



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2565

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

ศิริวรรณ ปิยวัฒน์เมธา, ฤศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ธนาพร แสงพวงศานนท์, ญานิกา วลีอิทธิกุล

ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล

ความเครียด และโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

ศิริวิมล กันตา, พงษ์สุดา ป้องสีดา, กนิษฐา เสาวลักษณ์

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตรัง

นวมน์ ศีลบุตร

การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

อาณัติ เพิ่มธรรมสิน, อสพรรณ สุนทวง, ชุศรี โพธิ์สูง

การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต

นรภัช ชาติบัญชาชัย, พงศพิศุทธิ์ พูนสวัสดิ์พงศ์, นิรมล พจน์สุนทร, ฤศลาภรณ์ ชัยอุดมสม



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกษ์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปรานี เมืองน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Moungnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.พลั้งสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsang Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Flt.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรการ ถมยางกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสวัสถ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

ผศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

Asst.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือน มีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

สำนักงานเลขาธิการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กองจิตเวชและประสาทวิทยา
ชั้น 15 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
หมายเลขโทรศัพท์ 081 923 0162 Email: psychiatricjournalthailand@gmail.com

การส่งบทความ

ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ TCI Thai Jo โดยผู้พิมพ์สามารถส่งบทความได้ที่
www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

Associate Professor Thammanard Chareernboon, MD, MSc, PhD
Thammasat University

รองบรรณาธิการ

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Associate Editor

Associate Professor Papan Thaipisuttikul, MD
Mahidol University
Assistant Professor Woraphat Ratta-apha, MD, PhD
Mahidol University
Assistant Professor Tiraya Lerthattasilp, MD, PhD
Thammasat University
Thitiporn Supasitthumrong, MD
Chulalongkorn University

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม – กันยายน 2565

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด -19 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล 232
ศิริวรรณ ปิยะวัฒนเมธา, ฤศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ธนาพร แสงพงศานนท์, ญาณิกา วลีอิทธิกุล
- ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 240
กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล
- ความเครียด และโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน 256
ศิริวิมล กันตา, พงษ์สุดา ป้องสีดา, กนิษฐา เสาวลักษณ์
- คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตรัง 267
นวมณ ศีลบุตร
- การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 280
อาณัติ เพิ่มธรรมสิน, อรพรรณ สุนทวง, ชุติรี โพธิ์สูง
- การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต 289
นรภัช ขาติปัญญาชัย, พงศ์พิสุทธิ พูนสวัสดิ์พงศ์, นิรมล พัจนสุนทร, ฤศลาภรณ์ ชัยอุดมสม



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 67 Number 3

July - September 2022

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Parental Stress, Anxiety and Depression During Hospital Stay with COVID-19 Children 232
Siriwan Piyawattanametha, Kusalaporn Chaiudomsom, Tanaporn Sangpongsanon, Yanika Valeeittikul
- Burnout and Associated Factors Among Healthcare Workers in Samutprakarn Hospital During the COVID-19 Pandemic 240
Kitiya Runglirdsittikul
- Stress and Depressive Disorder in Hospital Personnel at Nan Hospital 256
Siriwimon Kuntar, Pongsuda Pongseeda, Kanittha Saowaluk
- Sleep Quality and Associated Factors of Patients with Cerebrovascular Disease in Trang Hospital 267
Navamon Sinlabud
- Development Cognitive Behavior Family Therapy by a Multidisciplinary Team in Depressive Patient with Family Relationship Problems at Roi-Et Hospital 280
Arnut Purmtummasin, Orapun Suntuang, Chusri Phosung
- Perceived Stigma in Patients with Schizophrenia Spectrum and Mood Disorders without Psychotic Symptoms 289
Narak Chadbanchachai, Phongpisut Poonsawatphong, Niramom Patchanasunthorn, Kusalaporn Chaiudomsom

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นเล่มที่ 3 ของปี พ.ศ. 2565 โดยในฉบับนี้สืบบทความทั้งหมด 6 เรื่องด้วยกัน วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ยังคงได้รับความอย่างต่อเนื่องและสามารถออกได้ตามกำหนดเวลา ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความมาลงในวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาช่วยประเมินบทความ

ทั้งนี้เป็นที่น่ายินดีว่าผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่ประกาศในเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา นั้น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้รับการจัดให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (tier 1) โดยจะมีช่วงเวลารับรองคุณภาพไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณสำหรับข้อเสนอแนะที่ได้รับมาและได้ดำเนินการปรับปรุงเว็บไซต์ของวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ให้เป็นไปตามคำแนะนำเสร็จสิ้นแล้ว

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

ศิริวรรณ ปิยวัฒน์เมธา*, กฤษฎาภรณ์ ชัยอุดมสม*, ธนาพร แสงพวงสานนท์*, ญาณิกา วลีทธิกุล*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบ retrospective cohort study จากผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ที่มารับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน - 20 กรกฎาคม 2564 โดยเก็บข้อมูล 2 ช่วง คือ ช่วงสัปดาห์แรก และติดตามในสัปดาห์ที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) และแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก Eyberg child behavior inventory (ECBI)

ผลการศึกษา ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ทั้งหมด 16 คน ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีความซึมเศร้าน้อยละ 12.5 มีความกังวลร้อยละ 31.25 และมีความเครียดร้อยละ 18.75 ค่าคะแนน DASS-21 ด้านความกังวลและด้านความเครียด มีแนวโน้มค่าคะแนนลดลง (p -value=.057 และ .083 ตามลำดับ) และพบว่าในสัปดาห์ที่ 2 ความเครียดของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.516$, p -value=0.049)

สรุป ความเครียดของผู้ปกครองที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กโควิด-19 สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ปกครองมีความซึมเศร้า ความกังวล และความเครียดได้ โดยมีแนวโน้มลดลงเมื่อผ่านสัปดาห์แรกไปแต่ยังไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ โควิด-19 เด็ก ความซึมเศร้า ความกังวล ความเครียด ผู้ปกครอง

Corresponding author: กฤษฎาภรณ์ ชัยอุดมสม

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: kusawo@kku.ac.th

วันรับ : 26 มกราคม 2565 วันแก้ไข : 21 พฤษภาคม 2565 วันตอบรับ : 31 พฤษภาคม 2565

Parental Stress, Anxiety and Depression During Hospital Stay with COVID-19 Children

Siriwan Piyawattanametha*, Kusalaporn Chaiudomsom*, Tanaporn Sangponsanon*, Yanika Valeeittikul*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate parental stress, anxiety, and depression during the hospital stay with COVID-19 children in Thailand.

Methods: This was a retrospective cohort study which reported severity of depression and anxiety, using Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), in the parents of COVID-19 children during their hospitalization at Srinagarind hospital from 28 June to 20 July 2021. Child Maladaptive behavior was measured by Eyberg Child Behavior Inventory to monitor problematic behaviors.

Results: Data from 16 pairs of parents and COVID-19 children were extracted. Prevalence of depression, anxiety, and stress first-week hospitalization was 12.5%, 31.25%, and 18.75%, respectively. Most of parental stress, anxiety, and depression were mild in severity. DASS-21 anxiety and stress subscales showed statistic trends to decrease after 2 weeks when compared to the baseline (p -value=.057 and .083). At 2-week, there was a significant correlation between parental stress and child maladaptive behavior (r =.516, p -value=0.049)

Conclusion: Parental stress, anxiety and depression were not uncommon during the hospital stay with COVID-19 children. Severity of stress and anxiety tended to decrease over time. Parental stress and child maladaptive behavior was correlated.

Keywords: COVID-19, children, depression, anxiety, stress, parents

Corresponding author: Kusalaporn Chaiudomsom

E-mail: kusawo@kku.ac.th

Received 26 January 2022 Revised 21 May 2022 Accepted 31 May 2022

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ในประเทศไทย ส่งผลให้มีการติดเชื้อในเด็กเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก การติดเชื้อในเด็กนอกจากส่งผลเสียทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและพฤติกรรมอีกด้วย ซึ่งไม่เพียงแต่ตัวเด็กเอง ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กก็มักมีความเครียด ความกังวลใจมากขึ้น ทั้งจากตัวโรคของเด็กเองและความกังวลใจในด้านความเป็นอยู่อื่นๆ

สถานการณ์โควิด-19 ในเด็กไทย ตั้งแต่มีการระบาดระลอกใหม่วันที่ 1 เมษายน - 11 สิงหาคม 2564 มีจำนวนเด็กติดเชื้อสะสม 91,906 ราย จากการระบาดที่เกิดขึ้นในชุมชนและครอบครัว ทำให้จำนวนเด็กติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว¹ โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรคพบว่าเด็กมีสัดส่วนการเสียชีวิตน้อยที่สุด² นอกจากนี้พบว่าเด็กมีอัตราการติดเชื้อที่น้อยกว่าผู้ใหญ่และมักมีอาการของโรคน้อยหรือไม่พบอาการ³ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์เช่นนี้มักจะสร้างความเครียดให้แก่ผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กอย่างมาก โดยพบว่าผู้ปกครองมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนเกิดการระบาด โดยความเครียดมักเกิดจากการที่ต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันของเด็ก ความกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการเรียนออนไลน์ของเด็ก⁴ โดยเฉพาะผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยทางกายหรือจิตเวชยิ่งพบว่ามีความเหนื่อยล้าและความรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่าผู้ปกครองอื่นๆ ร่วมกับพฤติกรรมของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น สมาธิไม่ดี การอดทนลดลง และความรู้สึกไม่สบายกายทั่วไปซึ่งนำมาสู่การเลี้ยงดูที่เข้มงวด ใช้คำพูดรุนแรง และไม่มีเหตุผลมากขึ้นของผู้ปกครอง⁵ ความเครียดของเด็กในช่วงที่มีการระบาดนี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะกระทบกระเทือนทางจิตใจ และมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครอง⁶

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลคนในครอบครัวที่มีการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียดมากถึงร้อยละ 77.75, 75 และ 80 ตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดคือ อายุน้อย แต่งงานเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ออกกำลังกาย และมีเงินเดือนสูง⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีบุตรหลานติดเชื้อโควิด-19 มีอาการของภาวะกระทบกระเทือนทางจิตใจ อาการกังวลและอาการเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อ⁸ สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีค่อนข้างน้อย มีรายงานผู้ป่วยในประเทศอินเดีย 2 ราย พบว่าเด็กมักไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องแยกตัว ร่วมกับสถานที่ที่ทำให้การเคลื่อนไหว

ที่จำกัดไม่ได้พบผู้คนและไม่ได้เล่นของเล่น รวมถึงการที่ต้องพบเจอบุคลากรทางการแพทย์ในชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ทำให้เด็กเกิดความเครียดความกังวล รู้สึกโดดเดี่ยวและกลัวได้⁹

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ที่รักษาตัวมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งการแยกตัวเด็กออกจากผู้ปกครองที่ไม่ติดเชื้อ และการให้เด็กอยู่ร่วมกับผู้ปกครอง จากการศึกษาข้างต้นยังพบว่าการติดเชื้อโควิด-19 นั้นมีผลกระทบทางด้านจิตใจต่อทั้งเด็กและผู้ปกครอง แต่ยังมีการศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจในกลุ่มผู้ปกครองที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยเด็กโควิด-19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อและผู้ปกครองที่มีการให้การรักษ โดยให้ผู้ปกครองที่ติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้ออยู่ในโรงพยาบาลร่วมกันกับผู้ป่วยเด็กในห้องปิด ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมกลางแจ้งหรือออกนอกห้องได้ ทางผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในส่วนนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโควิด-19 และผู้ปกครองได้รับการประเมินและช่วยเหลือด้านจิตใจ และเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ปกครองของเด็กที่ติดเชื้อ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือ รวมทั้งทีมผู้ให้การรักษาวางแผนในการจัดบริการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

วิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study จากผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มารับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน - 20 กรกฎาคม 2564 ทุกราย โดยเก็บข้อมูล 2 ช่วง คือ ช่วงสัปดาห์แรก และติดตามในสัปดาห์ที่ 2 ในช่วงที่นอนโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุตั้งแต่ 2 - 12 ปี
2. ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน - 20 กรกฎาคม 2564 โดยมีผู้ปกครองอาศัยอยู่ร่วมด้วยในห้อง
3. ผู้ปกครองให้ความร่วมมือและยินยอมให้สัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ปกครองที่ไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
2. ผู้ป่วยเด็กมีอาการของโรคโควิด-19 ที่รุนแรง

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากการสืบค้นเวชระเบียนและแบบสัมภาษณ์ที่ได้สัมภาษณ์และประเมินไว้แล้วระหว่างที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองรับการรักษาภายในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ความสามารถด้านการสื่อสาร
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก การเป็นผู้ดูแลหลักก่อนหน้านี้หรือไม่
3. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรค ได้แก่ ผลการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้ปกครองก่อนรับการรักษาและติดตามในอีก 1 - 2 สัปดาห์ระหว่างอยู่โรงพยาบาล
4. แบบสัมภาษณ์ความกังวลของผู้ปกครอง โดยสอบถามว่า ความกังวลของท่าน ณ ปัจจุบันเป็นเรื่องใดบ้าง และท่านกังวลเกี่ยวกับการดูแลเด็กในโรงพยาบาล โดยต้องปฏิบัติตามหลักการเว้นระยะห่างอย่างน้อยเพียงใด โปรดให้คะแนน 0 - 10 (0 คือไม่กังวลเลย และ 10 คือกังวลมากที่สุด)

5. แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) แบบสอบถามนี้สร้างโดย Lovibond และคณะ เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน ด้านละ 7 ข้อ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด โดยใช้แบบสอบถามฉบับแปลเป็นภาษาไทยที่แปลโดย Sukanlaya Sawang จาก The National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR) ประเทศออสเตรเลีย และทำการดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างโดย ณัฏฐพร พิชัยรัตน์เสถียร และ ณภัทรวรรต บัวทอง การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามแบบ Likert Scale จาก 0 - 4 โดย 0 คือ อาการนี้ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย และ 4 หมายถึง อาการนี้ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด โดยแปลผลคะแนนในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

6. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก Eyberg child behavior inventory (ECBI)¹⁰ เป็นแบบประเมินที่มี 36 ข้อ ให้ผู้ปกครองประเมินความถี่และความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม ใช้ในเด็กอายุ 2 - 16 ปี เป็น Likert scale จาก 1 คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้ ถึง 7 คือ มีพฤติกรรมนี้เป็นประจำ และ ใช่/ไม่ใช่ ในคำถามว่า พฤติกรรมนี้เป็นปัญหาสำหรับคุณหรือไม่ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36 - 252 คะแนน จุดตัดอยู่ที่ 131 คะแนน หมายถึงมีปัญหาพฤติกรรม โดยค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามนี้อยู่ระหว่าง 0.87 - 0.95

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม SPSS version 26 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติพรรณนาเพื่อกำหนดร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด สถิติ Spearman correlation แบบ 2-tailed เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการศึกษา

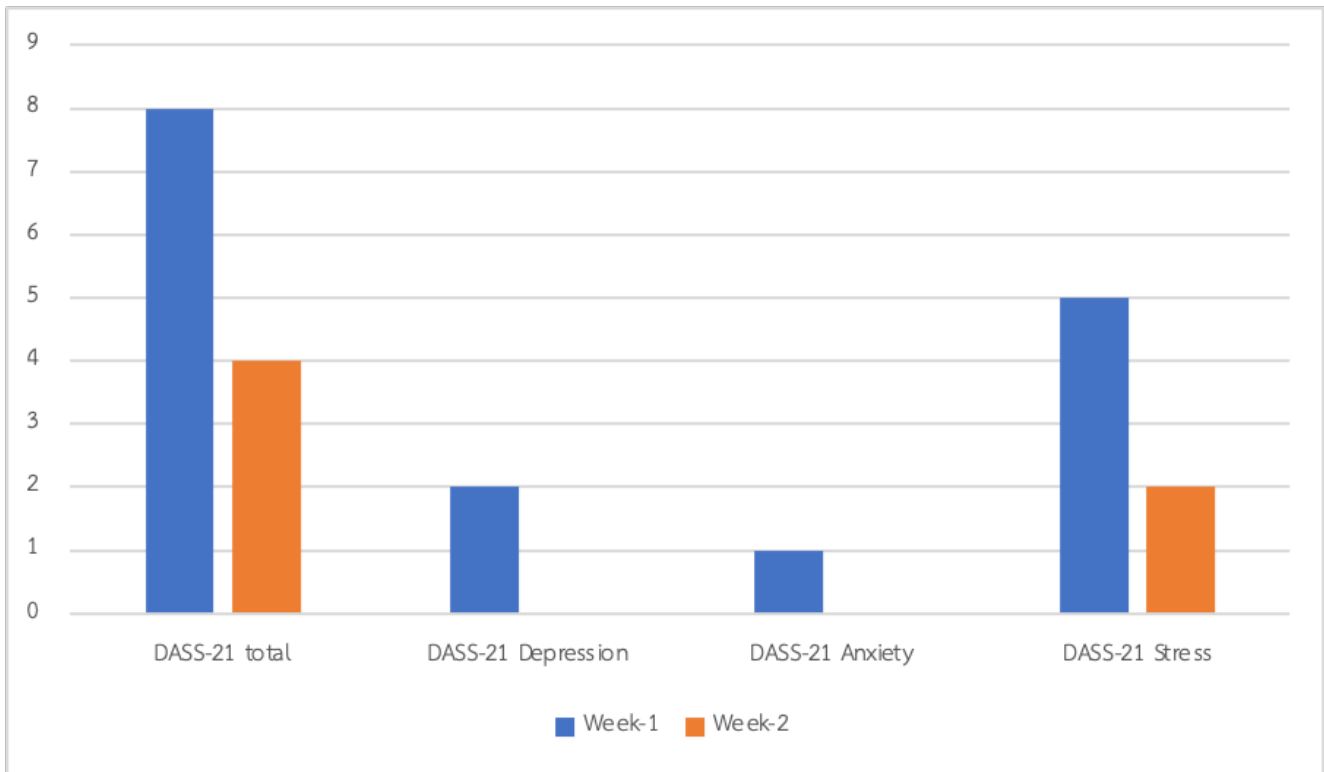
ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 ทั้งหมด 16 คน เด็กส่วนใหญ่อายุ 3 ปี (ร้อยละ 62.5) ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าหรือตายายร้อยละ 56.3 โดยเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยก่อนหน้านี้ ร้อยละ 75 อายุระหว่าง 21 - 69 ปี โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 81.3 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.3 การศึกษาไม่สูงกว่ามัธยมศึกษาทั้งหมด และรายได้เฉลี่ย 10,625 บาท/เดือน/ครอบครัว ตารางที่ 1

พบว่าผู้ปกครองที่ติดเชื้อโควิด-19 ก่อนเข้ารับการรักษา 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 โดยมีผู้ปกครอง 1 ราย ตรวจพบว่าติดเชื้อ 1 สัปดาห์หลังจากนอนโรงพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยเด็ก โดยรวมผู้ปกครองให้คะแนนความกังวลเกี่ยวกับการดูแลเด็กในโรงพยาบาล โดยต้องปฏิบัติตามหลักการเว้นระยะห่างเฉลี่ยอยู่ที่ 4 เต็ม 10 คะแนน

	ความซึมเศร้า	ความวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ (Normal)	0 - 4	0 - 3	0 - 7
ระดับต่ำ (Mild)	5 - 6	4 - 5	8 - 9
ระดับปานกลาง (Moderate)	7 - 10	6 - 7	10 - 12
ระดับรุนแรง (Severe)	11 - 13	8 - 9	13 - 16
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely Severe)	14 +	10 +	17 +

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 16)	ร้อยละ
ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก		
เพศ		
ชาย	7	43.8
หญิง	9	56.3
อายุ (ปี) $\bar{x}$ = 3.94 S.D. = 2.18 Min = 2 Max = 10		
ข้อมูลผู้ปกครอง		
เพศ		
ชาย	3	18.8
หญิง	13	81.3
อายุ (ปี) $\bar{x}$ = 43.75 S.D. = 13.67 Min = 21 Max = 69		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	2	12.5
มารดา	4	25.0
ปู่ย่า - ตายาย	9	56.3
อื่นๆ	1	6.3
ผู้ดูแลหลักก่อนหน้านี้		
ใช่	12	75.0
ไม่ใช่	4	25.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	43.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	43.8
อาชีพ		
ว่างงาน	1	6.3
เกษตรกร	9	56.3
แม่บ้าน	1	6.3
ค้าขาย	3	18.8
รับจ้างทั่วไป	2	12.5
รายได้ต่อครอบครัว (บาท/เดือน) $\bar{x}$ = 10,625 S.D. = 6751.54 Min = 3,000 Max = 25,000		



