 1095-1100.
- Onega, L.L., and Abraham, L.L. 1998. Differentiated nursing assessment of depressive symptoms in community dwelling elders. **Nursing Clinic of North America** 33(3): 407-417.
- Parmelee, P.A., Harralson, L.T., Smith, A.L., and Schumacher, R.H. 2007. Necessary and Discretion Activity in Knee Osteoarthritis: Do They Mediated the Pain-Depression Relationships?. **American Academy of Pain Medicine** 8(5): 449-461.
- Peer, K.S., and Fascione, J.M. 2007. Spondylolysis A Review and Treatment Approach. **Journal of Orthopaedic Nursing** 26(2): 104-113.
- Pilot, D.F., and Beck, T.B. 2004. **Nursing research: Principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, D.D. 1999. **Psychological mechanism of pain and analgesia**. Seattle: IASP Press.
- Reich, J.W., Johnson, L.M., Zautra, A.J., and Davis, M.C. 2006. Uncertainty of Illness Relationships with Mental Health and Coping Processes in Fibromyalgia Patients. **Journal of Behavioral Medicine** 29(4): 307-316.
- Robinson, M.E., Gagnon, C.M., Riley, J.L., and Price, D.D. 2003. Altering gender role expectation: Effect on pain tolerance, pain threshold and pain ratings. **Journal of Pain** 4: 284-288.
- Rollnik, J.D. et al. 2003. Gender differences in coping with tension-type headaches. **Journal of Europe Neurological** 50: 73-77.
- Roose, S. P., and Sackeim, H.A. 2004. **Late-Life Depression**. USA: Oxford University Press.
- Sbriccoli, P. et al. 2004. Static load magnitude is a risk factor in the development of cumulative low back disorder. **Muscle Nerve** 29: 300-308.

- Schulberg , H.C., Katon, W.J., and Simon, G.E. 1999. Best clinical practice: guideline for managing major depression in primary medical care. **J Clin Psychiatry** 60 (17): 19-28.
- Shioiri, T., Someya, T., Helmeste, D., and Tang, S.W. 1999. Cultural difference in recognition of facial emotional expression: contrast between Japanese and American raters. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 53(6): 629-33.
- Scoloveno, M., Yarcheski, A., & Mahon, N. 1990. Scoliosis treatment effects on selected variables among adolescents. **Western Journal of Nursing Research**, 12, 601–618.
- Seidler, A. et al. 2001. The role of cumulative physical work load in lumbar spine disease: risk factors for lumbar osteochondrosis and spondylosis associated with chronic complaints. **Occup Environ Med** 58: 735-746.
- Serlin, R., Mendoza, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K.R., and Cleeland, C.S. 1995. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. **Pain** 61(2): 277-284.
- Sherina, M.S.N., Afiah,M.Z., and Mustaqim, A. 2003. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in rural community in Malaysia. **Journal of Asia Pacific Family Medicine** 2(5): 196-199.
- Smeltzer, S.C., and Bare, B.G. 2000. **Medical-Surgical nursing**. 9th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Timby, B.K. 1995. **Medical-surgical nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Titler, M.G., and Rakel, B.A. 2001. Non pharmacologic treatment of pain. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 13(2): 221-231.
- Tomlinson, P., Kirschbaum, M., Harbaugh, B., & Anderson, K. 1996. The influence of illness severity and family resources on maternal uncertainty during critical pediatric hospitalization. **American Journal of Critical Care**, 5, 140–146.
- Tsai, Yun-Fang. 2007. Self-care Management and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Taiwanese Institutionalized Older Person. **Nursing Reasearch** 56(2): 124-131.
- Turk, D.C. 2000. Are pain syndromes acute or chronic disease. **The Clinical Journal of Pain** 16: 279-280.