ภาพที่ 1 ค่ามัธยฐานของคะแนน DASS-21

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนแบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) และแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก Eyberg child behavior inventory (ECBI)

ค่าคะแนน	T1 (Median(Min-Max))	T2 (Median(Min-Max))	T2-T1 (Z)	P-value
DASS-21				
- Depressive	2 (0-13)	0 (0-9)	-1.240	.215
- Anxiety	1 (0-17)	0 (0-9)	-1.906	.057
- Stress	5 (0-18)	2 (0-12)	-1.731	.083
ECBI	65 (41-145)	60 (38-150)	-1.052	.293

สำหรับค่าคะแนน DASS-21 ช่วงสัปดาห์แรกพบว่า ด้านความซึมเศร้ามี 1 ราย ที่มีระดับปานกลาง และ 1 ราย ที่มีระดับรุนแรง รวมคิดเป็นร้อยละ 12.5 ด้านความกังวลมี 3 ราย ที่มีระดับปานกลาง 1 ราย ที่มีระดับรุนแรง และ 1 ราย ที่มีระดับรุนแรงที่สุด รวมคิดเป็นร้อยละ 31.25 ด้านความเครียดมี 2 ราย ที่มีระดับปานกลาง และ 1 ราย ที่มีระดับรุนแรงที่สุด รวมคิดเป็นร้อยละ 18.25 และเมื่อเปรียบเทียบการเก็บข้อมูล 2 ช่วง คือ ช่วงสัปดาห์แรก และติดตามในสัปดาห์ที่ 2 พบว่าค่ามัธยฐานของอารมณ์ด้านลบลดลงทั้ง 3 ด้าน ภาพที่ 1 โดยค่าคะแนน DASS-21 ด้านความกังวลและ

ด้านความเครียดพบแนวโน้มทางสถิติที่จะลดลง ($p\text{-value}=.057$ และ $.083$ ตามลำดับ) และสำหรับค่าคะแนน ECBI พบว่าค่ามัธยฐานคะแนนประเมินพฤติกรรมเด็กลดลงจาก 65 คะแนน เป็น 60 คะแนน ตารางที่ 2 และจำนวนเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมโดยใช้จุดตัดของคะแนนนั้นลดลงจาก 2 รายเป็น 1 ราย

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าค่าคะแนน DASS-21 ทั้ง 3 ด้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักมาก่อนหน้านี้สูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ และผู้ปกครองรายงานเรื่องที่มีความกังวลมากที่สุด ได้แก่ สุขภาพผู้ป่วย

และรายได้หรือค่าใช้จ่าย รองลงมาคือสุขภาพตนเองและบุคคลอื่นที่ต้องได้รับการดูแลตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนน DASS-21 และ ECBI พบว่าในสัปดาห์ที่ 2 ความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.516$, $p\text{-value}=0.049$) ส่วนความกังวลของผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม แต่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามในสัปดาห์แรกของการนอนโรงพยาบาล ไม่พบว่าระดับอารมณ์ด้านลบมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเด็ก

วิจารณ์

จากการศึกษาข้างต้นพบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโควิด-19 มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 12.5 มีความกังวลระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 31.25 และมีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 18.75 ซึ่งพบน้อยกว่าการศึกษาในประเทศอิหร่าน ซึ่งศึกษาในญาติของผู้ดูแลของผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน 350 ราย พบมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและเครียดมากถึงร้อยละ 77.75, 75 และ 80 ตามลำดับ⁷ ซึ่งมีความแตกต่างกันในกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งกลุ่มอายุของผู้ป่วยและเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยของการศึกษานี้เป็นเด็ก โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรคพบว่าเด็กอายุ 0 - 19 ปี มีสัดส่วนการเสียชีวิตน้อยที่สุด ร้อยละ 0.26 จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด² นอกจากนี้จากการศึกษาก่อนหน้าในจีนก็พบว่าเด็กมีอัตราการติดเชื้อที่น้อยกว่าผู้ใหญ่และมักมีอาการของโรคน้อยหรือไม่พบอาการ³ รวมทั้งประชากรในการศึกษานี้เป็นประชากรที่อาการไม่รุนแรงทั้งหมด ดังนั้นปัจจัยความรุนแรงของโรคที่น้อยก็อาจส่งผลกับระดับความเครียด ความกังวล และความซึมเศร้าได้เช่นกัน ร่วมกับการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแทนการดูแลที่บ้านอาจลดความซึมเศร้า ความกังวลและความเครียดของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตามแม้ว่าสัดส่วนของผู้ปกครองที่มีความซึมเศร้า ความกังวลและความเครียดจะมีน้อย แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ที่มีอาการรุนแรงซึ่งควรให้การพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าการศึกษาที่เด็กป่วยหนักในช่วงที่มีการระบาดโควิด-19 ทำให้ผู้ปกครองมีโรคความผิดปกติเกี่ยวกับความเครียดหลังได้รับบาดเจ็บทางจิตใจ (Post-traumatic stress disorder; (PTSD)) ได้สูงถึงร้อยละ 20¹¹ และพบว่าผู้ปกครองที่มีบุตรหลานติดเชื้อโควิด-19 และผู้ปกครองที่ต้องกักตัวมีโอกาสเกิดอาการของภาวะ

กระทบกระเทือนทางจิตใจ อาการกังวล และอาการเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อ โดยเฉพาะผู้ได้รับผลกระทบทางการเงินจะมีอาการกังวลและอาการเศร้า ส่วนอาการของภาวะกระทบกระเทือนทางจิตใจจะพบมากในผู้ที่ว่างงานและมารดา⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ผู้ปกครองจะรายงานเรื่องที่กังวลมากที่สุดคือรายได้หรือค่าใช้จ่าย และผู้ดูแลหลักมาก่อนหน้านี้มีแนวโน้มที่จะมีความซึมเศร้า ความกังวลและความเครียดมากกว่าการที่ผู้ดูแลหลักมาก่อนหน้านี้มีแนวโน้มที่จะมีความซึมเศร้า ความกังวลและความเครียดมากกว่าอาจจะอธิบายเพิ่มเติมได้จากการที่ผู้ดูแลหลักจะมีความผูกพันกับผู้ป่วยเด็กมากกว่า ทำให้กังวลต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ

เมื่อติดตามประเมินอาการในสัปดาห์ที่ 2 ความกังวลและด้านความเครียดมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ปกครองส่วนหนึ่งได้รับการพิจารณาให้ลดระดับการดูแลจากการรักษาแบบห้องเดียวเป็นการรักษาแบบห้องรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความเครียดของผู้ปกครองลดลงหลังจากการกักตัวและเด็กสามารถไปโรงเรียนได้⁴ นอกจากนี้อาจมาจากการที่ผู้ปกครองทราบผลตรวจเชื้อในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อ การที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้น และการที่ทีมรักษามีกิจกรรมผ่อนคลายและให้การรักษาแก่ผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเครียดรุนแรง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของจำนวนประชากรที่ศึกษา

การศึกษานี้พบว่าในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ปกครองมีความเครียดสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งตรงกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยสำคัญของความเครียดในผู้ปกครองที่ต้องกักตัวร่วมกับบุตรหลาน คือการที่เด็กต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันจากเดิม⁴ ผู้ปกครองมักรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ร่วมกับการที่รู้สึกว่าการมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น ความสนใจใส่ใจลดลง การไม่อดทนรอคอย เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ปกครองมีการดูแลที่เข้มงวดขึ้น มีการต่อว่าเด็กมากขึ้นและใช้เหตุผลลง⁵ และส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่ไม่ดีและความเครียดตามมา

สำหรับค่าคะแนน ECBI พบว่าคะแนนประเมินพฤติกรรมเด็กลดลงจาก 65 คะแนนในสัปดาห์ที่ 1 เป็น 60 คะแนนในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ใช้ศึกษาที่น้อย และการปรับพฤติกรรมเด็กต้อง

ใช้เวลาที่นานพอสมควร จึงยังไม่เห็นถึงความปลอดภัยภายใน 1 สัปดาห์ได้

การศึกษานี้แม้ว่าจะมีข้อจำกัดคือจำนวนประชากรที่น้อย ทำให้ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้า ความกังวลและความเครียดในผู้ปกครองกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องได้หมด และเป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort ทำให้ไม่สามารถควบคุมลักษณะของประชากรที่ใช้ศึกษาและการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งไม่ได้ใช้การสัมภาษณ์แบบตายตัวอ้างอิงตามเกณฑ์วินิจฉัย ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือโรคที่เกิดจากความเครียดตามเกณฑ์วินิจฉัยทางจิตเวชได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ปกครองทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลในห้องปิด ซึ่งพบว่ามีการศึกษาในลักษณะนี้ไม่มากมาก่อนหน้านี้ การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการซึมเศร้า ความกังวลและความเครียด เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ปกครองจำนวนมากขึ้น และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโควิด-19 โดยการช่วยลดปัญหาพฤติกรรมเด็กที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น โรคต่อต้าน และให้การรักษาที่เหมาะสม การหา กิจกรรมที่ผ่อนคลายอย่างเหมาะสมให้แก่ทั้งเด็กและผู้ปกครอง และการพิจารณาให้ลดระดับการดูแลจากการรักษาแบบห้องเดียว เป็นการรักษาแบบห้องรวม เพื่อป้องกันความซึมเศร้า ความกังวล และความเครียดในผู้ปกครองที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อไป และการประเมินทางด้านจิตใจตั้งแต่แรกเริ่มมีส่วนสำคัญในการให้การรักษาได้อย่างทันที่ และลดผลกระทบในระยะยาวได้

สรุป

ผู้ปกครองที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กโควิด-19 มีความซึมเศร้า ร้อยละ 12.5 มีความกังวลร้อยละ 31.25 และมีความเครียดร้อยละ 18.75 โดยมีแนวโน้มลดลงเมื่อผ่านสัปดาห์แรกไป และพบว่า ความเครียดของผู้ปกครองสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การประเมินตั้งแต่แรกเริ่มและการให้การดูแลรักษาทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเมื่ออาการของโรคดีขึ้นแล้วให้เหมาะสมนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์และแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การช่วยเหลือในการประเมินและการดูแลทางจิตใจผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Samkosit R. COVID-19 in children (age 0-18) situation since second wave [Internet]. Bangkok: The Royal College Pediatricians of Thailand; 2021 [Cited 2021 Oct 1]. Available from: <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20210901022138.pdf>
2. Emergency Operations Center, Department of Disease Control. Situation Report of Coronavirus 2019 Volume 636 On 30 September 2021 at 12.00PM [Internet]. Bangkok: Ministry of Public health; 2021 [Cited 2021 Oct 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
3. Mehta NS, Mytton OT, Mullins EWS, Fowler TA, Falconer CL, Murphy OB, et al. SARS-CoV-2 (COVID-19): What do we know about children? A systematic review. Clin Infect Dis 2020;71:2469-79.
4. Adadms EL, Smith D, Caccavale LJ, Bean MK. Parents are stressed! Patterns of parent stress across COVID-19. Preprint Res Sq 2020;rs.3.rs-66730.
5. Fontanesi L, Marchetti D, Mazza C, Giandomenico SD. The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2020;12:S79-S81.
6. Davico C, Ghiggia A, Marcotulli D, Ricci F, Amianto F, Vitiello B. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on adults and their children in Italy. Front Psychiatry 2021;12:572997.
7. Jafari-Oori M, Ebadi A, Moradian ST, Dehi M, Ghasemifard F. Psychiatric distress in family caregivers of patients with COVID-19. Arch Psychiatr Nurs 2021 [Epub ahead of print, 2021 Jul 12].
8. Orsini A, Corsi M, Pedrinelli V, Santangelo A, Bertelloni C, Dell'Oste V, et al. Post-traumatic stress, anxiety, and depressive symptoms in caregivers of children tested for COVID-19 in the acute phase of the Italian outbreak. J Psychiatr Res 2021;135:256-63.
9. Sahoo S, Mehra A, Suri V, Malhotra P, Yaddanapudi N, Puri GD, et al. Handling children in COVID wards: A narrative experience and suggestions for providing psychological support. Asian J Psychiatr 2020;53:102207.
10. Eyberg S, Ross AW. Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. J Clin Child Psychology 1978;7:113-116.
11. Corsi M, Orsini A, Pedrinelli V, Santangelo A, Bertalloni CA, Carli N, et al. PTSD in parents of children with severe diseases: a systematic review to face Covid-19 impact. Ital J Pediatr 2021;47(1):8.

ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการศึกษา ศึกษาในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการอย่างน้อย 6 เดือน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะงานและมุมมองต่อการทำงาน แบบประเมินภาวะหมดไฟ Maslach Burnout Inventory (MBI) แบบประเมินสุขภาพจิต Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ Resilience Quotient (RQ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอย Multiple logistic regression โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564

ผลการศึกษา บุคลากรที่เข้ารวมการศึกษาจำนวน 703 ราย (ร้อยละ 41.35) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.06 อายุเฉลี่ย 37 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12 ปี พบบุคลากรมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ 76 ราย (ร้อยละ 10.81) โดยมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 25.46 คะแนนด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 13.80 คะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ ร้อยละ 91.47 มุมมองต่อการทำงานส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 มองว่าสามารถจัดการงานได้ มีสัมพันธภาพที่ดี และมีที่ปรึกษา สำหรับด้านอัตราค่าจ้าง ค่าตอบแทนและทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนยังไม่เพียงพอ กว่าร้อยละ 60 ภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียดที่อยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงที่สุด ร้อยละ 3.42, 5.83 และ 3.13 ตามลำดับ ระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 16.50 หลังจากวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย Multiple logistic regression พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุต่ำกว่า 30 ปี (OR, 3.14 ; 95% CI, 1.33-7.41 ; P = 0.009) ปฏิบัติงานด้านหน้า (OR, 3.01 ; 95% CI, 1.02-8.84 ; P = 0.045) มีความเครียดสูง (OR, 4.60 ; 95% CI, 1.39-15.26 ; P = 0.013) และมีระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (OR, 7.30 ; 95% CI, 2.74-19.39 ; P < 0.001)

สรุป ช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ คิดเป็นร้อยละ 10.81 โรงพยาบาลควรมีระบบดูแลสุขภาพจิตในบุคลากรและติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านอัตราค่าจ้าง ความปลอดภัยในการทำงาน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรด่านหน้าและกลุ่มบุคลากรอายุน้อย เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน

คำสำคัญ ภาวะหมดไฟ บุคลากรโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพจิต ความเข้มแข็งทางใจ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Corresponding author: กิตติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล

โรงพยาบาลสมุทรปราการ 71 ถ.จักระพาก ต.ปากน้ำ อ.เมืองฯ จ.สมุทรปราการ 10270

Email: kitiyasmpk@gmail.com

วันรับ : 4 กันยายน 2564 วันแก้ไข : 12 พฤศจิกายน 2564 วันตอบรับ : 24 ธันวาคม 2564

Burnout and Associated Factors Among Healthcare Workers in Samutprakarn Hospital During the COVID-19 Pandemic

Kitiya Runglirdsittikul

Samutprakarn Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence of burnout syndrome and associated factors among healthcare workers (HCWs) in Samutprakarn hospital during the COVID-19 pandemic

Methods: An online cross-sectional survey of HCWs from June 16 to July 20, 2021, was conducted at Samutprakarn hospital. The questionnaire consisted of demographic characteristics, types, and attitudes in areas of work, Maslach Burnout Inventory (MBI), Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21), and Resilience Quotient (RQ). Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were applied to calculate a relationship of associated factors.

Results: A group of 703 HCWs (41.35 %) completed self-administered questionnaires online through Google Forms. The samples were 87.06% females with an average age of 37 years old, and years of work experience average of 12 years. This study found that 10.81% of HCWs (n=76) were at high risk of burnout. A high score on emotional exhaustion was 25.46 %. A high score on depersonalization was 13.80 %. A low personal accomplishment score of 91.47 %. Perspective on the work of HCWs, about 90 % thought it was manageable, had a good relationship, and had a consultant. The human resource and sponsored resources were inadequate, about 60%. The results of severe to extremely severe level of depression, anxiety, and stress were 3.42, 5.83, and 3.13 respectively. RQ in HCWs was below the threshold (16.50%). Associated factors of burnout including younger age (< 30 years old) (OR, 3.14; 95% CI, 1.33-7.41; P = 0.009), frontline worker positions (OR, 3.01; 95% CI, 1.02-8.84; P = 0.045), higher stress (OR, 4.60; 95% CI, 1.39-15.26; P = 0.013) and below the threshold of RQ (OR, 7.30; 95% CI, 2.74-19.39; P <0.001).

Conclusion: Burnout of HCWs accounted for 10.81% during the COVID-19 pandemic. The hospital should have a mental health care system in its personnel and monitor them regularly, including supporting resources both in terms of workforce planning, safety, reasonable compensation including social support, especially among frontline personnel and younger age to reduce the likelihood of burnout in personnel.

Keywords: burnout, health care workers, mental health, resilience quotient, COVID-19

Corresponding author: Kitiya Runglirdsittikul

Email: kitiyasmpk@gmail.com

Received 4 September 2021 Revised 12 November 2021 Accepted 24 December 2021

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม 2563 ที่ผ่านมามีแนวโน้มที่ระบาดต่อเนื่องยาวนาน ผลกระทบจากการระบาดและมาตรการในการควบคุมโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยเป็นจำนวนมาก โดยจะเห็นได้จากปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข¹

ภาวะหมดไฟเป็นปรากฏการณ์เฉพาะกับบริบทการทำงานเท่านั้น ไม่รวมถึงประสบการณ์ในด้านอื่นๆ ของชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จำแนกภาวะหมดไฟไว้ในกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับการจ้างงานและการว่างงาน² โดยมีองค์ประกอบ 3 อย่าง ได้แก่ (1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หมดกำลังใจ ไม่มีแรงใจในการทำงาน หมดความกระตือรือร้น (2) การลดคุณค่าความเป็นบุคคล (Depersonalization) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติในแง่ร้ายต่อผู้อื่น รู้สึกว่าผู้อื่นตำหนิตนเองและทำงานอย่างไม่มีชีวิตจิตใจ และ (3) ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (Reduced Personal Accomplishment) หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ประเมินตนเองในทางไม่ดีและไม่อาจให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้³ หากภาวะหมดไฟไม่ได้รับการจัดการอาจส่งผลกระทบต่อในด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีอาการของภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับได้ อาจพบมีการใช้สารเสพติดเพื่อจัดการกับอารมณ์ และมีผลต่อการทำงานอาจทำให้ขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลงนำไปสู่การลาออกในที่สุด⁴

ที่ผ่านมาการศึกษาหาความสัมพันธ์ของภาวะหมดไฟในมิติต่างๆ พบว่าความเหนื่อยล้าหมดแรงจากภาระงานที่มากเกินไป การมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบและห่างเหินในที่ทำงานนำไปสู่ความรู้สึกล้มเหลวและมองว่าตนไม่มีความสามารถเพียงพอ ปัจจัยที่ไม่สมดุลเหล่านี้นำไปสู่การความคับข้องใจและภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในที่สุด⁵

แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัวบุคคลและเนื้องานที่ไม่สอดคล้องกัน ส่งผลต่อระดับของประสบการณ์เหนื่อยล้าหมดไฟมี 6 ด้าน ได้แก่ การมีปริมาณงานมาก (Work Overload) การไม่สามารถควบคุมการทำงานของตนเอง (Lack of Control) การขาดแคลนสิ่งตอบแทนจากการทำงาน (Insufficient reward) การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (Breakdown of

Community) การไม่ได้รับความยุติธรรมในการทำงาน (Absence of Fairness) และความขัดแย้งระหว่างคุณค่าส่วนบุคคลกับงาน (Value Conflict) เป็นต้น⁶

จากการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 มีระดับความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะหมดไฟในระดับสูงกว่าและมีแนวโน้มขอเข้ารับคำปรึกษาทางสุขภาพจิตสูงกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับบุคลากรกลุ่มที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยตรง⁷ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีระดับผลกระทบทางด้านจิตใจสูง นำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะหมดไฟ ซึ่งสาเหตุมักมาจากความรู้สึกสูญเสียการควบคุมและกังวลต่อภาวะสุขภาพ การแพร่ระบาดของเชื้อกังวลว่าจะพาเชื้อไปติดบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในการทำงาน และการแยกกันอยู่โดยลำพัง ส่วนความพึงพอใจในการทำงาน และความเข้มแข็งทางใจ เป็นปัจจัยป้องกันต่อภาวะหมดไฟ⁸⁻¹⁰ ซึ่งความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นฟูปลังใจในภาวะวิกฤต (Resilience Quotient : RQ) ถือเป็นพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถที่จะช่วยป้องกันและดูแลมนุษย์ในยามที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตอย่างไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้ให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตที่จะเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่มีระดับ RQ สูงจะสามารถฟื้นฟูปลังใจตนเองภายหลังภาวะวิกฤตได้เร็วกว่าผู้ที่มี RQ ต่ำ^{11,12}

ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าอาจนำไปสู่แนวทางสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพจิตและป้องกันการสูญเสียบุคลากรจากการลาออกจากระบบ อันเนื่องมาจากภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อหาความชุกของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 1,700 ราย โดยเก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา (Study population)

ก. ประชากรเป้าหมาย คือ บุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ข. การเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา มีดังนี้ :

1. ทำงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
2. ไม่ได้อยู่ระหว่างลาคลอด ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อ
3. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา มีดังนี้ :

1. อยู่ระหว่างลาคลอด ลาป่วย หรือลาศึกษาต่อ

ค. ขนาดตัวอย่าง (Sample size required)

ศึกษาในบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการทั้งหมดประมาณ 1,700 คน ตามเกณฑ์ การคัดเข้าร่วมการศึกษา โดยขนาดตัวอย่างที่เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane ดังนี้

$$n = \left\{ \frac{N}{1 + Ne^2} \right\}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 N = ขนาดประชากร
 e = ระดับความเชื่อมั่นกำหนดที่ 95 % สัดส่วนความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05
แทนค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \left\{ \frac{1700}{1 + 1700 (0.05)^2} \right\}$$
$$= 323.81 \text{ คน}$$

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 รายเป็นอย่างน้อย เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบเอกสารออนไลน์ (Google form) โดยประชาสัมพันธ์ผ่านตัวแทนหรือหัวหน้างานทุกหน่วยพร้อมกับที่แจ้งวัตถุประสงค์และตอบข้อซักถาม ซึ่งการตอบกลับข้อมูลถือเป็นการให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบไฟล์เอกสารการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยไปกับแบบสอบถามออนไลน์ด้วย การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว (หมายเลขรับรอง sq00764)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และข้อมูลลักษณะการทำงาน จำนวน 8 ข้อ

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ข้อมูลลักษณะการทำงาน ได้แก่ ตำแหน่งงาน หน่วยงานหน้าที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 หรือกลุ่มเสี่ยง PUI โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 : มุมมองต่อการทำงานในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านภาระงาน ความสามารถในการจัดการงาน ค่าตอบแทนสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความยุติธรรมภายในหน่วยงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีที่ปรึกษา และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานอย่างปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 : แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยงานวิจัยและพัฒนากลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น¹³ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) โดยแบ่งผลการประเมินเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) 9 ข้อ ด้านการลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) 5 ข้อ และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced Personal Accomplishment) 8 ข้อ โดยเกณฑ์คะแนนในแต่ละข้อมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน เรียงจาก ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80) การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านความอ่อนล้า

ทางอารมณ์ระดับต่ำ คือ 0 - 16 คะแนน ปานกลาง 17 - 26 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การวัดความเป็นบุคคลระดับต่ำ คือ 0 - 6 คะแนน ปานกลาง 7 - 12 คะแนน และสูงคือตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำ คือตั้งแต่ 39 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง 32 - 38 คะแนน และสูงคือ 0 - 31 คะแนน โดยมีการแปลผลดังนี้ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการวัดความเป็นบุคคลสูง แต่มีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟปานกลาง จะมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการวัดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหมดไฟสูง การศึกษาค้นคว้าจึงจำแนกกลุ่มเพื่อนำมาคำนวณทางสถิติ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูง (Burnout) และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Non-Burnout) โดยกลุ่มผู้ที่มีเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูง คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานสูง และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ คือ กลุ่มผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟระดับปานกลางและต่ำ

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินสุขภาพจิต (DASS-21)¹⁴ ดัดแปลงโดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) และ ณภัทรวรรต บัวทอง (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) ใช้ประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน คือ ความเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด มีข้อคำถาม 21 ข้อ (ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้านภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวล เท่ากับ 0.78 และความเครียด เท่ากับ 0.69)

ส่วนที่ 5 : แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ RQ (Resilience Quotient) ที่พัฒนาโดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน 10 ข้อ ด้านการมีความหวังและกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรค 5 ข้อ (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749) โดยแบ่งเกณฑ์คะแนนในแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน และทำการรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านมาเทียบตามเกณฑ์ของระดับความเข้มแข็งทางใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 23 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของบุคลากร มุมมองต่อการทำงาน รวมถึงระดับความเหนื่อยล้าหมดไฟในแต่ละด้าน ภาวะสุขภาพจิต และระดับความเข้มแข็งทางใจ และใช้สถิติ Multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยภายในตัวบุคคล ด้านความเข้มแข็งทางใจ (RQ) กับภาวะหมดไฟ ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยผลการทดสอบถือว่ามีความนัยทางสถิติเมื่อค่า P-value < 0.05 คำนวณค่า Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้มีบุคลากรตอบแบบสอบถามกลับมา 720 ราย โดยมีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 703 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.35 ของบุคลากรโรงพยาบาล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.06 อายุเฉลี่ย 37 ปี ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการเฉลี่ย 12 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ โดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.70 แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 3.27, 1.42, 1.28, 1.28, 2.13 และ 2.7 ตามลำดับ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 2.84 แสดงดังตารางที่ 1

มุมมองต่อการทำงาน ส่วนใหญ่มองว่ามีความสามารถในการควบคุมและจัดการงานที่ได้รับมอบหมายให้ลุล่วง มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน และสามารถหาที่ปรึกษาได้เมื่อมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 91.89, 96.16 และ 91.89 ตามลำดับ กว่าร้อยละ 60 ของบุคลากรที่มองว่าจำนวนบุคลากร ค่าตอบแทนและทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนภายในหน่วยงานยังมีไม่เพียงพอ แสดงดังตารางที่ 2

จากแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ภาวะความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ประมาณร้อยละ 70 - 80 ด้านภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ย 2.94 คะแนน (SD 3.21) พบว่ามีระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด 17 และ 7 ราย (ร้อยละ 2.42 และ 1.00 ตามลำดับ) ด้านภาวะวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ย 2.69 (SD 2.81) อยู่ในระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด 21 และ 20 ราย (ร้อยละ 2.99 และ 2.84

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และลักษณะการทำงาน

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	12.94
หญิง	612	87.06
อายุ (ปี)		
mean $\pm$ SD	37.87 $\pm$ 11.13	
median (min - max)	37 (19 - 65)	
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	18	2.56
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า ถึงระดับอนุปริญญา	252	35.85
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	378	53.77
ปริญญาโทขึ้นไป	55	7.82
สถานภาพ		
โสด	367	52.20
สมรส	275	39.12
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	61	8.68
ประสบการณ์ (ปี)		
mean $\pm$ SD	12.19 $\pm$ 10.77	
median (min - max)	8 (0.5 - 47)	
ตำแหน่งงาน (สาขาวิชาชีพ)		
บุคลากรวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ	363	51.64
สายสนับสนุนวิชาชีพ	249	35.42
สายสนับสนุนงานบริหาร	91	12.94
ประเภทบุคลากร		
Frontline	299	42.53
Non-frontline	303	43.10
Non-Clinical staffs	101	14.37

ตามลำดับ) ด้านความเครียดมีคะแนนเฉลี่ย 4.41 คะแนน (SD 3.61) อยู่ในระดับรุนแรงและรุนแรงที่สุด 16 และ 6 ราย (ร้อยละ 2.28 และ 0.85 ตามลำดับ)

องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ

ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณร้อยละ 60 - 70 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 31.39, 17.18 และ 15.25 คะแนน ตามลำดับ (SD 4.94, 2.71 และ 2.83 ตามลำดับ) บุคลากรที่มีความทนต่อแรงกดดันต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 90 ราย (ร้อยละ 12.80) ด้านการมีความหวังและกำลังใจต่ำกว่า

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลมุมมองต่อการทำงาน

ประเด็น	ไม่ใช่ จำนวนคน (ร้อยละ)	ใช่ จำนวนคน (ร้อยละ)
1. ในหน่วยงานของท่านมีจำนวนบุคลากรเพียงพอเหมาะสมกับงาน	397 (56.47)	306 (43.53)
2. ในการทำงานท่านสามารถควบคุมและจัดการงานที่ได้รับมอบหมายให้ลุล่วง	57 (8.11)	646 (91.89)
3. ท่านได้รับค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมในการทำงาน	408 (58.04)	295 (41.96)
4. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน	27 (3.84)	676 (96.16)
5. ท่านคิดว่าในการทำงานท่านได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม เท่าเทียม	225 (32.01)	478 (67.99)
6. เมื่อประสบปัญหาในการทำงานท่านสามารถหาที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำได้	57 (8.11)	646 (91.89)
7. ทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนภายในหน่วยงานมีเพียงพอ (เช่น คน เงิน ของ)	439 (62.45)	264 (37.55)
8. มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน	282 (40.11)	421 (59.89)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลจำแนกตามระดับของภาวะหมดไฟในการทำงาน

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ จำนวนคน (ร้อยละ)		
			ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	17.87	13.56	378 (53.77)	146 (20.77)	179 (25.46)
การลดคุณค่าความเป็นบุคคล	6.00	5.82	465 (66.15)	141 (20.06)	97 (13.80)
ความสำเร็จส่วนบุคคล	13.84	11.26	643 (91.47)	32 (4.55)	28 (3.98)

เกณฑ์ปกติ 90 ราย (ร้อยละ 12.80) ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรคต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 109 ราย (ร้อยละ 15.50) และเมื่อรวมคะแนนทุกด้านแล้วส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 359 ราย (ร้อยละ 51.07) อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 228 ราย (ร้อยละ 32.43) และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 116 ราย (ร้อยละ 16.50)

จากตารางที่ 3 พบว่าบุคลากรมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.46 คะแนนด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 13.80 และคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลระดับต่ำถึงร้อยละ 91.47 กลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูง (Burnout) พบว่ามีจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.81 และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (Non-Burnout) มีจำนวน 627 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.19

เมื่อนำข้อมูลมุมมองในการทำงานของบุคลากรไปวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Univariable logistic regression analysis) พบว่า มุมมองต่อการทำงานในทุกหัวข้อสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 4

สำหรับปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการทำงาน ภาวะสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจ เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Univariable logistic regression analysis) พบว่า อายุ สถานภาพ ลักษณะงานด้านหน้า ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน (ความเครียด ความวิตกกังวล และความเครียด) รวมถึงระดับความเข้มแข็งทางใจ สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ แต่หลังจากควบคุมให้ปัจจัยอื่นๆ มีความเท่าเทียมกันโดยนำไปวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติถดถอย Multivariable logistic regression analysis

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (Univariable logistic regression analysis) ระหว่างมุมมองในการทำงานต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ

ปัจจัย	Not Burnout (%) n = 627	Burnout (%) n= 76	Crude OR (95%CI)	P-value
มุมมองต่อการทำงาน				
1. ในหน่วยงานของท่านมีจำนวนบุคลากรเพียงพอเหมาะสมกับงาน				
ไม่ใช่	338 (85.14)	59 (14.86)	2.97 (1.69-5.21)	<0.001
ใช่	289 (94.44)	17 (5.56)	1	
2. ในการทำงานท่านสามารถควบคุมและจัดการงานที่ได้รับมอบหมายให้ลุล่วง				
ไม่ใช่	43 (75.44)	14 (24.56)	3.07 (1.59-5.92)	0.001
ใช่	584 (90.40)	62 (9.60)	1	
3. ท่านได้รับค่าตอบแทนอย่างเหมาะสมในการทำงาน				
ไม่ใช่	344 (84.31)	64 (15.69)	4.39 (2.32-8.29)	<0.001
ใช่	283 (95.93)	12 (4.07)	1	
4. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน				
ไม่ใช่	20 (74.07)	7 (25.93)	3.08 (1.26-7.54)	0.014
ใช่	607 (89.79)	69 (10.21)	1	
5. ท่านคิดว่าในการทำงานท่านได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม เท่าเทียม				
ไม่ใช่	174 (77.33)	51 (22.67)	5.31 (3.19-8.84)	<0.001
ใช่	453 (94.77)	25 (5.23)	1	
6. เมื่อประสบปัญหาในการทำงานท่านสามารถหาที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำได้				
ไม่ใช่	42 (73.68)	15 (26.32)	3.43 (1.80-6.53)	<0.001
ใช่	585 (90.56)	61 (9.44)	1	
7. ทรัพยากรที่ได้รับการสนับสนุนภายในหน่วยงานมีเพียงพอ (เช่น คน เงิน ของ)				
ไม่ใช่	376 (85.65)	63 (14.35)	3.24 (1.74-6.00)	<0.001
ใช่	251 (95.08)	13 (4.92)	1	
8. มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน				
ไม่ใช่	229 (81.21)	53 (18.79)	4.01 (2.39-6.71)	<0.001
ใช่	398 (94.54)	23 (5.46)	1	

Univariable logistic regression analysis

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (Multivariable logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ

ปัจจัย	Not Burnout (%) n = 627	Burnout (%) n= 76	Crude OR (95%CI)	P-value	Adjust OR (95%CI)	P-value
เพศ						
ชาย	82 (90.11)	9 (9.89)	1		1	
หญิง	545 (89.05)	67 (10.95)	1.12 (0.54-2.33)	0.762	0.99 (0.44-2.25)	0.980
อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 30 ปี	174 (81.31)	40 (18.69)	5.50 (2.81-10.77)	<0.001	3.14 (1.33-7.41)	0.009
30 - 39 ปี	166 (87.37)	24 (12.63)	3.46 (1.69-7.10)	0.001	2.07 (0.92-4.66)	0.080
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	287 (95.99)	12 (4.01)	1		1	
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี*	248 (91.85)	22 (8.15)	1		1	
ปริญญาตรีขึ้นไป	379 (87.53)	54 (12.47)	1.61 (0.95-2.70)	0.075	1.13 (0.60-2.11)	0.703
สถานภาพ						
โสด	314 (85.56)	53 (14.44)	2.30 (1.37-3.84)	0.002	1.00 (0.51-1.98)	0.999
สมรส**	313 (93.15)	23 (6.85)	1		1	
ประเภทบุคลากร						
Frontline	248 (82.94)	51 (17.06)	3.95 (1.53-10.19)	0.005	3.01 (1.02-8.84)	0.045
Non-frontline	283 (93.40)	20 (6.60)	1.36 (0.50-3.71)	0.552	0.85 (0.27-2.62)	0.774
Non-Clinical staffs	96 (95.05)	5 (4.95)	1		1	

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอย (Multivariable logistic regression analysis) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (ต่อ)

ปัจจัย	Not Burnout (%) n = 627	Burnout (%) n= 76	Crude OR (95%CI)	P-value	Adjust OR (95%CI)	P-value
ภาวะสุขภาพจิต						
ระดับความเศร้า						
ปกติ - ปานกลาง	617 (90.87)	62 (9.13)	1		1	
รุนแรง - รุนแรงที่สุด	10 (41.67)	14 (58.33)	13.93 (5.94-32.68)	<0.001	1.75 (0.6-5.08)	0.306
ระดับความวิตกกังวล						
ปกติ - ปานกลาง	604 (91.24)	58 (8.76)	1		1	
รุนแรง - รุนแรงที่สุด	23 (56.10)	18 (43.90)	8.15 (4.16-15.98)	<0.001	2.27 (0.87-5.89)	0.093
ระดับความเครียด						
ปกติ - ปานกลาง	618 (90.75)	63 (9.25)	1		1	
รุนแรง - รุนแรงที่สุด	9 (40.91)	13 (59.09)	14.17 (5.83-34.45)	<0.001	4.60 (1.39-15.26)	0.013
ความเข้มแข็งทางใจ						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	85 (73.28)	31 (26.72)	13.49 (5.44-33.50)	<0.001	7.30 (2.74-19.39)	<0.001
เกณฑ์ปกติ	320 (89.14)	39 (10.86)	4.51 (1.88-10.83)	<0.001	3.59 (1.47-8.81)	0.005
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	222 (97.37)	6 (2.63)	1		1	

Multivariable logistic regression

หมายเหตุ: *ต่ำกว่าปริญญาตรี หรือเทียบเท่าอนุปริญญา, **สมรส และ หม้าย หย่าร้าง แยกทาง

พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้แก่ บุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี (OR, 3.14; 95% CI, 1.33-7.41; $P = 0.009$) บุคลากรด้านหน้า (OR, 3.01; 95% CI, 1.02-8.84; $P = 0.045$) ระดับความเครียดสูง (OR, 4.60; 95% CI, 1.39-15.26; $P = 0.013$) ระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (OR, 7.30; 95% CI, 2.74-19.39; $P < 0.001$) ระดับความเข้มแข็งทางใจในเกณฑ์ปกติ (OR, 3.59; 95% CI, 1.47-8.81; $P = 0.005$) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ตั้งแต่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การศึกษาผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีระดับผลกระทบทางจิตใจสูง นำไปสู่ความเครียดวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะหมดไฟ⁸⁻¹⁰ จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยของกรมสุขภาพจิตพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟเช่นเดียวกัน¹⁶ การศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการครั้งนี้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2564 เป็นช่วงการระบาดระลอกที่ 3 ซึ่งมียอดผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3,000 รายต่อวัน เป็น 13,000 รายต่อวันภายในระยะเวลา 1 เดือน (จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)) บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.06 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 37 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.77 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.20 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการเฉลี่ยอยู่ที่ 12 ปี ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.70 และเมื่อแบ่งประเภทของบุคลากรตามลักษณะการดูแลผู้ป่วย เป็นบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้า ร้อยละ 42.53

ภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ผลการศึกษาพบว่า มีบุคลากรผู้เสี่ยงต่อภาวะหมดไฟสูงจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.81 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคลากรด้านหน้าของโรงพยาบาล ในขณะที่ภาพรวมของการประเมินภาวะหมดไฟในแต่ละด้านพบว่า คะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการลดความเป็นบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลมีค่า

เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมลและคณะ ที่ศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติพบว่า ภาพรวมภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การลดความเป็นบุคคลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ¹⁷ ระยะเวลา นศรินทร์ได้ศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนพบภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ¹⁸ ซึ่งภาพรวมมีสัดส่วนไม่ต่างจากผลการวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามไม่อาจนำผลของภาวะหมดไฟในแต่ละการศึกษาในอดีตมาเปรียบเทียบกับผลวิจัยนี้ได้โดยตรง เนื่องจากความแตกต่างในกลุ่มประชากรที่ศึกษาบริบทพื้นที่และช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลมีความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่พบภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างสูงประมาณร้อยละ 30 - 50^{8,10,19,20} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรด้านหน้าของโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สัดส่วนของบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟมีจำนวนน้อยกว่า (คิดเป็นร้อยละ 10.81) อาจเนื่องมาจากมีความรู้สึกรู้ว่ายังสามารถควบคุมและจัดการงานได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน มีที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ซึ่งส่วนใหญ่ของบุคลากรมองว่ามีเพียงพอ รวมถึงมีมุมมองต่อสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน และมีความยุติธรรมเท่าเทียมภายในหน่วยงาน ถึงแม้มุมมองต่อจำนวนบุคลากร ค่าตอบแทน รวมถึงทรัพยากรสนับสนุนส่วนใหญ่จะยังมองว่าไม่เพียงพอก็ตาม เมื่ออธิบายด้วยแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการในงานและปัจจัยเอื้อในการทำงาน (The Job Demands-Resource model) ที่อธิบายว่าปัจจัยเอื้อในการทำงาน (job resources) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับผลสะท้อนกลับจากงาน การมีอิสระในการทำงาน และโอกาสความก้าวหน้าในงาน เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนและมีน้ำหนักในการส่งผลทางบวกต่อความยืดหยุ่นผูกพันในการทำงาน ได้มากกว่า ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ปรับตัวของบุคลากรได้มากกว่า เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านความต้องการในงาน (job demands) ได้แก่ ภาระงานที่มากและระยะเวลาที่จำกัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความกดดัน การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ที่เกิดความขัดแย้งในการทำงาน^{21,22} จึงอาจส่งผลให้บุคลากรที่มีความเสี่ยงสูง