- Wade, T. D., and Kendler, K. S. 2000. The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. **Journal of Nervous and Mental Disease** 188: 251-258.
- Wallace, M. 2005. Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. **Journal of Clinical Nursing** 14: 863-868.
- Watters, W.C. et al. 2009. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis. **The Spine Journal** 9: 609-614.
- Whisman, M. A. 2001. Marital adjustment and outcome following treatments for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 69: 125-129.
- Winn, H.R. et al. 2003. **Youmans Neurological surgery**. 5th ed. USA.
- Wolfe, F. 1999. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness scores: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. **Rheumatology** 38: 355-361.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., and Losawatkul. 2006. Uncertainty Appraisal Coping and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. **Cancer Nursing** 29(3): 250-257.
- Woods, V. 2005. Work-related musculoskeletal health and social support. **Journal of Occupational Medicine** 55: 177-189.
- Wright, A. and Sluka, K.A. 2001. Nonpharmacological treatments of musculoskeletal pain. **The Clinical Journal of Pain** 17(1): 33-46.
- Zoidl, G. et al. 2003. Molecular evidence for local denervation of paraspinal muscles in failed-back surgery/postdisectomy syndrome. **Clin Neuropathol** 22(2): 71-77.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสุม	ข้าราชการบำนาญ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เข็อกกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชสิมันต์ สุนทรไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นุชบา สมใจวงษ์ นางสาวสุณี สุวรรณพสุ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และจดหมายขอ
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0369



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วยนางผกา มาศ อ่อนขาว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกโรคกระดูกและข้อ และคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางผกา มาศ อ่อนขาว ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางผกา มาศ อ่อนขาว โทร. 08-1301-6017

ที่ ศธ 0512.11/0370



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

เนื่องด้วยนางผกา มาศ อ่อนขาว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกโรคกระดูกและข้อ และคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางผกา มาศ อ่อนขาว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810ที่อนิสิต นางผกา มาศ อ่อนขาว โทร. 08-1301-6017

ที่ ศธ 0512.11/0370



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วยนางผกา มาศ อ่อนขาว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในห้องตรวจโรคศัลยกรรม คลินิกศัลยกรรมประสาทและไขสันหลัง ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ และห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางผกา มาศ อ่อนขาว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810ที่อนิสิต นางผกา มาศ อ่อนขาว โทร. 08-1301-6017

ที่ ศธ 0512.11/0370



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วยนางผกา มาศ อ่อนขาว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกโรคกระดูกและข้อ และคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 32 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางผกา มาศ อ่อนขาว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810ที่อนิสิต นางผกา มาศ อ่อนขาว โทร. 08-1301-6017

ที่ ศธ 0512.11/0370



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วยนางผกา มาศ อ่อนขาว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกโรคกระดูกและข้อ และคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบประเมินความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางผกา มาศ อ่อนขาว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

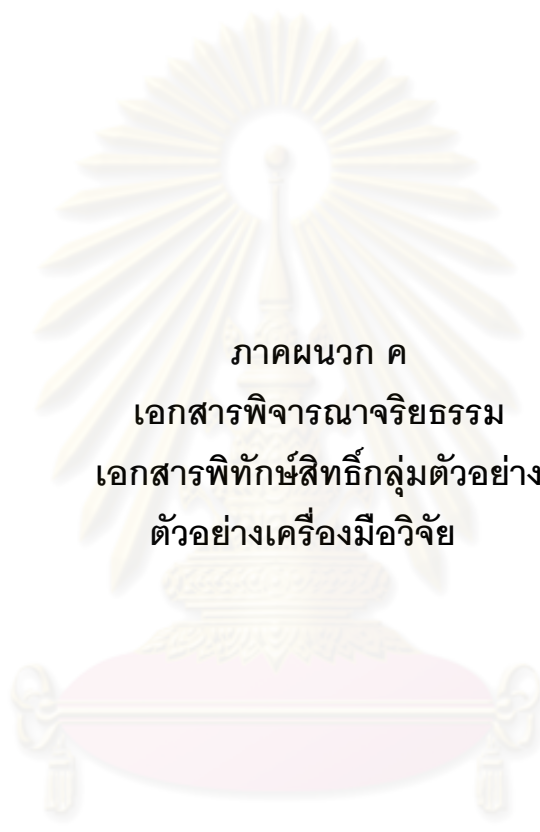
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810ที่อนิสิต นางผกา มาศ อ่อนขาว โทร. 08-1301-6017



ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิทยพัธพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 53055

เอกสารเลขที่ 054 /2553

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) "ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม"

(ภาษาอังกฤษ) "RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, PAIN, SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH LUMBAR SPONDYLOSIS"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางมกามาศ อ่อนขาว
ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2553 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ เมื่อวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2555

ลงนาม

(รศ. สมศักดิ์ พ. ฤกษ์กุล)

ประธานคณะกรรมการวิจัยทางวิชาการวิจัย

ลงนาม

(นางวารุณี จินารัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี



องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
 สำนักงานแพทย์ใหญ่
 492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๐๐๖๓.๕๕๐.๖๓.๒.๕.

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอว เลื่อน
ชื่อโครงการ/ ภาษาอังกฤษ	RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, PAIN, SOCIAL SUPPORT AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH LUMBAR SPONDYLOSIS
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางพกามาศ อ่อนขาว นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา - หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ - แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	7 เมษายน 2553
วันหมดอายุ	6 เมษายน 2554

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัย
 ในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอก

(สุทัศน์ เลาหะวิมลนะ)

ประธานอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 โรงพยาบาลตำรวจ



บันทึกข้อความ

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.๖
รับ 0741
วันที่ 19 มิ.ย. 2553
เวลา 14.00 น.
Thy 50324

ส่วนราชการ สทว.วพม./รพ.ร.ร.๖

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/๐๕๐

วันที่ ๘ เม.ย.๕๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ศอ.รพ.ร.ร. (ผ่าน รอง ศอ.รพ.ร.ร.๖(๒))

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศร ๐๕๑๒.๑๑/๐๓๓๑ ลง ๘ มี.ค.๕๓

๑. คคมที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความร่วมมือมายัง รพ.ร.ร.๖ ให้ นาง ศกามาศ อ่อนขาว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม" เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมมีความปวดเรื้อรังนานกว่า ๑ เดือนขึ้นไป ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จำนวน ๑๕๒ คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัย โดยโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ. แล้ว เมื่อวันที่ ๒๖ มี.ค.๕๓ นั้น

๒. สทว.วพม./รพ.ร.ร.๖ พิจารณาแล้วเห็นควรดำเนินการดังนี้

๒.๑ ส่งนางสาว กงศัลยกรรม รพ.ร.ร.๖ (คลินิกศัลยกรรมประสาท), กองออร์โธปิดิกส์ รพ.ร.ร.๖ (คลินิกโรคกระดูกและข้อ), กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ร.ร.๖ (คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู), กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก และกองการพยาบาล รพ.ร.ร.๖ ทราบ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ แจ้ง นาง ศกามาศ อ่อนขาว ทราบ

๒.๓ นำเรียน ศอ.รพ.ร.ร.๖ และ รอง ศอ.รพ.ร.ร.๖(๑) เพื่อกฎาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นสมควรกรุณาอนุมัติในข้อ ๒.

ทราบ พ.อ.

ศอ.กวฟ.รพ.ร.ร.๖
30/11.5/53

- ทราบ

- อนุมัติตามเสนอในข้อ ๒. ทราบ

รับคำสั่ง ศอ.รพ.ร.ร.๖

พ.อ. *(Signature)*
(ไคร โงจน์ กระจงวโร)

รอง ศอ.รพ.ร.ร.๖(๒)

เม.ย.๕๓

พล.ศ. *(Signature)*

ศอ.รพ.ร.ร.๖
11.5/11.5/53

ให้ ศอ.พช.ทพ.ท.จ.ว.

พ.อ. *(Signature)*
รอง ศอ.กวฟ.รพ.ร.ร.๖
30.11.53

พ.อ.หญิง ศศ. *(Signature)*

(ปนัดดา หัตตโชติ)

เลขานุการ สทว.วพม./รพ.ร.ร.๖ ทำการแทน
หน.สทว.วพม./รพ.ร.ร.๖

สำเนาถูกต้อง

เสนอ *(Signature)* รพ.ร.ร.๖

พ.อ.หญิง ศศ. *(Signature)*

(ปนัดดา หัตตโชติ)

เลขานุการ สทว.วพม./รพ.ร.ร.๖

9, 11, 53

OPD

ร.ร.ร.

121



กลุ่มงานเวชศาสตร์รพ.	
รับที่	๕๗/๒
วันที่	๒๔ ต.ค. ๒๕๕๓
เวลา	๑๖:๕๕

บันทึกข้อความ

ตัวนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัยฯ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ โทร. 9368-69

ที่ _____ วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล

ด้วย นางศกามาศ อ่อนขาว นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม" โดยจะขอเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม ที่มารับบริการใน คลินิกศัลยกรรมประสาท คลินิกโรคกระดูกและข้อ และ คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน ซึ่งประธานคณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ได้พิจารณาแล้ว อนุญาต ให้ดำเนินการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะได้ประสานเรื่อง วัน เวลา ในการเก็บข้อมูล ค่ะไป

Th

(นายวิชา จันทนา)

เลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ

เรียน หัวหน้าแผนก

เพื่อทราบ

[Signature]

๒๓ มี.ค. ๕๓

เรียน หัวหน้าแผนก

๑) HNR

๒) ORTHO

เรียน แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

[Signature]

ร.ร.ร.