ต่อภาวะหมดไฟคิดเป็นส่วนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ถึงแม้จะขาดสิ่งสนับสนุนด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ) ดังนั้นการให้ความสำคัญในการส่งเสริมความผูกพันภายในองค์กร การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการดูแลคุณภาพด้านทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

เมื่อพิจารณาพร้อมกับข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรพบว่าทั้งด้านภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 3 - 5 ที่มีปัญหาอารมณ์ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก สำหรับระดับความเข้มแข็งทางใจของบุคลากรพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ มีเพียงส่วนน้อยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 16.50) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลสมุทรปราการส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ระดับความเข้มแข็งทางใจส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ จึงอาจส่งผลให้สัดส่วนของบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟในโรงพยาบาลสมุทรปราการมีน้อยตามไปด้วย เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ

จากการศึกษาพบว่ามุมมองต่อการทำงานทุกด้านมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งได้แก่ด้านการมีบุคลากรที่เพียงพอ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร ค่าตอบแทนความสามารถในการควบคุมและจัดการงาน สัมพันธภาพการมีที่ปรึกษา ความยุติธรรมเท่าเทียม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการทำงาน จะเห็นได้ว่ามุมมองต่อการทำงานที่บุคลากรรู้สึกว่ามีไม่เพียงพอ หรือไม่เหมาะสมต่อการทำงานล้วนสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟทั้งสิ้น โดยส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟได้ 3 - 5 เท่า ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Maslach ที่ว่า ความสมดุลระหว่างบริบทการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันภาวะหมดไฟ⁶ และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ภาระงานที่มากเกินไป อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ระยะเวลาการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน ค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับงาน บรรยากาศองค์กรที่เครียด มีความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน ขาดที่ปรึกษา ความสามารถในการควบคุมจัดการงานต่ำ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยในการทำงานสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ^{19, 23-25}

เมื่อนำปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการทำงาน ภาวะสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ สถานภาพโสด ปฏิบัติงานด้านหน้า ภาวะสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน (ความเครียด วิตกกังวล ความเศร้า) รวมทั้งความเข้มแข็งทางใจ แต่หลังจากควบคุมให้ปัจจัยอื่นๆ มีความเท่าเทียมกัน พบเหลือเพียง 4 ปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อายุต่ำกว่า 30 ปี ปฏิบัติงานด้านหน้า มีความเครียดสูง ระดับความเข้มแข็งทางใจที่เกณฑ์ปกติและต่ำกว่าเกณฑ์ โดยบุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ (OR, 3.14 ; 95% CI, 1.33-7.41 ; P = 0.009) สอดคล้องกับการศึกษาในช่วงที่ผ่านมาที่พบว่าบุคลากรอายุน้อยจะมีความเหนื่อยหน่ายในงานสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก^{19, 26-28} อาจเป็นผลจากประสบการณ์การทำงานยังน้อย และมีการศึกษาที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะหมดไฟ²⁴ อาจอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีอายุมากเคยผ่านประสบการณ์การทำงานมานาน ย่อมมีมุมมองของชีวิตมากกว่า มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น ซึ่งการสั่งสมประสบการณ์ต่างๆ จะนำไปสู่การมีความเข้มแข็งทางใจ²⁹ จึงมีแนวโน้มการเกิดความเหนื่อยล้าหมดไฟได้น้อยกว่า

สำหรับกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้า พบแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟมากกว่า 3 เท่าเมื่อเทียบกับบุคลากรสายสนับสนุนงานบริหาร (OR, 3.01 ; 95% CI, 1.02-8.84 ; P = 0.045) อาจอธิบายได้จากช่วงเวลาเก็บข้อมูลศึกษานี้อยู่ในช่วงรอยต่อของการระบาดระลอกใหม่ที่ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านหน้าที่ต้องรับมือกับผู้ป่วยติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อสูงขึ้น บุคลากรทางการแพทย์หลายวิชาชีพต้องปรับบทบาทการทำงาน หอผู้ป่วยหลายแห่งจำเป็นต้องปรับพื้นที่เพื่อรองรับผู้ป่วยที่สงสัยและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงนโยบายของโรงพยาบาลที่รองรับการตรวจหาเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้มาก เพื่อนำผู้ป่วยเข้าระบบการรักษาและขยายงานดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไปยังโรงพยาบาลสนามแห่งต่างๆ ภายในจังหวัดสมุทรปราการ ส่งผลให้บุคลากรด้านหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีอัตราการติดเชื้อสูงขึ้น ทั้งนี้การปรับตัวต่อการทำงานภายใต้ความจำกัดทั้งด้านอัตราค่าจ้าง

ทรัพยากรหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมากนัก จึงส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าหมดไฟในกลุ่มบุคลากรด้านหน้าอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านหน้ากับภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งอธิบายได้จากภาระงานที่เพิ่มขึ้นและชั่วโมงการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานขึ้น ความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเพิ่มขึ้น การต้องตัดสินใจในสถานการณ์เฉพาะหน้า นำไปสู่ความเหนื่อยล้าทางกาย และความกังวลต่อการนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว^{10,30,28} นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มบุคลากรด้านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 เป็นหลัก มีผลกระทบทางสุขภาพจิตสูงกว่า ทั้งภาวะความเครียดวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และนอนไม่หลับรวมถึงภาวะหมดไฟ^{7,9,27,28} อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของภาวะหมดไฟระหว่างกลุ่มบุคลากรด้านหน้า และกลุ่มที่ไม่ใช่ด้านหน้า ซึ่งอธิบายว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนหนึ่งที่ไม่แสดงอาการในการปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงติดเชื้อโดยผู้ป่วยอาจปกปิดประวัติ ทำให้บุคลากรมีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อและเกิดความกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้เช่นกัน ดังนั้นทั้งกลุ่มบุคลากรด้านหน้าและกลุ่มที่ไม่ใช่ด้านหน้า จึงควรได้รับการสนับสนุนความปลอดภัยในการทำงาน อุปกรณ์ป้องกัน รวมถึงมีมาตรการป้องกันและดูแลช่วยเหลือหากมีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในบุคลากรได้³¹

ในหลายการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิตทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลรวมถึงความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟทั้งในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล^{7,8,10,27} ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีเพียงระดับความเครียดสูงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะหมดไฟ โดยความเครียดที่สูงในระดับรุนแรงถึงรุนแรงที่สุดมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเครียดปกติถึงปานกลางเป็น 4.6 เท่า (OR, 4.60 ; 95% CI, 1.39-15.26 ; P = 0.013) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรทางการแพทย์มาจากความกังวลต่อความเสี่ยงสัมผัสเชื้อกังวลว่าอาจติดเชื้อและจะนำไปติดคนที่บ้าน การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกัน ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ชั่วโมงการนอนหลับที่ลดลง^{27,31,33} รวมถึงการมีประสบการณ์ด้านลบต่อสถานการณ์โควิดก็เป็นความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ เช่น

สูญเสียคนไข้หรือเพื่อนร่วมงานจากโควิด การแยกจากครอบครัว การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการทำงาน การเปลี่ยนแปลงสถานที่รวมถึงตราบาป (stigma) จากการทำงาน³⁰ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความเครียดในบุคลากร

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาวะหมดไฟกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าหลังจากควบคุมผลจากทุกตัวแปรแล้ว อาจอธิบายได้จากการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงรอยต่อของการระบาดที่ยอดจำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มสูงขึ้น หากติดตามศึกษาข้อมูลในระยะเวลาที่การระบาดของโรคมีจำนวนสูงขึ้นต่อเนื่องยาวนานอาจพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนขึ้นได้ ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า ความเครียดในการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานก่อให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ หากไม่ได้รับการสนับสนุนแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้านอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า อันจะนำไปสู่คุณภาพในการให้บริการที่ลดลง ความผิดพลาดในการทำงาน การถูกร้องเรียน และการลาออกในที่สุด^{33,34}

ส่วนความสัมพันธ์ด้านความเข้มแข็งทางใจกับภาวะหมดไฟในการทำงานพบว่า บุคลากรกลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง คิดเป็น 7.3 เท่า (OR, 7.30 ; 95% CI, 2.74-19.39 ; P < 0.001) และบุคลากรกลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูง คิดเป็น 3.5 เท่า (OR, 3.59 ; 95% CI, 1.47-8.81 ; P = 0.005) จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์มีค่าความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ระดับความเข้มแข็งทางใจสูงสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในระดับต่ำ^{8,10,28,35} ระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้บุคคลไม่สามารถอดทนและปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล (Depersonalization)³⁶ ซึ่งความเข้มแข็งทางใจถือเป็นพลังสุขภาพจิตที่ช่วยในการป้องกันผลกระทบทางจิตใจในยามที่เผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตอย่างไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้¹² การดูแลสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญในการช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจิตและทำให้เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อการทำงานได้ ร่วมกับการให้คำแนะนำในการจัดการอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือรายบุคคล ซึ่งการช่วยเหลือในระดับบุคคลนี้เป็นส่วนหนึ่งในการเสริมความเข้มแข็งทางใจ³⁷ ได้มีการรวบรวม

การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจในระดับองค์กรสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนะนำดังนี้ (1) การสื่อสารให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ รวมถึงการติดตามภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพร่างกายเพื่อการเข้าถึงความช่วยเหลือตั้งแต่ช่วงแรก (2) การปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ (3) การปรับรูปแบบการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้มีความปลอดภัยและปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเหมาะสม³⁸ ดังนั้นในการช่วยเสริมความเข้มแข็งทางใจทั้งในระดับบุคคลและในระดับองค์กรจะสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งทางใจและลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟได้

ข้อจำกัดในการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามเพียงร้อยละ 41.35 ของบุคลากรโรงพยาบาลทั้งหมด อาจทำให้ข้อมูลสัดส่วนจำนวนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมีความคลาดเคลื่อนจากที่ควรจะเป็น เนื่องจากอคติในการเลือกตัวอย่างที่ไม่ครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั้งหมด จึงไม่อาจนำมาเป็นตัวแทนค่าความทุกข์ของบุคลากรทั้งโรงพยาบาลได้ และเนื่องจากการเป็นนักศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยต่างๆ ต่อภาวะหมดไฟได้ อธิบายได้เพียงน้ำหนักของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เห็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในบุคลากรโรงพยาบาลในช่วงการระบาดระลอกที่ 3 และเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟ ซึ่งสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มต่อเนื่องยาวนาน

ทั้งนี้ การศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตควรมีการปรับวิธีการในการเก็บข้อมูล เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตอบกลับมากขึ้น และในการศึกษาหาปัจจัยด้านมุมมองต่อการทำงานอาจพิจารณาลงรายละเอียดของสาเหตุความเครียดให้ชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสู่แนวทางแก้ปัญหาให้ตรงจุด และอาจติดตามผลกระทบทางจิตใจในระยะยาว

สรุป

การศึกษานี้ทำให้เห็นจำนวนบุคลากรที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงานสูง โดยพบว่าร้อยละ 10.81 ของบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการที่ตอบกลับแบบประเมินและเข้าเกณฑ์การศึกษาวิจัยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหมดไฟ ซึ่งภาวะหมดไฟในบุคลากรสัมพันธ์กับอายุที่น้อยกว่า 30 ปี บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านหน้า มีภาวะความเครียดสูง และมีระดับความเข้มแข็งทางใจที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นในการป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟในบุคลากร จึงควรมีระบบติดตามภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านสภาพจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ช่วยสร้างความผูกพันในองค์กร การสนับสนุนปัจจัยด้านทรัพยากรการทำงานให้มีอย่างเพียงพอทั้งด้านอัตรากำลัง ด้านความปลอดภัยในการทำงาน อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเชื้อ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยในการทำงานต่างๆ เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจภายในตัวบุคคล เพื่อให้สามารถเผชิญต่อความไม่แน่นอนในสถานการณ์โรคระบาดที่อาจต่อเนื่องยาวนาน และช่วยลดโอกาสเกิดภาวะหมดไฟได้ในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรด้านหน้า และบุคลากรอายุน้อย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาจาก นางสาววรชณี อิ่มใจจิตต์ นักสถิติ สำนักงานพัฒนาวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่สละเวลาส่วนตัวในการสอน ให้คำแนะนำเรื่องสถิติและการใช้โปรแกรมสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงแนะนำรูปแบบการเก็บข้อมูลเพื่อเอื้อต่อการศึกษาและการแปลผล ตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบคุณจิตแพทย์พยาบาล นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่พร้อมปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายใต้สถานการณ์โรคระบาด และเห็นความสำคัญในงานดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาวิจัยได้อย่างราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Combat 4th Wave of COVID-19: C4. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020.
2. Ausanangkornchai S, Arunpongpaissal S, Silpakit P, Kittirattanapaiboon P, Juengsiragulwit D, Tantirangsee N, et al. International classification of disease for mortality and morbidity statistics: mental, behavioural of neurodevelopment disorders and related codes. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019. 330.
3. Suteerawut N. Burnout: Antecedents and prevention. J Educ Meas 2015; 32(91): 16-25.
4. Wannarit K. Burnout syndrome. 2019. [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=1385>
5. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry 2016; 15(2): 103-11.
6. Maslach C, & Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. Appl Prev Psychol 1998; 7: 63-74.
7. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et. al. Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: Differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. Int J Environ Res Public Health 2020; 17, 8358.
8. Dobson H, Malpas C, Burrell A JC, Gurvich C, Chen L, Kulkarni J, Winton-Brown T. Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Australasian Psychiatry 2021; 29(1): 26-30.
9. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020; ;3:e203976.
10. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et. al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health 2020; 20: 1885.
11. Sucaromana A. Resilience Quotient: RQ. JMPS 2016; 4(1): 209-20.
12. Worawasuwat N, Sukultong L, a Pisan-ake K, Mala M, Naowanit P. The development of model to enhancing psychological immunity and burnout prevention for health region 7 health officials: EPI-BP Model. Khonkaen: Mental Health Center 7; 2018. [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://mhc7.go.th/archives/6623>
13. Mental Health Center 7. Burnout questionnaire for public health officials. Khon Kaen; 2017. [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://mhc7.go.th/archives/5996>
14. Pityaratstian N, Buathong N. Depression Anxiety Stress Scales; DASS-21. Department of Psychiatry Faculty of Medicine Chulalongkorn University. [cited 2021 Feb 15]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909324>
15. Intasit S, Chulkeeree S. RQ: Resilience Quotient. Mental Health Academic Bureau, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020.
16. Department of Mental Health. The survey found that the lockdown phase 3 Thai people feel "stressed-out of fire-depressed-want to hurt themselves" increases. 2020. [cited 2021 Aug 8]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30358>.
17. Kijjanon N, Jongjareonkumchok A, Masnarakorn P. Burnout among staff nurses working in intensive care units. RNJ 2009; 15(1): 86-97.
18. Choon-ngarm N. Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province. J Ment Health Thai 2020; 28(4): 348-59.
19. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of health care worker burnout during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. JAMA Netw Open 2020; 3(8): e2017271.
20. Prasada K, McLoughlin C, Stillman M, Poplaub S, Goelz E, Taylor S, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. EClinicalMedicine 2021; 35. e100879.
21. Chirico F. Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. Ann Ist Super Sanita 2016; 52(3): 443-56.
22. Hakanen J, Schaufeli W, Ahola K. The job demands-resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. Work Stress 2008; 22(3): 224-41.
23. Vichanjanleamsuk V, Supapong S. Job burnout and related factors among pharmaceutical representatives of international pharmaceutical company. TMJ 2015; 15(2): 225-31.
24. Inchaiya P, Phakthongsuk P. The factors associated with burnout among private hospital staff in Songkhla Province. JPMC 2021;38(2):142-51.
25. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. Hum Resour Health 2020;18(41). doi:10.1186/s12960-020-00469-9.
26. Theucksuban B, Nantsupawat R, Wichaikhum O. Factors influencing job burnout among professional nurses Maharajakhonsithammarat Hospital. JTNMC 2008; 23(4):114-24.
27. Ferry AV, Wereski R, Strachan FE, Mills NL. Predictors of UK healthcare worker burnout during the COVID-19 pandemic. QJM-INT J MED 2021; 114(6):374-380.
28. Giuseppe M D, Nepa G, Prout T A, Albertini F, Marcelli S, Orrù G, et al. Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: The role of defense mechanisms. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: e5258.
29. Ang SY, Uthaman T, Ayre TC, Mordiffi SZ, Ang E, Lopez V. Association between demographics and resilience – a cross-sectional study among nurses in Singapore. Int Nurs Rev 2018; 65(3): 459-66.
30. Lasalvia A, Amadeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. BMJ Open 2021; 11: e045127.
31. Matsuo T, Taki F, Kobayashi D, Jinta T, Suzuki, Ayabe A, et al.



- Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *J Occup Health* 2021; 63: e12247.
32. Pfefferbaum B, Carol S. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med* 2020; 383(6): 510-12.
33. Hert S D. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg. Anesthesia* 2020; 13: 171-83.
34. Maslach C. Burnout in health professionals. *Psychol Health Med* 2014: 427-30.
35. Cooke G PE, Doust J A, Steele M C. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Educ* 2013; 13: 2.
36. Trani M D, Mariani R, Ferri R, Berardinis D D, Frigo M G. From resilience to burnout in healthcare workers during the covid-19 emergency: The role of the ability to tolerate uncertainty. *Front Psychol* 2021; 12: e646435.
37. Coco M, Guerrero CS, Santisi G, Riggio F, Grasso R, Corrado DD, et al. Psychosocial impact and role of resilience on healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Sustainability* 2021; 13: e7096.
38. Rieckert A, Schuit E, Bleijenberg N, Cate D ten, Lange W de, Ginkel JM, et al. How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ Open* 2021; 11: e043718.

ความเครียด และโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

ศิริวิมล กันตา*, พงษ์สุตา ป้องสีดา*, กนิษฐา เสาวลักษณ์*

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลน่าน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามประเมินความเครียดของสวนปรุง 20 ข้อ และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต เก็บข้อมูลในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 798 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและโรคซึมเศร้าโดยใช้ multivariate logistic regression แสดงเป็น adjusted odds ratio, 95% CI ที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษา เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 55.6 มีความเครียดระดับสูงร้อยละ 29.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน (adjusted OR 1.5, 95% CI 1.0-2.1, $p=0.027$) และปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (adjusted OR 1.9, 95% CI 1.3-2.7, $p=0.001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งงาน พบว่าลูกจ้างมีแนวโน้มพบโรคซึมเศร้ามากกว่าข้าราชการ 14.9 เท่า (95% CI 2.0-113.6, $p=0.009$) ปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้า (adjusted OR 2.8, 95% CI 1.0-7.6, $p=0.047$) และพบว่าความเครียดระดับสูงมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 57.4, 95% CI 7.7-426.9, $p < 0.001$)

สรุป เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน่านส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับสูง มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการคัดกรองความเครียดสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

คำสำคัญ ความเครียด โรคซึมเศร้า บุคลากรทางการแพทย์

Corresponding author: ศิริวิมล กันตา

องค์การแพทย์โรงพยาบาลน่าน 1 ถ.วชิรชัย ต.ในเวียง อ.เมือง จ.น่าน 55000

E-mail: Exsetseem@hotmail.com

วันรับ : 29 มิถุนายน 2564 วันแก้ไข : 5 สิงหาคม 2565 วันตอบรับ : 31 สิงหาคม 2565

Stress and Depressive Disorder in Hospital Personnel at Nan Hospital

Siriwimon Kuntar*, Pongsuda Pongseeda*, Kanittha Saowaluk*

*Department of Psychiatry, Nan Hospital

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and factors associated with stress and depressive disorder in hospital personnel at Nan hospital

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted by Suanprung stress test-20 and 2Q, 9Q depression assessment. Data was collected on April - May 2021 in 798 participants. Analyzed general data based on percentage obtained and factors associated with stress and depressive disorder analyzed by multivariate logistic regression present by adjust odds ratio, 95% CI at p-value <0.05.