COA No. 188/2010
IRB No. 123/53

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : Relationships between uncertainty in illness, pain social support and depression in patients with lumbar spondylosis

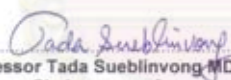
Study Code : -

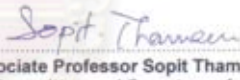
Study Center : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Principal Investigator : Mrs. Pakamard Onkhao

Document Reviewed :

1. Protocol Version 1.0 Date 4 March 2010
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 4 March 2010
3. Information sheet for research participant Version 1.0 Date 4 March 2010
4. Informed Consent Form Version 1.0 Date 4 March 2010
5. CRF Version 1.0 Date 4 March 2010

Signature: 
(Professor Tada Sueblinwong MD)
Chairperson of
The Institutional Review Board

Signature: 
(Associate Professor Sopiit Thamaree)
Committee and Secretary of
The Institutional Review Board

Date of Approval : May 4, 2010

Approval Expire Date : May 3, 2011

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

คณะวิทยุทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 188/2010
IRB No. 123/53

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

เลขที่โครงการวิจัย : -


ผู้วิจัยหลัก : นางศยามาศ ชอนราว

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 1.0 Date 4 March 2010
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 4 March 2010
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Date 4 March 2010
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Date 4 March 2010
5. แบบสอบถาม Version 1.0 Date 4 March 2010

ลงนาม 

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สิ้นสินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมธานี)

กรรมการและเลขานุการ


คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 4 พฤษภาคม 2553

วันหมดอายุ : 3 พฤษภาคม 2554

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	---

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

ชื่อผู้ทำวิจัย นางผกา มาศ อ่อนขาว
(ที่ทำงาน) ตึก อนุคารกรุงเทษชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๙ 10330

(ที่บ้าน) 254/21 บ้านพักรถไฟ ก.ม. 11 ถ. วิภาวดี-รังสิต เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564122

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-3016017 E-mail: pakamard_j@hotmail.com


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เอกสารนี้เป็นเอกสารแสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมจะมีอาการปวดหลังเรื้อรังและอาจมีภาวะทุพพลภาพ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในการใช้ชีวิตและการทำงาน การที่ต้องทนทำงานทั้งที่มีอาการปวดหลัง หรือเมื่อรักษาจนอาการปวดทุเลาแล้ว ก็ต้องกลับไปทำงานลักษณะเดิม ไม่มีโอกาสเปลี่ยนงานให้เหมาะสมกับภาวะทุพพลภาพจากโรคได้ ทำให้กลับมีอาการปวดหลังอีก การรักษาที่

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	---

ต่อเนื่องยาวนานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงาน หรืออาจต้องออกจากงาน หากมีภาวะทุพพลภาพก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดังเดิม การที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว อีกทั้งผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง ทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดในทางลบต่อตัวเอง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด


ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เกิดจากการที่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ทำให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง และอาจเกิดภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดังเดิม และผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองและการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสหายขาด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจยิ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้นเท่าใดจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไร้ค่า หมดหวัง เกิดความเครียดขึ้นร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เพราะจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางด้านสุขภาพนำมาวางแผนในการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมให้มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 192 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้ คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	---

เจ็บป่วย 3) แบบประเมินความรุนแรงของความปวด 4) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (ข้อมูลได้จากแฟ้มประวัติ)

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามชุดที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยคาดว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย ที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที


ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอลงตัวออกจากการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ของท่านเป็นไปตามความสมัครใจ และไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์โดยรวม นำไปสู่แนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	---

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ที่มีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติ คือ

- ท่านต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับโครงการวิจัยแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมใน

โครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัย แต่หากพบว่ามีอันตรายเกิดขึ้นและได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากการวิจัยในครั้ง นี้ และท่านได้ปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยที่ถูกต้องแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี


ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางผกามาศ อ่อนขาว ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ของท่านโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และไม่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	---

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัย ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่ให้ความร่วมมือ
- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร


ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบได้ทันที และเมื่อท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ได้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติมอีก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยและแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
---	---


8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีปัญหาไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	--

โครงการวิจัยเรื่อง **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม**

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....


ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่แล้วข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่า จะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากนี้ ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

 <p>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	--

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้เข้าร่วมการวิจัย
(.....) ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย (ตัวบรรจง)
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย (ตัวบรรจง)
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน (ตัวบรรจง)
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

เครื่องมือการวิจัย

เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม”

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ส่วนข้อที่ 2 และ 7 ให้ท่านเติมข้อความ ในข้อที่ 9-12 ผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลให้ท่านเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ..... ปี..... เดือน

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่

() หม้าย () หย่า

() แยก

4. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

5. ศาสนา

() พุทธ () คริสต์

() อิสลาม () อื่นๆ (โปรดระบุ)

6. อาชีพ

() เกษตรกรรม () ค้าขาย

() รับจ้าง () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่นๆ (โปรดระบุ)

7. รายได้ของครอบครัวบาท/เดือน

8. สิทธิการรักษา

() ชำระค่ารักษาเอง () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)

() ประกันสังคม () เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

() อื่นๆ (โปรดระบุ)

9. ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน ปี..... เดือน
10. น้ำหนัก กิโลกรัม
11. ส่วนสูง เซนติเมตร
12. ค่าดัชนีมวลกาย
13. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ (หากเคยให้ท่านตอบคำถามข้อที่ 14 ด้วย)
- () เคย () ไม่เคย
14. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่หรือไม่
- () สูบ วันละ..... มวน/วัน
- () ไม่สูบ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของท่าน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในระยะ 7 วันที่ผ่านมา เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบดังต่อไปนี้

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน
ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยเลย
1. ข้าพเจ้าไม่รู้ว่าข้าพเจ้ามีความผิดปกติอะไร					
2. ข้าพเจ้ามีคำถามมากแต่หาคำตอบไม่ได้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
22. ข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว					
23. หมอและพยาบาล ใช้ภาษาง่ายๆ กับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของท่าน มีทั้งหมด 37 ข้อโปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้น

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นบ่อย

ข้อความ	ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	3	2	1
1. ท่านมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมต่อท่าน (เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)			
2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่เพียงพอ			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
36. ท่านมีโอกาสตัดสินใจกิจกรรมของครอบครัว			
37. มีผู้บอกหรือแสดงให้เห็นว่าคุณรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น			

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้สึกของคุณในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเหล่านี้ไม่มีถูกผิด แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณเท่านั้น โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังต่อไปนี้

ไม่เลย	หมายถึง	มีความรู้สึกที่ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน
นานๆครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกที่ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกที่ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกที่ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ไม่เลย (0)	นานๆครั้ง (1)	ค่อนข้างบ่อย (2)	บ่อยครั้ง (3)
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกว่าเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไปได้ แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต				



ภาคผนวก ง
ตารางข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำแนกรายด้าน

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการรักษา	0 (0.00%)	36 (18.95)	152 (80.00%)	2 (1.05%)	0 (0.00%)
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการ รักษาและระบบบริการ สุขภาพ	0 (0.00%)	0 (0.00%)	190 (100.00)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และ ความรุนแรงของความ เจ็บป่วย	0 (0.00%)	0 (0.00%)	190 (100.00)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
ด้านการไม่สามารถทำนายการ ดำเนินของโรคและการ พยากรณ์โรค	0 (0.00%)	0 (0.00%)	97 (51.05%)	93 (48.95)	0 (0.00%)

จากตารางที่ 1 ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียง 2 ราย ร้อยละ 1.05 โดยเฉลี่ยแล้วมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 2.95, SD = 0.37) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยทั้งหมดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 2.73, SD = 0.16) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยทั้งหมดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (Mean = 2.64, SD = 0.16) และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคมีผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.05 และระดับมาก ร้อยละ 48.95 โดยเฉลี่ยแล้วมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง (Mean = 3.25, SD = 0.27)

ตารางที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม	น้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0 (0.00%)	156 (82.1%)	34 (17.9%)
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ	0 (0.00%)	79 (41.6%)	111 (58.4%)
ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	0 (0.00%)	85 (44.7%)	105 (55.3%)
ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	0 (0.00%)	4 (2.1%)	186 (97.9%)
การตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	0 (0.00%)	102 (53.7%)	88 (46.3%)

เมื่อจำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.1 และระดับมาก ร้อยละ 17.9 โดยเฉลี่ยมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง (Mean = 2.29, SD = 0.30) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุครึ่งหนึ่งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ในระดับมาก ร้อยละ 58.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 41.6 โดยเฉลี่ยมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุในระดับปานกลาง (Mean = 2.46, SD = 0.60) ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยร้อยละ 55.3 ได้รับแรงสนับสนุนในระดับมาก และร้อยละ 44.7 ได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง โดยเฉลี่ยมีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมในระดับปานกลาง (Mean = 2.47, SD = 0.19) ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ร้อยละ 97.9 ได้รับแรงสนับสนุนในระดับมาก (Mean = 2.97, SD = 0.12) และการตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7 และในระดับมาก ร้อยละ 46.3 โดยเฉลี่ยได้รับการตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่าในระดับปานกลาง (Mean=2.46, SD=0.20) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แสดงตามรายชื่อคำถาม

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. ข้าพเจ้าไม่รู้ว่าข้าพเจ้ามีความผิดปกติอะไร	2.74	0.56
2. ข้าพเจ้ามีคำถามมากแต่หาคำตอบไม่ได้	2.91	0.29
3. ข้าพเจ้าไม่แน่ใจว่า ความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าจะดีขึ้นหรือแย่ลง	2.21	0.41
4. ข้าพเจ้าไม่รู้ว่าจะเจ็บปวดมากแค่ไหน	2.11	0.31
5. คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่หมอ/พยาบาลบอกทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกคลุมเครือ	2.16	0.37
6. ข้าพเจ้ารู้จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการรักษาแต่ละครั้ง	3.14	0.35
7. อาการของข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลงไปมาอย่างคาดเดาไม่ได้ตลอดเวลา	3.49	0.50
8. ข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายที่ได้รับทุกอย่าง	2.97	0.16
9. สิ่งที่หมอบอกข้าพเจ้านั้นสามารถตีความได้หลายอย่าง	2.14	0.34
10. การรักษาของข้าพเจ้าซับซ้อน เกินกว่าที่ข้าพเจ้าจะเข้าใจ	2.10	0.30
11. เป็นการยากที่จะคิดว่าการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่นี้ช่วยข้าพเจ้าได้จริง	3.38	0.49
12. ข้าพเจ้าไม่สามารถวางแผนอนาคตได้ เพราะความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าคาดเดาอะไรไม่ได้	3.02	0.89
13. ความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาอยู่เสมอ บางวันก็ดีบางวันก็ไม่ดี	3.07	0.90
14. ข้าพเจ้าได้รับความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	3.28	0.45
15. ข้าพเจ้าไม่รู้แน่ชัดว่าต่อไปอะไรจะเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า	2.73	0.47
16. ผลการตรวจหลายอย่างของข้าพเจ้าไม่ตรงกัน	2.41	0.49
17. การรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่นี้ยังบอกไม่ได้ว่าจะได้ผล	3.51	0.50
18. จากการรักษาทำให้สิ่งที่ข้าพเจ้าทำได้และทำไม่ได้ เปลี่ยนไปเปลี่ยนมาตลอดเวลา	3.44	0.50
19. ข้าพเจ้าแน่ใจว่า หมอจะตรวจหาความผิดปกติอื่นๆ ของข้าพเจ้าไม่พบ	3.02	0.12
20. การรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่นี้เป็นที่รู้กันว่า น่าจะได้ผล	2.50	0.55
21. หมอไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนให้ข้าพเจ้ารู้	2.15	0.39
22. ข้าพเจ้าได้รับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรคที่แน่นอนแล้ว	3.93	0.26
23. หมอและพยาบาล ใช้ภาษาง่ายๆ กับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจึงสามารถเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาพูด	2.95	0.70