Results: This study demonstrated that hospital personnel at Nan Hospital have moderate level of stress 55.6 percent, high level of stress 29.3 percent. Factors that statistically significant associated with stress are working conditions and work-loads (adjusted OR 1.5, 95%CI 1.0-2.1, p=0.001) and work-life balance (adjusted OR 1.9, 95% CI 1.3-2.7, p=0.001). Factor that statistically significant associated with depressive disorder is job position. Employee are more likely significant to have depressive disorder than government officers (adjusted OR 14.9, 95%CI 2.0-113.6, p=0.009). Administrative leader is more likely significant to associate with depressive disorder in coworker (adjusted OR 2.8, 95%CI 1.0-7.6, p=0.047). High stress level is statistically significantly associated with depressive disorder (adjusted OR 57.4, 95%CI 7.7-426.9, p <0.001).

Conclusion: Most of hospital personnel at Nan hospital have moderate stress level. High stress level is statistically significant affected with depressive disorder. The screening program of stress will helpful for hospital personnel at Nan hospital.

Keywords: stress, depression, hospital personnel

บทนำ

คนไทยมีแนวโน้มพบภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น ผลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี พ.ศ. 2560 พบประชาชนโทรปรึกษาเรื่องปัญหาเครียด วิตกกังวลมากเป็นอันดับ 1 คือ 27,737 สาย จากสายที่โทรขอรับบริการทั้งหมด 70,268 สาย คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557 และพบว่าเป็นวัยทำงานมากที่สุด เนื่องจากต้องรับมือกับหลายอย่างทั้งครอบครัวและที่ทำงาน¹

โรคซึมเศร้า เป็นโรคเรื้อรังและพบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 ระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก และในประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2551 พบว่า มีคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน หากพิจารณาตามเพศและอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี ร้อยละ 62² สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น การเลี้ยงดู อุปนิสัย และปัจจัยด้านสังคม เช่น ความเครียดด้านครอบครัว การทำงาน เศรษฐกิจ ความรัก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียดจะมีการกระตุ้นการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis) ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ส่งผลต่อสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความจำ อีกทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นกลไกทำให้เกิดโรคซึมเศร้า³ มีการศึกษาพบว่าความเครียดของแพทย์ฝึกหัดมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูงถึง 2.5 เท่า⁴

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่ต้องเผชิญความเครียดอยู่ตลอดเวลา ทั้งความเครียดจากงานเนื่องจากเป็นการทำงานที่ต้องรับผิดชอบและถูกคาดหวังสูง หรือความเครียดจากเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย รวมถึงภาระงานที่มาก ถูกกดดัน ค่าตอบแทนน้อย ขาดโอกาสในการก้าวหน้า เป็นต้น จากการศึกษาความชุกของความเครียดของแพทย์ใช้ทุนในปี พ.ศ. 2555⁵ พบว่ามีความเครียด ร้อยละ 29.40 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ เรื่องรายได้ การเตรียมตัวก่อนทำงานเป็นแพทย์ใช้ทุน ความกดดันเรื่องเวลา ความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง และการไม่มีเวลาว่าง เป็นต้น และจากการศึกษาวิจัยภาวะเครียดของพยาบาล ส่วนใหญ่พบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง^{6,7}

โรงพยาบาลน่านเป็นโรงพยาบาลจังหวัดขนาดใหญ่แห่งเดียวที่รักษาผู้ป่วยจากทุกอำเภอทั่วจังหวัดน่าน ซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและโรคที่พบมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นความเครียดจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการให้บริการและพัฒนางานของโรงพยาบาล หากปล่อยให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความเครียด อาจส่งผลกระทบต่อทั้งงานให้บริการหรือการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปด้วย ที่ผ่านมาระบบโรงพยาบาลน่านมีการประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q หากเจ้าหน้าที่มีคะแนนประเมินโรคซึมเศร้าที่สูงก็จะได้รับการรักษาต่อที่แผนกจิตเวช จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาหากเจ้าหน้าที่มีความเครียดแต่คะแนนโรคซึมเศร้าไม่สูง อาจไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเจ้าหน้าที่อีกมากที่ยังไม่กล้าที่จะเข้ามารับการปรึกษาทางจิตเวช เนื่องจากกลัวว่ามีอาการไม่รุนแรงมาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หรืออาจกลัวการถูกตีตราจากการป่วยและการเข้ารับการรักษาหรือรักษาทางจิตเวช ซึ่งหากปล่อยไว้จะส่งผลกระทบต่องาน บุคคลรอบข้าง หรือการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงเกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและโรคซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคซึมเศร้าโดยมุ่งหวังจะนำแบบคัดกรองความเครียดไปใช้ในการเฝ้าระวังผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน เพื่อให้เข้าถึง ป้องกัน และได้รับการรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามในเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน่านที่สมัครใจยินยอมตอบแบบสอบถามในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามของงานวิจัยนี้แก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย

1. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (informed consent form)

2. ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงาน ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาในการทำงาน ในโรงพยาบาลนาน รายได้ และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

3. แบบประเมินความเครียดสวนปรุง-20 (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)^๑ พัฒนาโดย นายสุวัฒน์ นันทินันทรกุล, นางวนิดา พุ่มไพศาลชัย, นางพิมพ์มาศ ตาปัญญา มีจำนวน 20 ข้อ คำถาม โดยการแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 - 24 คือความเครียดน้อย, คะแนน 25 - 42 คือความเครียดปานกลาง, คะแนน 43 - 62 คือ ความเครียดสูง, คะแนน 63 ขึ้นไป คือความเครียดรุนแรง ซึ่งคะแนนความเครียดน้อยและปานกลางถือว่าเป็นความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นได้ตามปกติ และมีการแบ่งกลุ่มความเครียดเป็น 2 กลุ่ม เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและปัจจัยต่างๆ และระหว่างความเครียดกับการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความเครียดระดับปกติ ประกอบด้วยกลุ่มที่มีคะแนนความเครียดน้อยและปานกลาง และความเครียดระดับสูง ประกอบด้วยกลุ่มที่มีคะแนนความเครียดสูงและรุนแรง

4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามและแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามของกรมสุขภาพจิตโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การแปลผล ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนน <7 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก, คะแนน 7 - 12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย, คะแนน 13 - 18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

คำนิยาม

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หมายถึง งานให้บริการทางสาธารณสุขที่มีต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้

หน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง หมายถึง งานที่ขึ้นตรงกับฝ่ายบริหารโรงพยาบาล ได้แก่ งานธุรการ งานการเงิน งานวิชาการ และงานพัฒนาบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยใช้ร้อยละ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเครียดและโรคซึมเศร้าโดยใช้ multivariate logistic regression แสดงเป็น adjusted odds ratio, 95% confidence interval ที่ระดับ p-value <0.05

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาน เอกสารรับรองเลขที่ 013/2564 รับรองเมื่อเดือนมีนาคม 2564

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนานร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 798 ราย (จากจำนวนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนานทั้งหมด 1,604 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 49.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.7 อายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 30.1 สถานภาพสมรสร้อยละ 54.8 การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 71.9 ตำแหน่งข้าราชการร้อยละ 52.3 ทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยร้อยละ 86.5 มีการทำงานเป็นกะ เป็นรอบ หรือเข้าเวรร้อยละ 68 ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 45.2 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000 - 30,000 บาท ร้อยละ 48.1 โดยรายละเอียดดังแสดงใน [ตารางที่ 1](#)

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดมากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะ และภาระงาน ร้อยละ 50.8 รองลงมาเป็นปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ร้อยละ 49.5 และปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ร้อยละ 28.2 ตามลำดับ ดัง [ตารางที่ 2](#)

ความทุกข์ของความเครียด พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 55.6 มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 29.3 และมีความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 2.1 ดัง [ตารางที่ 2](#)

ผลคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q พบว่ามีบุคลากรเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 และผลการประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 9Q พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมากร้อยละ 69.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนทั้งหมด = 798 จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	146 (18.3)
หญิง	652 (81.7)
อายุ	
น้อยกว่า 30 ปี	231 (28.9)
30 - 40 ปี	240 (30.1)
40 - 50 ปี	207 (25.9)
50 - 60 ปี	120 (15)
สถานภาพ	
โสด	316 (39.6)
คู่	437 (54.8)
หม้าย หรือ หย่าร้าง	45 (5.6)
การศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	224 (28.1)
ปริญญาตรีขึ้นไป	574 (71.9)
ตำแหน่ง	
ลูกจ้าง	122 (15.3)
พนักงานกระทรวง หรือพนักงานราชการ	259 (32.5)
ข้าราชการ	417 (52.3)
หน่วยงาน	
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	690 (86.5)
หน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง	108 (13.5)
ลักษณะการทำงาน	
ทำงานเป็นกะ เป็นรอบ หรือเช้าเวร	543 (68)
ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กร	
น้อยกว่า 5 ปี	334 (41.9)
5 - 10 ปี	103 (12.9)
10 ปีขึ้นไป	361 (45.2)
รายได้ต่อเดือน	
น้อยกว่า 10,000 บาท	159 (19.9)
10,001 - 30,000 บาท	384 (48.1)
30,001 บาทขึ้นไป	255 (32.0)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด และความชุกของ ความเครียดและโรคซึมเศร้า

ปัจจัยและความชุก	จำนวนทั้งหมด = 798 จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดมากที่สุด	
ปัจจัยด้านลักษณะและภาระงาน	405 (50.8)
ปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	395 (49.5)
ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน	225 (28.2)
ปัจจัยด้านความก้าวหน้าของการทำงาน	222 (27.8)
ปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้า	151 (18.9)
ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	138 (17.3)
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน	118 (14.8)
ปัจจัยจากครอบครัว	109 (13.7)
ปัจจัยด้านอื่นๆ	22 (2.8)
ระดับความเครียด	
ความเครียดระดับน้อย	103 (12.9)
ความเครียดระดับปานกลาง	444 (55.6)
ความเครียดระดับสูง	234 (29.3)
ความเครียดระดับรุนแรง	17 (2.1)
ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า (แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q)	
มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	165 (20.7)
ผลประเมินโรคซึมเศร้า (แบบประเมิน 9Q) (N=158)	
ไม่มี หรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	109 (69.0)
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย	44 (27.8)
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	5 (3.2)
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	0 (0)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับความเครียดและโรคซึมเศร้า

ปัจจัย ; N (%)		ความเครียด		Adj. Odd ratio	(95% CI)	p-value	โรคซึมเศร้า		Adj. Odd ratio	(95% CI)	p-value
		ระดับปกติ (N=547)	ระดับสูง (N=251)				ไม่มี (N=109)	มี (N=49)			
เพศ	หญิง	435 (66.7)	217 (33.3)	1.5	(0.97 - 2.4)	0.067	97 (68.3)	45 (31.7)	1.03	(0.2-4.3)	0.231
	ชาย	112 (76.7)	34 (23.3)	1			12 (75.0)	4 (25.0)	1		
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	157 (68.0)	74 (32.0)	0.97	(0.4 - 2.2)	0.937	27 (60.0)	18 (40.0)	6.2	(0.7-53.1)	0.096
	30 - 40 ปี	160 (66.7)	80 (33.3)	1.2	(0.6 - 2.4)	0.583	38 (77.6)	11 (22.4)	1.5	(0.30-8.6)	0.634
	40 - 50 ปี	140 (67.6)	67 (32.4)	1.2	(0.7 - 2.1)	0.486	30 (68.2)	14 (31.8)	2.6	(0.6-10.5)	0.188
	50 - 60 ปี	90 (75.0)	30 (25.0)	1			14 (70.0)	6 (30.0)	1		
สถานภาพ	สมรส	307 (70.3)	130 (29.7)	0.8	(0.6 - 1.3)	0.406	54 (65.9)	28 (34.1)	2.2	(0.8-6.3)	0.152
	หม้าย หรือหย่าร้าง	29 (64.4)	16 (35.6)	1.1	(0.5 - 2.4)	0.732	10 (76.9)	3 (23.1)	0.6	(0.1-3.1)	0.506
	โสด	211(66.8)	105 (33.2)	1			45 (71.4)	18 (28.6)	1		
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	164 (73.2)	60 (26.8)	0.9	(0.6 - 1.4)	0.645	29 (61.7)	18 (38.3)	3.2	(0.9-11.4)	0.068
	ปริญญาตรีขึ้นไป	383 (66.7)	191 (33.3)	1			80 (72.1)	31 (27.9)	1		
ตำแหน่ง	ลูกจ้าง	89 (73.0)	33 (27.0)	1.1	(0.6 - 2.1)	0.814	11 (52.4)	10 (47.6)	14.9	(2.0-113.6)	0.009*
	พนักงานราชการ	180 (69.5)	79 (30.5)	1.5	(0.9 - 2.6)	0.152	33 (67.3)	16 (32.7)	3.6	(0.7-17.4)	0.114
	ข้าราชการ	278 (66.7)	139 (33.3)	1			65 (73.9)	23 (26.1)	1		
หน่วยงาน	เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง	466 (67.5)	224 (32.5)	1.4	(0.8 - 2.4)	0.266	93 (67.9)	44 (32.1)	2.5	(0.6-10.8)	0.229
	ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง	81 (75.0)	27 (25.0)	1			16 (76.2)	5 (23.8)	1		
ลักษณะการทำงาน	ทำงานเป็นกะ หรือ เข้าเวร	372 (68.5)	171 (31.5)	0.8	(0.5 - 1.1)	0.089	77 (71.3)	31 (28.7)	0.3	(0.1-0.9)	0.023*
		175 (68.6)	80 (31.4)	1			32 (64.0)	18 (36.0)	1		
ระยะเวลาทำงาน	น้อยกว่า 5 ปี	221 (66.2)	113 (33.8)	1.6	(0.9 - 2.8)	0.084	41 (66.1)	21 (33.9)	1.7	(0.3-8.4)	0.541
	6 - 10 ปี	67 (65.0)	36 (35.0)	1.6	(0.9 - 2.9)	0.132	23 (71.9)	9 (28.1)	3.0	(0.6-14.7)	0.169
	10 ปีขึ้นไป	259 (71.7)	102 (28.3)	1			45 (70.3)	19 (29.7)	1		
รายได้ต่อเดือน	น้อยกว่า 10,000 บาท	112 (70.4)	47(29.6)	0.7	(0.3 - 1.7)	0.455	26 (68.4)	12 (31.6)	0.04	(0.004-0.4)	0.005*
	10,001 - 30,000 บาท	265 (69.0)	119 (31.0)	0.8	(0.5 - 1.4)	0.410	45 (70.3)	19 (29.7)	0.2	(0.10-0.9)	0.04*
	มากกว่า 30,000 บาท	170 (66.7)	85 (33.3)	1			38 (67.9)	18 (32.1)	1		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความเครียดและโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ; N (%)		ความเครียด		Adj. Odd ratio	(95% CI)	p-value	โรคซึมเศร้า		Adj. Odd ratio	(95% CI)	p-value
		ระดับปกติ (N=547)	ระดับสูง (N=251)				ไม่มี (N=109)	มี (N=49)			
ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน	มี	256 (63.2)	149 (36.8)	1.5	(1.0-2.1)	0.027*	60 (66.7)	30 (33.3)	1.4	(0.6-3.3)	0.497
	ไม่มี	291 (74.0)	102 (26.0)	1			49 (72.1)	19 (27.9)	1		
ปัจจัยด้านความก้าวหน้าของการทำงาน	มี	142 (64.0)	80 (36.0)	1.1	(0.8-1.6)	0.577	34 (69.4)	15 (30.6)	0.8	(0.3-2.0)	0.577
	ไม่มี	405 (70.3)	171 (29.7)	1			75 (68.8)	34 (31.2)	1		
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน	มี	66 (55.9)	52 (44.1)	1.5	(1.0-2.4)	0.066	19 (59.4)	13 (40.6)	1.8	(0.6-5.3)	0.267
	ไม่มี	481 (70.7)	199 (29.3)	1			90 (71.4)	36 (28.6)	1		
ปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	มี	258 (65.3)	137 (34.7)	1.2	(0.9-1.7)	0.216	65 (72.2)	25 (27.8)	0.8	(0.3-1.9)	0.580
	ไม่มี	289 (71.7)	114 (28.3)	1			44 (67.7)	24 (35.3)	1		
โสด	มี	82 (59.4)	56 (40.6)	1.1	(0.7-1.7)	0.715	21 (63.6)	12 (36.4)	1.3	(0.4-3.8)	0.630
	ไม่มี	465 (70.5)	195 (29.5)	1			88 (70.4)	37 (29.6)	1		
ปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้า	มี	90 (59.6)	61 (40.4)	1.2	(0.8-1.9)	0.282	26 (61.9)	16 (38.1)	2.8	(1.0-7.6)	0.047*
	ไม่มี	457 (70.6)	190 (29.4)	1			83 (71.6)	33 (28.4)	1		
ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน	มี	127 (56.4)	98 (43.6)	1.9	(1.3-2.7)	0.001*	41 (68.3)	19 (31.7)	1.2	(0.5-2.7)	0.748
	ไม่มี	420 (73.3)	153 (26.7)	1			68 (69.4)	30 (30.6)	1		
ปัจจัยด้านครอบครัว	มี	64 (58.7)	45 (41.3)	1.2	(0.8-2.0)	0.414	24 (70.6)	10 (29.4)	0.8	(0.3-2.2)	0.632
	ไม่มี	483 (70.1)	206 (29.9)	1			85 (68.5)	39 (31.5)	1		
ปัจจัยอื่นๆ	มี	12 (54.5)	10 (45.5)	1.8	(0.7-4.5)	0.242	4 (50.0)	4 (50.0)	2.2	(0.4-13.9)	0.390
	ไม่มี	535 (68.9)	241 (31.1)	1			105 (70.0)	45 (30.0)	1		

รองลงมามีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 27.8 และมีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 3.2 โดยไม่พบผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ดังตารางที่ 2

ปัจจัยทั่วไปที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและโรคซึมเศร้า พบว่าระยะเวลาในการทำงานที่น้อยกว่า 10 ปี มีความสัมพันธ์กับความเครียดมากกว่าคนที่ทำงานมากกว่า 10 ปี 1.6 เท่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 1.6, 95% CI 0.9-2.9, $p = 0.132$) ปัจจัยทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งงาน พบว่าตำแหน่งลูกจ้างมีแนวโน้มพบโรคซึมเศร้ามากกว่าตำแหน่งข้าราชการถึง 14.9 เท่า (adjusted OR 14.9, 95% CI 2.0-113.6, $p = 0.009$) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยด้านปัญหาต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน (adjusted OR 1.5, 95% CI 1.0-2.1, $p = 0.027$) และปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (adjusted OR 1.9, 95% CI 1.3-2.7, $p = 0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้า (adjusted OR 2.8, 95% CI 1.0-7.6, $p = 0.047$) ดังตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคซึมเศร้า พบว่าความเครียดระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 57.4, 95% CI 7.7-426.9, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน่านส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.6 รองลงมาที่มีความเครียดระดับสูงร้อยละ 29.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ และ ดุสิต จันทยานนท์⁶ ซึ่งศึกษาความเครียดในพยาบาลแผนกไอซียู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 43.75 และสอดคล้องกับการศึกษาของ โกคิน ศักดิ์รินกุลและคณะ⁹ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดระหว่างบุคลากรที่มีและไม่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงพบว่าบุคลากรส่วนมากมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.7 ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน เนื่องมาจากความใกล้เคียงกันในลักษณะประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลเป็นกลุ่มพยาบาล จึงอาจพบเจอความเครียดที่คล้ายกันส่งผลให้ระดับความเครียดที่พบสอดคล้องกัน

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดมากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะและภาระงานร้อยละ 50.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ¹⁰ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและการจัดการกับความเครียดในพยาบาล พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือปริมาณงานมาก คนทำงานน้อยและการศึกษาของ ภูษิตา อินทรประสงค์และคณะ¹¹ ที่ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือ พบว่าปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดจากภาระงานมากที่สุดคือปริมาณงานมาก เนื่องจากโรงพยาบาลน่านเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งเดียวที่รับรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 อำเภอ และจังหวัดน่านไม่มีโรงพยาบาลเอกชนช่วยแบ่งเบาภาระงาน จึงทำให้ภาระงานตกมา

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับโรคซึมเศร้า

ระดับความเครียด ; N (%)	โรคซึมเศร้า		Adj.Odd ratio*	(95% CI)	p-value
	ไม่มี (N=109)	มี (N=49)			
ความเครียดระดับสูง	59 (56.2)	46 (43.8)	57.4	(7.7-426.9)	<0.001
ความเครียดระดับปกติ	50 (94.3)	3 (5.7)	1		

* Analyzed by multivariate logistic regression, adjusted for all covariates (เพศ, อายุ, สถานภาพ, การศึกษา, ตำแหน่ง, หน่วยงาน, ลักษณะการทำงาน, ระยะเวลาการทำงาน, รายได้, ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด, ระดับความเครียด)

อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนานเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดจากเรื่องภาระงานได้ บั๊จยที่ส่งผลต่อความเครียดรองลงมา ได้แก่ บั๊จยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการร้อยละ 49.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Breakwell¹² พบว่าค่าตอบแทนต่ำเป็นหนึ่งในบั๊จยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากค่าตอบแทนและสวัสดิการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน การได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมจะเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กรปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและเต็มความสามารถ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรคงอยู่ในงาน¹³ ซึ่งค่าตอบแทนของข้าราชการหรือลูกจ้างค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่าครองชีพที่สูงขึ้น จึงส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้

ผลการศึกษาบั๊จยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q พบว่ามีเจ้าหน้าที่เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 165 คนคิดเป็นร้อยละ 20.7 ซึ่งพบมากกว่าการศึกษาของ อมรรรัตน์ ดันติพิทยพงศ์¹⁴ ที่ศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่ามีความทุกข์ของโรคซึมเศร้าร้อยละ 13.3 และเมื่อประเมินอาการโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 9Q พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีหรือมีอาการของโรคซึมเศวาระดับน้อยมากร้อยละ 69.0 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ อมรรรัตน์ ดันติพิทยพงศ์¹⁴ ที่พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิริราชเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีหรือมีอาการโรคซึมเศวาระดับน้อยมากร้อยละ 86 จากผลการศึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าสูงอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เพศ และวัย โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ช่วงวัยทำงานซึ่งสอดคล้องกับสถิติขององค์การอนามัยโลก² ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และพบมากในช่วงวัยทำงาน และช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเป็นช่วงที่เกิดโรคระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ จึงอาจส่งผลต่อความเครียดและอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ได้ดังที่มีการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสุรินทร์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโควิด-19 พบว่ามีระดับความซึมเศวาระน้อยและปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 35.75 และ 34.08 ในช่วงสัปดาห์แรกและลดลงในสัปดาห์ต่อมา¹⁵ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าสูงขึ้นได้ในช่วงเวลาดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งลูกจ้างและบั๊จยด้านพฤติกรรมภาวะของผู้นำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ศิริพร

จอมมงคล¹⁶ ที่ศึกษาระดับความเครียดและความทุกข์ของโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขุนตาล พบว่าบั๊จยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา สาเหตุที่ตำแหน่งลูกจ้างมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอาจเป็นเพราะว่าตำแหน่งลูกจ้างเป็นตำแหน่งที่ไม่มีความมั่นคง ทั้งในเรื่องการทำงาน รายได้ หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang, Kang, Lee, & Yoon¹⁷ ที่พบว่าคนงานที่ได้รับการจ้างงานที่ไม่มั่นคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับคนงานที่เป็นลูกจ้างประจำ และจากการศึกษาของ จันทรัตน์ เลิศทองไทย¹⁸ พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 15 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ และจากการศึกษาของ จีรพันธ์ บุญนาวา¹⁹ ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง พบว่าพนักงานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือมีความรู้สึกในด้านลบจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น รวมถึงภาระงานที่ได้รับมอบหมายที่มากและเมื่อมีความเครียด ความคับข้องใจ ความเหนื่อยล้า หรือความรู้สึกว่าไม่ได้รับความยุติธรรม อาจไม่สามารถที่จะพูดหรือบอกกล่าวได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มอาชีพที่ถูกมองว่าต้องทำตามคำสั่งเท่านั้น อาจทำให้คนที่ทำงานในตำแหน่งนี้รู้สึกไม่มีความสุขและสิ้นหวัง และนอกจากนี้ยังมีบั๊จยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Likert²⁰ Sullivan & Decker²¹ และ Erkutlu and Chafra²² คือพฤติกรรมของผู้นำที่แสดงออกมีผลต่อความเครียดโดยการศึกษาของ ภูษิตา อินทรประสงค์และคณะ¹¹ พบว่าภาวะผู้นำระบบบริหารแบบเผด็จการอย่างเมตตามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด เมื่อเทียบกับภาวะผู้นำระบบปรึกษาหารือหรือระบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความกลัว รู้สึกมีอิสระในการทำงานน้อย ต้องระมัดระวังตัว ขาดความรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน ไม่มีความพึงพอใจในงาน มีทัศนคติที่ไม่ดีกับงานและองค์กร ผลงานจึงออกมาไม่ดีทำให้ขาดความก้าวหน้าในงานไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานส่งผลให้เกิดความเครียดจากภาระงานตามมาได้ ซึ่งบุคลิกภาพและแนวทางการบริหารงานของหัวหน้าในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลนานก็มีลักษณะแตกต่างกัน ผู้นำบางคนมีบุคลิกแบบจริงจัง บางคนเป็นมิตรเป็นที่ปรึกษาได้ จึงส่งผลต่อบรรยากาศและความรู้สึก อารมณ์ และความเครียดของผู้ร่วมงานที่ต่างกันไป

และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับโรคซึมเศร้าพบว่าความเครียดระดับสูง มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 57.4, 95%CI 7.7 - 426.9, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Kim²³ ที่พบว่า การมีความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูงจะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าบุคคลที่มีความเครียดในระดับน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรยา งานวิวัฒน์ถาวร⁴ ที่ศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัดโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งพบว่าความเครียดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแพทย์ฝึกหัดที่มีความเครียดมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าร่วมด้วยถึง 2.5 เท่า ผลการศึกษาที่พบว่าความเครียดระดับสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูงถึง 57.4 เท่า อาจเกิดจากการศึกษานี้จัดทำในเจ้าหน้าที่ทุกระดับซึ่งเจ้าหน้าที่ดังกล่าวอาจมีปัญหาที่หลากหลายและการจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกันไป จึงมีโอกาสที่พบความเครียดหรือโรคซึมเศร้าได้มากกว่าการศึกษาที่ทำเฉพาะในกลุ่มแพทย์ฝึกหัด

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional จึงไม่สามารถบอกเรื่องสาเหตุและผลลัพธ์ได้เป็นการบอกเพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน และเครื่องมือคัดกรองแบบประเมินความเครียดสวนปรง-20, แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิตมีความสามารถจำกัด เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงแต่ไม่ใช่การวินิจฉัย รวมถึงการศึกษานี้มีอัตราการตอบกลับ 49.8% จึงอาจเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่บางส่วนมิใช่ทั้งหมด ควรเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไป

สรุป

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน่านส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน และปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ตำแหน่งงานและปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้า และพบว่าความเครียดระดับสูงมีความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การสนับสนุนให้มีการคัดกรองความเครียดในบุคลากรจึงมีความจำเป็นเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตทั้งความเครียดและโรคซึมเศร้า

ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน นอกจากนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญแก่หน่วยงาน และผู้บริหารให้ได้รับทราบถึงสถานการณ์ความเครียดและโรคซึมเศร้า รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณแพทย์หญิงสิริพร วงศ์วรไพบุลย์, แพทย์หญิงพงษ์สุธดา ป้องสีดา และคุณกนิษฐา เสาวลักษณ์ ที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ แก้ไข และให้คำปรึกษาตลอดการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Health Promotion Foundation [Internet]. 2018 Feb [cited 2021 Feb 20]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/content/40708>
2. Department of Mental Health [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 Feb 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
3. Gustavo E. Tafet, Charles B. Nemeroff. The links between stress and depression: Psychoneuroendocrinological, genetic, and environmental interactions. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2016; 28: 77-88.
4. Nganvivattavorn S, Khulasittijinda N. Stress and depression as a medical intern, Police General Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65:373-84.
5. Chuesathuchon N, Hengpraprom S. The prevalence of and factors associated with stress among medical interns in 2012. Journal of Health Systems Research 2014;8:176-86
6. Boonkiatcharoen V, Jantayanont D. Stress assessment of ICU nurses of Phramongkutklao Hospital. Royal Thai Army Medical Journal 2016;69:83-8.
7. Raungsrijan P, Suppakitiporn S. Stress of nurses, attitude for development to be a magnet hospital and factors associated with stress of registered nurses in private international hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2011;56:425-36.
8. Mahatnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. Bulletin of Suanprung 1997;13:1-20
9. Sakarinkul P, Jirapornchareon W. Comparison of stress between patient-care personnel and other personnel at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Lanna Public Health Journal 2006;2:190-7
10. Wattanakitkrileart D, Naksawasdi K, Cheewapoonphon C, Sattayawiwat W. Stress management and stress related factors in nurse. J Nurs Sci 2010;28:67-75.
11. Intaraprasong B, Wichiankanyarat P, Pattara-Archachai J, Muennuch C. Relationship between System 4 Management

- Leadership Styles of head nurses and job stress of registered nurses at the Northern District Hospitals. Journal of Public Health 2011; Special Issue on the 84th Birthday Celebration of King Bhumibol Adulyadej:38-51.
12. Breakwell GM. Are you stressed out? Am J Nurs Sci 1990; 9: 31-3.
 13. Pumfang S, Srisatidnarakul B. Factors of job stress for professional nurses in tertiary hospital. Kuakarun Journal of Nursing 2015;22:140-52.
 14. Tanthitippong A. Prevalence and predicting factors of depression and stress from work in Vachira Phuket Hospital's employees. Region 11 Medical Journal 2019;33:203-16.
 15. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65:400-8.
 16. Chommongkhon S. Stress and prevalence of depression among personnel in Khuntan Hospital, Khuntan district, Chiangrai, Thailand. Chiangrai Medical Journal 2021;13:72-89.
 17. Kang MY, Kang YJ, Lee W, Yoon JH. Does long-term experience of nonstandard employment increase the incidence of depression in the elderly? J Occup Health. 2016;58:247-54.
 18. Lertthongthai C. Depression and quality of life in chronic low back pain patients from orthopedic disease. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
 19. Bunnawa C. Prevalence of depression and related factors among enterprise employees aged 50 – 60 years, CAT Telecom Public Company Limited in Bangkok. Bangkok:Chulalongkorn University;2012
 20. Likert R. New patterns of management. New York: McGraw-Hill; 1961
 21. Sullivan EJ, Decker PJ. Effective management in nursing. 3rd ed. California: Addison-Wesley Publishing Company, Inc; 1992.
 22. Erkutlu VH, and Chafra J. Relationship between leadership power bases and job stress of subordinates: example from boutique hotels. Manag Res News 2006; 29:285–297
 23. Lee KJ, Kim JI. Relating factors for depression in Korean working women: Secondary analysis of the fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2015; 9: 265-70.

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลต้ง

นวน น ศิลบุตร

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลต้ง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลต้ง 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลต้ง

วิธีการศึกษา ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลต้ง กำหนดอายุ 18 ปีขึ้นไป ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 129 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกเวชระเบียน 3) แบบประเมินกลุ่มอาการนอนไม่หลับ 4) แบบประเมินกลุ่มอาการนอนหลับมาก 5) แบบประเมินคุณภาพการนอน 6) แบบประเมินกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Spearman's correlation matrix และ chi-square test

ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีที่ร้อยละ 53.5 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 31.8 มีอาการง่วงระหว่างวันระดับน้อยร้อยละ 7.8 และพบกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุขร้อยละ 7.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความเพียงพอของรายได้ ($P=.000$) ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ($P=0.011$) และประวัติการรับประทานยาทางจิตเวชโดยค่า ($P=.002$) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงระหว่างวันพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเบาหวาน ($P=.000$) และไขมันในเลือดสูง ($P=.012$) มีความสัมพันธ์กับอาการง่วงระหว่างวัน สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการขาอยู่ไม่สุข ทดสอบความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบเมตริกสหสัมพันธ์เพียร์แมน (Spearman's correlation matrix) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี

สรุป ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วม โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงระหว่างวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ซึ่งการทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำควรมีการคัดกรองเพื่อติดตามเรื่องคุณภาพการนอนเพื่อการจัดการปัญหาการนอนให้ผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น

คำสำคัญ คุณภาพการนอน นอนไม่หลับ อาการง่วงระหว่างวัน อาการขาอยู่ไม่สุข โรคหลอดเลือดสมอง

Corresponding author: นวน น ศิลบุตร

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลต้ง

E-mail: navamonsinlabud@gmail.com

วันรับ : 25 เมษายน 2565 วันแก้ไข : 9 กรกฎาคม 2565 วันตอบรับ : 12 กรกฎาคม 2565

Sleep Quality and Associated Factors of Patients with Cerebrovascular Disease in Trang Hospital

Navamon Sinlabud

Department of Psychiatry and Drug Dependence, Trang Hospital

ABSTRACT

Objectives: 1) To study sleep quality among patients with cerebrovascular disease at Trang Hospital. 2) To study factors associated with sleep quality of the patients in 1)

Methods: This research uses a cross-sectional survey method to study patients with cerebrovascular disease at Trang Hospital. The subjects are 129 outpatients of 18 and older at Trang hospital between December 2021 and February 2022. Research instruments are six documents consisting of personal information questionnaire, medical record, Insomnia Severity Index (Thai version), Epworth Sleepiness scale (Thai version), Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai version) and Restless Leg Syndrome questionnaire. All data collected are statistically assessed by using a chi-squared test and Spearman's correlation matrix.

Results: 53.5 percent of the test patients with cerebrovascular disease are poor sleep quality, about 31.8 percent has clinical insomnia, 7.8 percent suffers from mild excessive daytime sleepiness, and 7.8 percent are affected by restless leg syndrome. The three factors implicitly leading to poor sleep quality in the patients are socio-economic problem ($P < .001$), family history of psychiatric disease ($P = .011$) and history of psychiatric medication ($P = .002$). For excessive daytime sleepiness, it is mostly found in the patients with diabetes mellitus ($P = .000$) and dyslipidemia ($P = .012$). The Spearman's correlation matrix indicates that recurrence of cerebrovascular disease is associated with sleep quality.

Conclusion: Socio-economic problem, family history of psychiatric disease or history of psychiatric medication may cause poor sleep quality in patients with cerebrovascular disease. Furthermore, cerebrovascular disease patients with diabetes mellitus and dyslipidemia are prone to excessive daytime sleepiness. In reverse, poor sleep quality may result in recurrence of cerebrovascular disease. Knowing the aforementioned factors relevant to sleep quality is useful for monitoring in-patients with cerebrovascular disease. For those with recurrence of the disease, their sleep quality should be seriously investigated so as to detect their sleep problems more quickly.

Keywords: sleep quality, insomnia, excessive daytime sleepiness, restless leg syndrome, cerebrovascular disease

Corresponding author: Navamon Sinlabud

E-mail: navamonsinlabud@gmail.com

Received 25 April 2022 Revised 9 July 2022 Accepted 12 July 2022

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 และมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life-years: DALYs) เป็นอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2553 และยังคงมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง¹

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย²

สำหรับอุบัติการณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยยังไม่พบสถิติที่แน่ชัด แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีความทุกข์ของผู้ที่มีปัญหาการนอนอยู่ที่ร้อยละ 19.8-69 ขึ้นอยู่กับการใช้แบบทดสอบที่แตกต่างกัน³ และผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบแล้ว 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 44.2 มีการนอนหลับในช่วงกลางคืนไม่ดี ร้อยละ 14.4 มีการงีบหลับช่วงกลางวันมากเกินไป⁴ ร้อยละ 37.5 ถึง 56.7 มีอาการนอนไม่หลับ⁵ และจากงานวิจัย Laura Perez-Carbonell และคณะ พบว่าผู้ที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในส่วน Subcortical เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคชราอย่างไม่สุข⁶

โดยปัญหาการนอนหลับ (sleep disturbances) ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย คุณภาพชีวิต อารมณ์ ระดับการรู้คิด^{7,8} และทำให้มีการใช้ยานอนหลับมากเกินไป ความจำเป็น ร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 55 - 84 ปี มีการใช้ยานอนหลับหรือเครื่องดื่มนอนหลับอย่างน้อย 2-3 คืนต่อสัปดาห์ การใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) นอกจากนี้ยานอนหลับที่มากเกินไปก็ยังทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ทำให้ระดับการรู้คิดเสื่อมลง (impaired cognition) เกิดการพลัดตกหกล้ม ระดับความสามารถในการทำงานและการเข้าสังคมลดลง⁹ ดังนั้นการตระหนักและป้องกันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

จึงเป็นการลดการใช้ยานอนหลับที่มากเกินไปจนความจำเป็น และลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับยังส่งผลต่อโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยพบว่าปัญหาการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง⁹ ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัย Li-Jun Li และคณะ¹⁰ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในปีแรก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตราง เพื่อเป็นข้อมูลต่อการพัฒนาระบบการดูแลเรื่องคุณภาพการนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีรหัส ICD-10 อยู่ในช่วง I-60 ถึง I-69 กำหนดอายุ 18 ปีขึ้นไป มาติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตราง ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสืบค้นประวัติได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสูตร $n = z^2pq / d^2$ โดยใช้ความทุกข์ของการนอนหลับผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 69 อ้างอิงจากการศึกษาของ Satu Bayland และคณะ³ โดยมี acceptable error 0.08 คำนวณได้ 128.39 ซึ่งเก็บขนาดตัวอย่าง 129 คน

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตราง กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยแบบสอบถามการวิจัยมีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติ

การตีพิมพ์และสารเสพติด ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว และสุขภาพจิตและการนอน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเวชระเบียนโดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดเก็บ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาล ประกอบไปด้วยชนิดของโรคหลอดเลือดสมองและการกลับเป็นซ้ำ จาก ICD-10 ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม และประวัติ การรับประทุษร้ายทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ซึ่งวินิจฉัย จากแบบวัด Insomnia severity index ฉบับภาษาไทย ของพัทธิญา แก้วแพง¹¹ ซึ่งดัดแปลงมาจาก Insomnia Severity Index ใช้วัดอาการนอนไม่หลับประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยอาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (self-rated) แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้อง ภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.82 การคิดคะแนน การรวมคะแนน ทุกข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 4 ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามี อาการนอนไม่หลับ ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งตามคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระยะเริ่มแรก (8 - 14) ปานกลาง (15 - 21) และ รุนแรง (22 - 28)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการนอนหลับมาก ซึ่ง วินิจฉัยจากแบบวัดอาการง่วงระหว่างวัน Epworth Sleepiness scale (Johns, 1991) ฉบับภาษาไทยโดย รศ.นพ.วิชัย บรรณศิริ¹² ใช้วัดอาการง่วงระหว่างวันประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 คิดคะแนนโดยคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวม 24 คะแนน โดยความง่วงระดับปกติเท่ากับ 0 - 10 คะแนน มากกว่า 10 คะแนน ถือว่ามีความง่วงมากกว่าปกติ โดยความง่วงระดับน้อยเท่ากับ 11 - 15 คะแนน ความง่วงระดับมาก มากกว่า 15 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการนอน ซึ่งวินิจฉัย จากแบบวัด Pittsburgh Sleep Quality Index ฉบับภาษาไทย ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และคณะ¹³ ซึ่ง ดัดแปลงมาจาก Pittsburgh Sleep Quality Index ใช้วัดคุณภาพ การนอนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยอาสาสมัคร เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและ ความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.837 และค่า Spearman's correlation coefficient อยู่ที่ 0.89 มีค่า sensitivity 77.78% และ specificity 93.33% คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อ

มารวมกัน โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 เทียบความรุนแรงตาม ค่าคะแนน โดยตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีคุณภาพการนอนไม่ดี

ส่วนที่ 6 แบบประเมินกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข ประเมิน จากการซักถามอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย 4 ข้อ ดังนี้ 1) มีการ ขยับขาเนื่องจากมีความไม่สุขสบาย เช่น รู้สึกขยับขยับเหมือนมีอะไร ใต้ที่ขา ปวด แสบ เหมือนถูกไฟช็อต กล้ามเนื้อกระตุก 2) อาการ จะเกิดขึ้นขณะพักหรืออยู่เฉยๆ ในขณะนอนหรือนั่ง 3) อาการจะดี ขึ้นเมื่อได้ขยับขา เปลี่ยนท่าทาง หรือเดิน 4) อาการมักเกิดขึ้นหรือ แยกช่วงเย็นหรือกลางคืน¹⁴ โดยให้ตอบมีหรือไม่มี ถ้ามีอาการ ครบเกณฑ์การวินิจฉัยทั้ง 4 ข้อ แสดงว่ามีอาการขาอยู่ไม่สุข แบบประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Window นำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่ม อาการนอนไม่หลับ กลุ่มอาการนอนหลับมาก คุณภาพการนอน และกลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยแยกเป็น บ้างจายแต่ละด้านและเปรียบเทียบบ้างจายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ นอนไม่หลับ กลุ่มอาการนอนหลับมาก คุณภาพการนอน และกลุ่ม อาการขาอยู่ไม่สุข โดยใช้ chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ อาการนอนไม่หลับ อาการง่วงระหว่างวัน คุณภาพการนอน และอาการขาอยู่ไม่สุข ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบ ของเมตริกสหสัมพันธ์เพียร์แมน (Spearman's correlation matrix)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละด้านบ้างจายส่วนบุคคลในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง

บ้างจาย	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	58.1
หญิง	54	41.9
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 46 ปี	10	7.8
46 - 60 ปี	47	36.4
มากกว่า 60 ปี	72	55.8
Mean = 60.56, S.D. = 9.80, Min = 32, Max = 84		

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	12	9.3
สมรส	86	66.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	31	24.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	28.7
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	22	17.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	9.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	29	22.5
เกษตรกรรม/ปศุสัตว์/ประมง	7	5.4
อื่นๆ	22	17.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	74	57.4
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	31	24.0
เป็นหนี้	24	18.6
สถานะทางการเงิน ภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น		
ไม่มี	80	62.0
พ่อ แม่	9	7.0
ญาติพี่น้อง	6	4.7
บุตร	34	26.4
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคยใช้	119	92.2
เคยใช้	10	7.8
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์		
ไม่เคยดื่ม	62	48.1
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	55	42.6
ยังคงใช้อยู่	12	9.3
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ		
ไม่เคยดื่ม	19	14.7
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	38	29.5
ยังคงใช้อยู่	58	45.0

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่ ชีการ์ หรือยาเส้น		
ไม่เคยใช้	83	64.3
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	30	23.3
ยังคงใช้อยู่	13	10.1
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	122	94.6
มีคนในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช	7	5.4
สุขลักษณะการนอน		
เข้านอนและตื่นเวลาเดิมทุกวัน	106	82.2
ดื่มชา กาแฟ 4 - 6 ชม. ก่อนนอน	27	20.9
สูบบุหรี่ 4 - 6 ชม. ก่อนนอน	14	10.9
ออกกำลังกาย 4 ชม. ก่อนนอน	16	12.4
มีกิจกรรมที่กระตุ้นร่างกายและจิตใจในช่วงเวลาใกล้นอน เช่น ฟังเพลง เสียงดัง ชมภาพยนตร์ที่ตื่นเต้น	24	18.6
รับประทานอาหารมื้อใหญ่หรือปล่อยให้หิวจัดช่วงก่อนนอน	15	11.6
ห้องนอนมีแสง เสียง รบกวน	30	23.3
ใช้เตียงในการทำกิจกรรมอย่างอื่น ที่นอกเหนือจากการนอน และกิจกรรมทางเพศ	8	6.2
งีบหลับระหว่างวันมากกว่า 1 ชั่วโมง	37	28.7

จากตารางที่ 1 ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 55.8 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 60.6 ปี ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเพียงพอของรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 57.4 สถานะทางการเงินไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้อื่น ร้อยละ 62.0 สำหรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ไม่เคยใช้ ร้อยละ 92.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 48.1 ไม่เคยใช้บุหรี่ ชีการ์ ยาเส้น ร้อยละ 64.3 แต่ยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ร้อยละ 45.0

สุขลักษณะการนอนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลตรัง สามอันดับแรกที่พบบ่อย ร้อยละ 82.2 เข้านอนและตื่นเวลาเดิมทุกวัน มีพฤติกรรมงีบหลับระหว่างวันมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 28.7 และห้องนอนมีแสง เสียงรบกวน ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ

จากตารางที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดร้อยละ 95.3 และมีโรคหลอดเลือดสมองชนิดกลับเป็นซ้ำร้อยละ 9.3 โดยระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 - 12 เดือน ร้อยละ 62.0 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.7 โรคอื่นๆ ร้อยละ 38.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.1 ซึ่งร้อยละ 77.5 ไม่มีประวัติรับยาทางจิตเวช

จากตารางที่ 3 แสดงการนอนหลับผิดปกติแบบต่างๆ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีที่ร้อยละ 53.5 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 31.8 โดยมีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มแรกร้อยละ 19.4 และมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง ร้อยละ 1.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการง่วงระหว่างวันอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 92.2 มีอาการง่วงระดับน้อยร้อยละ 7.8 และส่วนใหญ่ไม่พบอาการชาอยู่ไม่สุขร้อยละ 92.2

จากตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบเมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix) โดยพิจารณาว่า r หากค่า r มีค่าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันระดับสูง แต่หากค่า r เข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ หรือไม่มีแสดงถึงการมีความสัมพันธ์กัน จากตารางที่ 5 สรุปได้ดังนี้

1. พบว่าโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง ($r=-0.400$) และมีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ($r=-0.563$)
2. พบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ($r=0.192$)
3. พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ($r=0.626$) และมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับอาการชาอยู่ไม่สุข ($r=0.220$)
4. พบว่าคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับอาการชาอยู่ไม่สุข ($r=0.270$)

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับชนิดต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลตรัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ 1) ความเพียงพอของรายได้ ($P<.001$) 2) ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ($P=.011$) และ 3) ประวัติการรับประทานยาทางจิตเวช ($P=.002$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นนี้จะมีคุณภาพ

การนอนไม่เต็มที่มากที่สุดร้อยละ 91.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคนในครอบครัว มีประวัติโรคทางจิตเวชจะมีคุณภาพการนอนไม่ดียุทธยละ 100 และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติการรับประทานยาทางจิตเวชจะมีคุณภาพการนอนไม่ดียุทธยละ 79.3

ความเพียงพอของรายได้ ($P<.001$) และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ($P=.021$) มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงระหว่างวัน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเบาหวาน ($P<.001$) และไขมันในเลือดสูง ($P=.012$) มีความสัมพันธ์กับอาการง่วงระหว่างวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศ ($P=.011$) มีความสัมพันธ์กับอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีที่ร้อยละ 53.5 อาการนอนไม่หลับร้อยละ 31.8 สอดคล้องกับงานวิจัย Satu Beyland และคณะ³ ที่พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 19.8 ถึงร้อยละ 69 โดยความแตกต่างของความชุกขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจและเครื่องมือที่ใช้คัดกรองสำหรับอาการง่วงระหว่างวัน พบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัยพบอาการง่วงระหว่างวันระดับน้อยร้อยละ 7.8 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัย Laura Perez-Carbonell และคณะ⁶ พบความชุกของอาการง่วงระหว่างวันร้อยละ 10.5 ทางด้านกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุข ผู้เข้าร่วมวิจัยพบอาการชาอยู่ไม่สุขร้อยละ 7.8 สอดคล้องกับงานวิจัย Laura Perez-Carbonell และคณะ⁶ ที่พบความชุกของกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 12 โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นตำแหน่งของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วน Subcortical มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุข ซึ่งในงานวิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลในด้านตำแหน่งของรอยโรคหลอดเลือดสมอง

ทางด้านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอาการนอนไม่หลับ อาการง่วงระหว่างวัน คุณภาพการนอน และอาการชาอยู่ไม่สุข ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของ

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละด้านปัจจัยสุขภาพจากเวชระเบียนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง

ปัจจัยสุขภาพ	ความถี่	ร้อยละ
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด	123	95.3
โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง	1	0.8
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	12	9.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)		
1 - 12 เดือน	80	62.0
13 - 24 เดือน	23	17.8
มากกว่า 24 เดือน	26	20.2
Mean = 18.12, S.D. = 20.23, Min = 1, Max = 120		
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	77	59.7
เบาหวาน	22	17.1
ไขมันในเลือดสูง	34	26.4
อื่นๆ	49	38.7
ประวัติการรับประทานยาทางจิตเวช		
รับยาทางจิตเวช	29	22.5
ไม่รับยาทางจิตเวช	100	77.5

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มอาการนอนหลับผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มอาการนอนหลับผิดปกติ	ความถี่	ร้อยละ	Mean	S.D.
คุณภาพการนอน			6.15	4.267
คุณภาพการนอนปกติ	60	46.5		
คุณภาพการนอนไม่ดี	69	53.5		
อาการนอนไม่หลับ			5.66	5.740
อาการนอนหลับปกติ	88	68.2		
มีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มแรก	25	19.4		
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	16	12.4		
อาการง่วงระหว่างวัน			2.71	3.652
อาการง่วงระดับปกติ	119	92.2		
อาการง่วงระดับน้อย	10	7.8		
อาการขอยุ่ไม่สุข			7.60	1.155
ไม่พบอาการขอยุ่ไม่สุข	119	92.2		
อาการขอยุ่ไม่สุข	10	7.8		

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอาการอาการนอนไม่หลับ อาการร่งง่วงระหว่างวัน คุณภาพการนอน และอาการขาอยู่ไม่สุข ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix)

ตัวแปร	โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด	โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง	โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	อาการนอนไม่หลับ	อาการร่งง่วงระหว่างวัน	คุณภาพการนอน	อาการขาอยู่ไม่สุข
โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด	1.000						
โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง	-0.400**	1.000					
โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ	-0.563**	-0.028	1.000				
อาการนอนไม่หลับ	-0.124	-0.059	0.099	1.000			
อาการร่งง่วงระหว่างวัน	0.064	-0.026	-0.093	0.059	1.000		
คุณภาพการนอน	-0.132	-0.095	0.192*	0.626**	-0.020	1.000	
อาการขาอยู่ไม่สุข	0.064	-0.026	0.007	0.220*	0.024	0.270**	1.000

*Correlation is significant at p-value <= 0.05, **Correlation is significant at p-value <= 0.01

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการร่งง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ดี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
เพศ																
ชาย	53 (70.7)	22 (29.3)	0.496	.481	70 (93.3)	5 (6.7)	0.295	.587	40 (53.3)	35 (46.7)	3.351	.067	73 (97.3)	2 (2.7)	6.479	.011*
หญิง	35 (64.8)	19 (35.2)			49 (90.7)	5 (9.3)			20 (37.0)	34 (63.0)			46 (85.2)	8 (14.8)		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ดี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
อายุ (ปี)																
< 46 ปี	5 (50.0)	5 (50.0)	3.979	.137	10 (100.0)	0	0.912	.634	2 (20.0)	8 (80.0)	4.258	.119	9 (90.0)	1 (10.0)	0.228	.892
46 - 60 ปี	29 (61.7)	18 (38.3)			43 (91.5)	4 (8.5)			20 (42.6)	27 (57.4)			44 (93.6)	3 (6.4)		
มากกว่า 60 ปี	54 (75.0)	18 (25.0)			66 (91.7)	6 (8.3)			38 (52.8)	34 (47.2)			66 (91.7)	6 (8.3)		
สถานภาพสมรส																
โสด	8 (66.7)	4 (33.3)	0.304	.859	11 (91.7)	1 (8.3)	1.183	.554	5 (41.7)	7 (58.3)	0.183	.913	11 (91.7)	1 (8.3)	1.608	.448
สมรส	60 (69.8)	26 (30.2)			78 (90.7)	8 (9.3)			41 (47.7)	45 (52.3)			81 (94.2)	5 (5.8)		
หม้าย/หย่า	20 (64.5)	11 (35.5)			30 (96.8)	1 (3.2)			14 (45.2)	17 (54.8)			27 (87.1)	4 (12.9)		
อาชีพ																
ไม่มี	24 (64.9)	13 (35.1)	0.269	.604	32 (86.5)	5 (13.5)	2.408	.121	13 (35.1)	24 (64.9)	2.699	.100	33 (89.2)	4 (10.8)	0.679	.410
ประกอบอาชีพ	64 (69.6)	28 (30.4)			119 (94.6)	10 (5.4)			47 (51.1)	45 (48.9)			86 (93.5)	6 (6.5)		
ความเพียงพอของรายได้																
เพียงพอ เหลือเก็บ	63 (85.1)	11 (14.9)	28.123	0.000**	67 (90.5)	7 (9.5)	0.806	0.668	47 (63.5)	27 (36.5)	24.175	<.001**	71 (95.9)	3 (4.1)	3.322	.190
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	18 (58.1)	13 (41.9)			29 (93.5)	2 (6.5)			11 (35.5)	20 (64.5)			27 (87.1)	4 (12.9)		
เป็นหนี้	7 (29.2)	17 (70.8)			23 (95.8)	1 (4.2)			2 (8.3)	22 (91.7)			21 (87.5)	3 (12.5)		
สถานะทางการเงิน																
ไม่มี	56 (70.0)	24 (30.0)	1.608	0.657	72 (90.0)	8 (10.0)	3.089	0.378	40 (50.0)	40 (50.0)	4.63	.201	72 (90.0)	8 (10.0)	3.089	.378
พอ แม่	7 (77.8)	2 (22.2)			9 (100.0)	0			6 (66.7)	3 (33.3)			9 (100)	0		
ญาติพี่น้อง	3 (50.0)	3 (50.0)			5 (83.3)	1 (16.7)			3 (50.0)	3 (50.0)			5 (83.3)	1 (16.7)		
บุตร	22 (64.7)	12 (35.3)			33 (97.1)	1 (2.9)			11 (32.4)	23 (67.6)			33 (97.1)	1 (2.9)		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ดี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
การใช้สารเสพติด																
ไม่เคยใช้	83 (69.7)	36 (30.3)	1.659	.198	109 (91.6)	10 (8.4)	0.911	.340	57 (47.9)	62 (52.1)	1.188	.276	110 (92.4)	9 (7.6)	0.077	.782
เคยใช้	5 (50.0)	5 (50.0)			10 (100.0)	0			3 (30.0)	7 (70.0)			9 (90.0)	1 (10.0)		
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์																
ไม่เคยดื่ม	39 (62.9)	23 (37.1)	1.837	.399	57 (91.9)	5 (8.1)	0.032	.984	25 (40.3)	37 (59.7)	1.867	.393	55 (88.7)	7 (11.3)	2.394	.302
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	41 (74.5)	14 (25.5)			51 (92.7)	4 (7.3)			29 (52.7)	26 (47.3)			53 (96.4)	2 (3.6)		
ยังคงใช้อยู่	8 (66.7)	4 (33.3)			11 (91.7)	1 (8.3)			6 (50.0)	6 (50.0)			11 (91.7)	1 (8.3)		
เครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน																
ไม่เคยดื่ม	11 (57.9)	8 (42.1)	6.586	.086	19 (100.0)	0	3.216	.359	7 (36.8)	12 (63.2)	6.118	.106	17 (89.5)	2 (10.5)	0.602	.896
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	30 (78.9)	8 (21.1)			33 (86.8)	5 (13.2)			24 (63.2)	14 (36.8)			36 (94.7)	2 (5.3)		
ยังคงใช้อยู่	35 (60.3)	23 (39.7)			54 (93.1)	4 (6.9)			23 (39.7)	35 (60.3)			53 (91.4)	5 (8.6)		
ติดเครื่องดื่มคาเฟอีน	12 (85.7)	2 (14.3)			13 (92.9)	1 (7.1)			6 (42.9)	8 (57.1)			13 (92.9)	1 (7.1)		
การสูบบุหรี่ ซิกาแรต หรือยาเส้น																
ไม่เคยใช้	57 (68.7)	26 (31.3)	3.918	.270	77 (92.8)	6 (7.2)	0.496	.920	39 (47.0)	44 (53)	5.155	.161	75 (90.4)	8 (9.6)	4.245	.236
เคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้	23 (76.7)	7 (23.3)			27 (90.0)	3 (10.0)			17 (56.7)	13 (43.3)			30 (100)	0		
ยังคงใช้อยู่	6 (46.2)	7 (53.8)			12 (92.3)	1 (7.7)			4 (30.8)	9 (69.2)			11 (84.6)	2 (15.4)		
ติดบุหรี่/ซิกาแรต/ยาเส้น	2 (66.7)	1 (33.3)			3 (100.0)	0			0	3 (100)			3 (100)	0		

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ (n=129) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการนอนไม่หลับ				อาการง่วงระหว่างวัน				คุณภาพการนอน				อาการขาอยู่ไม่สุข			
	ปกติ n (%)	นอนไม่หลับ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	มีอาการ n (%)	χ^2	p-value	ปกติ n (%)	ไม่ดี n (%)	χ^2	p-value	ไม่พบอาการ n (%)	พบอาการ n (%)	χ^2	p-value
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว																
ไม่มี	86 (70.5)	36 (29.5)	5.366	.021*	112 (91.8)	10 (8.2)	0.622	.430	60 (56.7)	62 (65.3)	6.436	.011*	113 (92.6)	9 (7.4)	0.442	.506
มี	2 (28.6)	5 (71.4)			7 (100.0)	0			0	7 (100)			6 (85.7)	1 (14.3)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)																
1 - 12 เดือน	52 (65.0)	28 (35.0)	1.009	.604	73 (91.3)	7 (8.8)	0.695	.707	37 (46.3)	43 (53.8)	2.580	.275	72 (90.0)	8 (10.0)	2.498	.287
13 - 24 เดือน	17 (73.9)	6 (26.1)			21 (91.3)	2 (8.7)			8 (34.8)	15 (65.2)			23 (100.0)	0		
>24 เดือน	19 (73.1)	7 (26.9)			25 (96.2)	1 (3.8)			15 (57.7)	11 (42.3)			24 (92.3)	2 (7.7)		
โรคร่วม																
ความดันโลหิตสูง	51 (66.2)	26 (33.8)	0.347	.556	69 (89.6)	8 (10.4)	1.858	.173	34 (44.20)	43 (55.80)	0.426	.514	70 (90.9)	7 (9.1)	0.479	.489
เบาหวาน	12 (54.5)	10 (45.5)	2.287	.130	15 (68.2)	7 (31.8)	21.482	<.001**	8 (36.4)	14 (63.6)	1.098	.295	19 (86.4)	3 (13.6)	1.284	.257
ไขมันในเลือดสูง	20 (58.8)	14 (41.2)	1.879	.170	28 (82.4)	6 (17.6)	6.321	.012*	15 (41.1)	19 (55.9)	0.106	.744	29 (85.3)	5 (14.7)	3.122	.077
ประวัติการรับประทานยาจิตเวช																
รับยา	19 (65.5)	10 (34.5)	0.126	.723	27 (93.1)	2 (6.9)	0.038	.845	6 (20.7)	23 (79.3)	10.026	.002**	26 (89.7)	3 (10.3)	0.352	.553
ไม่รับยา	69 (69.0)	31 (31.0)			92 (92.0)	8 (8.0)			54 (54.0)	46 (46.0)			93 (93.0)	7 (7.0)		

*p-value ≤ 0.05, **p-value ≤ 0.01

เมตริกสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation matrix) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีนั้น สัมพันธ์กับงานวิจัย Li-Jun Li และคณะ¹⁰ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มอัตราการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในปีแรกด้วย

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับแบบต่างๆ พบว่าความเพียงพอของรายได้และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นหนี้ จะมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุดร้อยละ 70.8 และมีคุณภาพการนอนไม่ดีมากที่สุดร้อยละ 91.7 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Martica Hall และคณะ¹⁵ สำรวจผู้สูงอายุที่มีอายุ 61 - 85 ปี พบว่าผู้ที่มีปัญหาความเครียดเรื่องเศรษฐกิจจะมีปัญหาด้านการนอนโดยจะใช้เวลา นานกว่าจะหลับและมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งจากงานวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 55.8) ซึ่งมีอายุ โดยรวมใกล้เคียงกับงานวิจัยดังกล่าว และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kirsi M Talala และคณะ¹⁶ พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีอาการนอนไม่หลับมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง ซึ่งสาเหตุอาจจะเป็นจากระดับความเครียดทางด้านเศรษฐกิจที่มากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากขึ้น แต่ไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวจะมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 71.4 ซึ่งไม่ได้มีการกล่าวถึงปัจจัยด้านนี้ในงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีงานวิจัยของ Simon Beaulieu-Bonneau และคณะ¹⁷ พบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวโดยเฉพาะมารดามีอาการนอนไม่หลับจะมีโอกาสมีอาการนอนไม่หลับด้วย

ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงง่วงระหว่างวัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงง่วงระหว่างวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Parvel Siarnik และคณะ¹⁸ พบว่ากลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุข ค่าดัชนีมวลกายที่มากและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงง่วงระหว่างวัน โดยสาเหตุที่โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงง่วงระหว่างวันอาจจะอธิบายได้จาก

2 สาเหตุ คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า¹⁹ ซึ่งจากงานวิจัยโรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงง่วงระหว่างวัน²⁰ 2) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักจะมีมีความสัมพันธ์กับความอ้วนโดยกลไก adipose tissue ในคนอ้วนจะหลั่ง nonesterify fatty acids (NEFAs) ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน²¹ ซึ่งความอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับภาวะง่วงง่วงระหว่างวันโดยไม่จำเป็นต้องมีภาวะนอนไม่หลับจากความผิดปกติของการหายใจ²² แต่จากงานวิจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับโรคไขมันในเลือดสูง ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์กับอาการชาอยู่ไม่สุขในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงจะมีอาการชาอยู่ไม่สุขร้อยละ 14.8 มากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพศชาย จะมีอาการชาอยู่ไม่สุขร้อยละ 2.7 ซึ่งสอดคล้องกับ Klass Burger และคณะ²³ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขในประชากรทั่วไปมีประมาณร้อยละ 10.6 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัย และพบว่าเพศหญิงจะมีความชุกมากกว่าเพศชายสองเท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบกลุ่มอาการชาอยู่ไม่สุขในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายซึ่งสัมพันธ์ความชุกของตัวโรค แต่ไม่ได้มีการกล่าวถึงในประชากรเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตามปัจจัยทางด้านการใช้ยาจิตเวชกับอาการนอนไม่หลับยังต้องมีการศึกษากันไป

ข้อจำกัด

1. การศึกษานานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) จึงไม่สามารถระบุถึง Causal relationship ได้ จึงควรมีการศึกษานานวิจัยในระยะยาวต่อไป
2. การวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลต้งเท่านั้น ยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรโรคหลอดเลือดสมองแห่งอื่นๆ
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ดัชนีมวลกาย ตำแหน่งรอยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและยาที่ผู้ป่วยใช้ และชนิดของโรคทางจิตเวชที่มีผลกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาปัจจัยและสาเหตุอื่นๆ ของปัญหาการนอนเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลต้งส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดีขึ้นร้อยละ 53.5 ซึ่งปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีโรคร่วมโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการง่วงง่ายระหว่างวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกกับคุณภาพการนอน

เอกสารอ้างอิง

- Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global Burden of Diseases, Injuries, and risk factors study 2010 (GBD 2010) and the GBD stroke experts group. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2014; 383:245-54.
- Division of Non- Communicable Disease [Internet]. 2019 [Cited 2022 Jan 20]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619>.
- Baylan S, Griffiths S, Grant N, Broomfield NB, Evans JJ, Gardani M. Incidence and prevalence of post-stroke insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2020;49:101222.
- Suh M, Choi-Kwon S, Kim JS. Sleep disturbances at 3 months after cerebral infarction. *Eur Neurol* 2016;75(1-2):75-81.
- Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Insomnia in ischemic stroke patients. *Cerebrovasc Dis* 2002;14(2):90-7.
- Perez-Carbonell L, Bahie S. Narrative review of sleep and stroke. *J Thoracic Dis* 2020; 12(Suppl 2): S176-190.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry Eleventh edition: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- Assantachai P, Aekplakorn W, Pattara-Archachai J, Porapakkham Y. Factors associated with insomnia in older people with a mild to moderate degree of poor cognitive ability in Thailand. *Geriatr Gerontol Int* 2011; 11: 16-23.
- Gao B, Cam E, Jaeger H, Zunzunegui C, Samthein J, Bassetti CL. Sleep disruption aggravates focal cerebral ischemia in the rat. *Sleep* 2010; 33: 879-87.
- Li L-J, Yang Y, Guan BY, Chen Q, Wang A-Z, Wang Y-J, et al. Insomnia is associated with increased mortality in patients with first-ever stroke: a 6-year follow-up in a Chinese cohort study. *Stroke Vasc Neurol* 2018; 3: 197-202.
- Kaewpang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2004.
- Banhiran W, Assanasen P, Nopmaneejumruslers C, Metheetrainut C. Epworth sleepiness scale in obstructive sleep disordered breathing: the reliability and validity of the Thai version. *Sleep and Breathing* 2011; 15: 571-7.
- Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 1997; 42: 123-32.
- Richard PA, Daniel P, Wayne AH, Claudia T, Arthur SW, Jacques M. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. *Sleep Medicine* 2003; 4: 101-119.
- Hall M, Buysse DJ, Nofzinger EA, Retnolds CF, Thomson W, Mazumda S, et al. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. *Biol Psychol* 2008; 77: 217-22.
- Talala KM, Martelin TP, Haukkala AH, Härkänen TT, Prättälä RS. Socio-economic differences in self-reported insomnia and stress in Finland from 1979 to 2002: a population-based repeated cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 650.
- Beaulieu-Bonneau S, LeBlanc M, Mérette C, Dauvilliers Y, Morin CM. The family history of insomnia in a population-based sample. *Sleep* 2007; 30: 1739-45.
- Siarnik P, Klobucnikova K, Surda P, Putala M, Sutovsky S, Kollar B, et al. Excessive daytime sleepiness in acute ischemic stroke: association with restless legs syndrome, diabetes mellitus, obesity, and sleep-disordered breathing. *J Clin Sleep Med* 2018; 14: 95-100.
- Badescu SV, Tataru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zagrean AM, Zagrean L. The association between diabetes mellitus and depression. *J Med Life* 2016; 9: 120-5.
- Medeiros C, Bruin V, Ferrer B, Paiva T, Montenegro RJ, Forti A, et al. Excessive daytime sleepiness in type 2 diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2013; 57: 425-30.
- Al-Goblan S, Al-Alfi MA, Khan MZ. Mechanism linking diabetes mellitus and obesity. *Diabetes Metab Dyn Dr Obes* 2014; 7: 587-91.
- Resta O, Foschino BM, Bonfatto P, Giliberti T, Depalo A, Pannacciulli N, et al. Low sleep quality and daytime sleepiness in obese patients without obstructive sleep apnoea syndrome. *J Intern Med* 2003; 253: 536-43.
- Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004; 164: 196-202.

การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทาง การปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

อาณัติ เพ็ชรสมสืบ*, อรพรรณ สุนทวง*, ชุศรี โพธิ์สูง**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนากลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว 2) พัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผ่านการประเมินและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - กันยายน 2563

ผลการศึกษา พบว่า 1) ครอบครัวยังขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัด การให้บริการยังไม่มีกำหนดแนวทางที่ชัดเจน ให้บริการแยกตามวิชาชีพ 2) รูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วย การให้บริการบำบัดรายครอบครัวจำนวน 6 Session สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีทีมผู้บำบัดประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วย Session 1 ฐานอารมณ์เศร้าและความสัมพันธ์ในครอบครัว Session 2 ค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้า Session 3 ฐานทัศนคติที่บิดเบือนและความขัดแย้งในครอบครัว Session 4 พิสูจน์ความคิด Session 5 พัฒนาทักษะปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว และ Session 6 ตั้งเป้าหมายและสิ้นสุดการบำบัด 3) ผลลัพธ์การดำเนินการ พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 5 คน และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้ง 5 ครอบครัว

สรุป การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาให้เกิดรูปแบบบริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ จึงมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ควรมีการทำการวิจัยเชิงทดลองต่อ เพื่อให้สามารถแสดงถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามหลังการบำบัดระยะยาวมากขึ้น

คำสำคัญ ครอบครัวบำบัด การปรับความคิดและพฤติกรรม โรคซึมเศร้า

Corresponding author: นพ.อาณัติ เพ็ชรสมสืบ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

E-mail: purmnut@gmail.com

วันรับ : 25 สิงหาคม 2564 วันแก้ไข : 8 กุมภาพันธ์ 2565 วันตอบรับ : 12 พฤษภาคม 2565

Development Cognitive Behavior Family Therapy by a Multidisciplinary Team in Depressive Patient with Family Relationship Problems at Roi-Et Hospital

Arnut Purmtummasin*, Orapun Suntuang*, Chusri Phosung**

*Department of Psychiatry and Drug Dependence Roi-Et Hospital

**Department Social Work Roi-Et Hospital

ABSTRACT

Objective: To develop Cognitive Behavior Family Therapy in depressive patients with family relationship problems by a multidisciplinary team in Roi-et Hospital.

Methods: This is a research and development study. The research sample group was a multidisciplinary team of depressive patients and their families. The study was divided into 3 phases: Phase 1 studied the situation of Cognitive Behavior Family Therapy in patients with depressive disorder. Phase 2 was the development of Cognitive Behavior Family Therapy by a multidisciplinary team in depressive patients with family relationship problems. Phase 3 was the study of the outcomes of Cognitive Behavior Family Therapy by a multidisciplinary team. The research instrument was Cognitive Behavior Family Therapy. The researchers were trained and experienced in family therapy and CBT. The instrument was assessed and received feedback from family therapy and CBT specialists. Experts determined the validity of content. The tools used to collect data included: a group discussion questionnaire, the 9-question Depression Symptom Scale and the Family Relationship Assessment Scale. The data was collected between December 2019 and September 2020.

Results: 1) It was found that the families still lack participation in the therapy. There were no clear guidelines for the service provision. The service was separated by profession. 2) The service model consisted of six weekly sessions with three therapists, including a psychiatrist, a psychiatric nurse, and social workers. The first session was about understanding depression and family relationships. The second session was about finding and analyzing dysfunctional thinking and family relationships that affect depressed mood. The third session was about recognizing dysfunctional thinking and family conflict. The fourth session was thought-checking. The fifth session was to develop skills to modify dysfunctional thinking and positive communication in the family. The sixth session was goal setting and ends therapy. 3) The results showed that after the treatment, all 5 depressive patients had no depression and the family relationship scores of the depressive patients and their families were good in all 5 families.

Conclusion: This research focuses on the process of developing a Cognitive Behavior Family Therapy clinic by a multidisciplinary team. Therefore, there is a limit on the number of samples. Quasi-experimental research should be continued to be able to demonstrate the effectiveness of therapy more clearly, and there should be much greater long-term follow-up after therapy.

Keywords: Family therapy, Cognitive Behavior Therapy, Depression

Corresponding author: Arnut Purmtummasin

E-mail: purmnut@gmail.com

Received 25 August 2021 Revised 8 February 2022 Accepted 12 May 20

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สมาธิและการตัดสินใจแย่ลง มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจนอาจมีการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายได้ ถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การอนามัยโลก¹ ได้คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่อาจนำความสูญเสียทั้งทางด้านสุขภาพมาเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าอาจขึ้นมาเป็นอันดับที่ 1 สำหรับในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมที่มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นจำนวน 920,314, 1,040,346 และ 1,129,777 คน ตามลำดับ² ส่วนในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมที่มาใช้บริการจำนวน 20,043, 21,094 และ 22,714 คน ตามลำดับ³ แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความรุนแรงและทวีจำนวนมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

โรคซึมเศร้าเป็นผลมาจากการบิดเบือนทางความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงไปทางลบ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าคุณรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิด และแนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าอธิบายว่าสาเหตุภาวะซึมเศร้าเกิดจากภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ คือ 1) ต่อตนเอง 2) ต่อโลก 3) ต่ออนาคต ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าหมอง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวัง^{4,5}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี พบว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างกว้างขวางทั่วโลก โดยได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลายและพบว่าลดอาการซึมเศร้าได้⁶⁻⁹

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดรายกลุ่ม โดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม และได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะซึมเศร้า

พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด¹⁰ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการบำบัดยังมีค่อนข้างน้อย และยังไม่มีกรให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทบาทของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิต ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ โรคทางจิตเวชส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุทางพันธุกรรม แต่สาเหตุอีกส่วนหนึ่งมาจากครอบครัวที่ไม่มีคุณภาพ การทำครอบครัวบำบัดจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมครอบครัวให้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเติบโตและงอกงามได้เต็มศักยภาพ¹¹ ถึงแม้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่กลับถูกนำไปใช้ในการทำครอบครัวบำบัดไม่มากนัก¹² ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม มองว่าปัญหาพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของบริบทครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ฉะนั้นปัญหาไม่ได้ถูกมองว่าเกิดขึ้นจากสมาชิกคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากความไม่สมดุลบางอย่างของกลไกของครอบครัว และจุดเด่นชัดของการทำครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม คือ พื้นฐานของความไม่สมดุลจากรูปแบบความคิดที่เป็นพยาธิสภาพและไม่สมเหตุสมผล^{12,13} จากการรวบรวมการวิจัยที่ใช้ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ พบว่ามีการใช้ครอบครัวบำบัดที่เด็กมีปัญหาความประพฤติ ความวิตกกังวลในเด็ก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าสามารถช่วยแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้¹⁴⁻¹⁶ แต่การศึกษาในกลุ่มโรคซึมเศร้าในประเทศไทยในเรื่องการใช้ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมยังมีจำกัด ที่มศึกษาจึงเห็นความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จึงต้องการให้เกิดพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยให้ทีมสหวิชาชีพขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัว บำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัว บำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การให้บริการครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV และ 3) ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ กลุ่มที่ 1 บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 18 - 59 ปี ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป และพบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.60 และกลุ่มที่ 3 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัว บำบัด ตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹⁷ มีคำถาม 9 ข้อ เป็นการประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์ให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการเลย = 0 มีบางวันไม่บ่อย = 1 มีค่อนข้างบ่อย = 2 มีเกือบทุกวัน = 3 มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย จุฑาพร อินทสิทธิ์¹⁸ มีทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ คือ ด้านความรักและห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี = 1.00 - 1.79 ค่อนข้างไม่ดี = 1.80 - 2.59 ปานกลาง = 2.60 - 3.39 ค่อนข้างดี = 3.40 - 4.19 และดี = 4.25 - 5.00 คะแนนรวมที่มากแสดงว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

4. โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้ร่วมพัฒนาจากการทบทวนศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวบำบัด และการบำบัดด้วยแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาเนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงใดๆ

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของจุฑาพร อินทสิทธิ์ ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาเนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงใดๆ

4. โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ ผศ.นพ.ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร และ ผศ.ดร.เชาวนีย์ ล่องชุมผล และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัด รศ.พญ.นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการทบทวนข้อมูลย้อนหลังและการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 13 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2562 - ธันวาคม 2562

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้ครอบครัวบำบัดและการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอในทีมผู้ร่วมวิจัยและได้สนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดแนวทางและคู่มือสำหรับผู้บำบัดและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2563 - เดือนพฤษภาคม 2563

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ โดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนน > 15) และได้รับการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวด้วยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหาสัมพันธภาพในระดับตั้งแต่ค่อนข้างไม่ดี (คะแนน < 2.60) ที่มารับบริการ

ในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2563 - พฤษภาคม 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 5 ครอบครัว

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 051/2561 กลุ่มตัวอย่างทุกรายยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ข้อมูลทั่วไป

ทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 4 คน พยาบาลจิตเวช 5 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 4 คน โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.9 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี ร้อยละ 46.1 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.6 การศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 53.9 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 21 - 30 ปี ร้อยละ 61.5

2. สรุปสถานการณ์การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม

ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ไม่มาตามนัดหมาย ไม่เห็นความสำคัญในการเข้าร่วมการบำบัด การให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดยังไม่มี การให้บริการที่กำหนดแนวทางที่ชัดเจน จะให้บริการแยกตามวิชาชีพที่ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการ การให้บริการครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ทีมสหวิชาชีพมองว่าเป็นปัญหาที่ยุ้งยากซับซ้อนควรมีการพัฒนา และให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ

ทีมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้นำทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมของ Beck⁵ การบำบัดที่เน้นการปรับแก้ความคิดที่

บิดเบือน ร่วมกับแนวคิด Structural Family Therapy^{19,20} การบำบัดที่เน้นการทำความเข้าใจบริบทรูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยย่อยของสมาชิกในครอบครัวมาผสานเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม โดยการบำบัดเน้นที่การประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยย่อยของสมาชิกในครอบครัวร่วมกับค้นหาความคิดที่บิดเบือน และช่วยจัดโครงสร้างระบบครอบครัวใหม่โดยช่วยปรับกฎของครอบครัวให้เกิดความเหมาะสม สร้างระบบปฏิสัมพันธ์เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการสื่อสาร ขอบเขตระบบย่อยภายในโครงสร้างครอบครัวให้เกิดความเหมาะสม ปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลตามความเป็นจริง ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง กำหนดให้มีการให้บริการรายครอบครัว จำนวน 6 Session ใช้ระยะเวลา Session ละ 45 - 60 นาที ทุก 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ โดยมีทีมผู้บำบัด 3 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์เป็นผู้บำบัดหลัก พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ช่วยผู้บำบัด และนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้สังเกตการณ์กระบวนการบำบัดและร่วมให้ข้อเสนอแนะช่วงท้ายของการบำบัด รายละเอียดแต่ละ Session ประกอบด้วย Session 1 รู้ทันอารมณ์เศร้าและความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพและสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมใดบ้างของสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวห่างเหินกันหรือใกล้ชิดกันหรือก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัวจากประสบการณ์ของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว Session 2 ค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้าเป็นกิจกรรมช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถประเมินความคิดที่บิดเบือนและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ส่งผลต่ออารมณ์เศร้าของผู้ป่วย และเชื่อมโยงไปสู่ความรู้เรื่องการบำบัดโดยใช้ Cognitive model Session 3 รู้เท่าทันความคิดที่บิดเบือนและความขัดแย้งในครอบครัว เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละคนได้เรียนรู้ที่จะปรับความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมของตนเอง และเพิ่มศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติด้านลบและผลเสียจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ Session 4 พิสูจน์ความคิด เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถ Identify และ evaluate ความคิด ความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ Session 5 พัฒนากลยุทธ์ปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและการสื่อสารเชิงบวกใน

ครอบครัว เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถค้นหาสมมติฐานที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและทดสอบความคิดความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ และสามารถเรียนรู้และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอารมณ์เศร้าได้ และ Session 6 ตั้งเป้าหมายและสิ้นสุดการบำบัด เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเรียนรู้ที่จะปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเองและเพิ่มศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ เพิ่มความเข้มแข็งของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว และมีแนวทางจัดการกับปัญหาได้เมื่อสิ้นสุดการบำบัด

ตอนที่ 3 ผลลัพธ์การให้บริการครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 5 ราย พบว่าสถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิงทุกคนอายุอยู่ในช่วง 18 - 28 ปี ร้อยละ 80 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 80 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 80 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 121 - 180 วัน ร้อยละ 80 ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด

ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 ครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว 8 คน พบว่าส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 - 3 คน ร้อยละ 80 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวที่มีพ่อ แม่ และมีลูก 1 - 2 คน ร้อยละ 80 มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 80 สถานภาพในครอบครัวส่วนมากเป็นมารดา ร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 อายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ร้อยละ 90 การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 62.5 ทุกคนสถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย ร้อยละ 62.5 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด

2. ผลการประเมิน

2.1 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง 3 คน และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 2 คน และเมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังจากการบำบัด พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 5 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัด

ผู้ป่วยในครอบครัวที่	คะแนนภาวะซึมเศร้า			
	ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ
1	18	ปานกลาง	4	ไม่มีอาการ
2	26	รุนแรง	3	ไม่มีอาการ
3	16	ปานกลาง	4	ไม่มีอาการ
4	25	รุนแรง	4	ไม่มีอาการ
5	26	รุนแรง	3	ไม่มีอาการ

2.2 ผลการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการบำบัด อยู่ในระดับไม่ดี ทั้ง 5 คน หลังการบำบัดคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีทั้ง 5 คน และในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าสมาชิกในครอบครัวก่อนการบำบัดมีค่า

คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 ครอบครัว และอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี จำนวน 1 ครอบครัว หลังการบำบัดสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดี ทั้ง 5 ครอบครัว รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวก่อนและหลังการบำบัด

ครอบครัวที่	สมาชิกในครอบครัว	คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว			
		ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ
1	ผู้ป่วย	1.67	ไม่ดี	4.63	ดี
	บิดา	2.56	ค่อนข้างไม่ดี	4.45	ดี
	มารดา	2.56	ค่อนข้างไม่ดี	4.45	ดี
2	ผู้ป่วย	1.55	ไม่ดี	4.55	ดี
	บิดา	2.75	ปานกลาง	4.55	ดี