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงตามรายข้อคำถาม

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. ท่านมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อท่าน (เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)	2.57	0.50
2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างเพียงพอ	2.09	0.29
3. มีผู้ชี้แจงข้อมูลข่าวสารเมื่อท่านต้องการ	2.18	0.38
4. ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่น	2.13	0.33
5. ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย	2.48	0.50
6. มีบุคคลที่จะไปไหนกับท่านเมื่อท่านต้องการ	2.64	0.48
7. ท่านมีผู้ช่วยท่านเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การแต่งกาย การรับประทานอาหาร เป็นต้น)	2.24	0.90
8. เมื่อออกนอกบ้านจะมีคนดูแลบ้านให้ท่าน	2.22	0.95
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน	2.54	0.50
10. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน ท่านคิดว่าจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน	2.55	0.50
11. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน	2.55	0.50
12. เมื่อมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัย ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น	1.69	0.64
13. เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักท่านมักทักทายกันเสมอ	2.07	0.26
14. ท่านได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น	2.63	0.49
15. ท่านและบุคคลรอบข้างมีการร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรม	2.89	0.31
16. ท่านรู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ	2.96	0.20
17. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีส่วนสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น	2.98	0.14
18. ท่านใช้เวลาว่างส่วนหนึ่งในการ ทำกิจกรรมทางสังคม	2.18	0.38
19. เมื่อมีเวลาท่านชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น	2.37	0.48
20. ท่านได้รับการเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่นเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ	2.93	0.26
21. มีผู้รับฟังเรื่องที่ท่านไม่สบายใจ	2.91	0.29
22. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้ท่านรู้สึกว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน	2.96	0.19
23. บุคคลรอบข้าง ญาติมิตรหรือบุตรหลานไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ	2.96	0.20

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงตามรายข้อคำถาม (ต่อ)

ข้อคำถาม	Mean	SD
24. ท่านมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วยเหลือท่านเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นกับท่าน	2.98	0.14
25. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	2.99	0.10
26. ท่านไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว	2.98	0.14
27. เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจท่านแน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลข้าง	2.99	0.10
28. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและความต้องการของท่านดี	2.99	0.10
29. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ที่สำคัญได้	2.99	0.10
30. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องไม่ดูแคลนท่าน	2.99	0.10
31. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงท่านเพื่อให้ท่านกระทำในสิ่งที่เหมาะสมขึ้น	2.21	0.40
32. ท่านได้รับการชื่นชมหรือ ให้กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม	2.86	0.35
33. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานบ้านที่สามารถทำได้ (เช่น การอบรมเลี้ยงดูหลาน การดูแลบ้าน เป็นต้น)	2.01	0.91
34. มีผู้ให้กำลังใจให้ท่านทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง (เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน อติเรก เป็นต้น)	2.56	0.50
35. มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำจากท่าน	2.13	0.33
36. ท่านมีโอกาสตัดสินใจกิจกรรมของครอบครัว	2.09	0.29
37. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	2.86	0.35

ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรภาวะซึมเศร้า แสดงตามราย
ข้อคำถาม

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย	0.07	0.26
2. ท่านรู้สึกว่าเบื่ออาหาร	1.83	0.56
3. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถจัดความหม่นหมองออกไปได้ แม้ว่าจะมีคน ในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ	1.00	0.00
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความดีทัดเทียมคนอื่น ๆ	1.00	0.38
5. ท่านรู้สึกลำบากในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง	0.97	0.34
6. ท่านรู้สึกหดหูใจ	0.19	0.73
7. ท่านรู้สึกว่าทุกๆ สิ่งที่ท่านกระทำต้องฝืนใจทำ	1.01	0.39
8. ท่านรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.03	0.42
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว	0.99	0.37
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว	1.02	0.41
11. ท่านนอนไม่ค่อยหลับ	1.83	0.54
12. ท่านมีความสุข	1.37	0.62
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ	0.19	0.73
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.17	0.68
15. ผู้คนต่างๆ ไปไม่มีความเป็นมิตร	0.19	0.73
16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน	0.65	0.84
17. ท่านมักร้องไห้	0.18	0.70
18. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข	0.79	0.54
19. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างไม่ชอบท่าน	0.19	0.73
20. ท่านรู้สึกว่าท้อแท้ในชีวิต	0.80	0.54

ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรความปวด แสดงตามรายข้อคำถาม

ข้อคำถาม	Mean	SD
ความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	7.03	1.06
ความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	2.54	0.70
ความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	4.79	0.93
ความปวดขณะปัจจุบัน	2.97	0.69



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางผกา มาศ อ่อนขาว เกิดวันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2516 ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษา ระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2538 ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2551-2553 ประสบการณ์ทำงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย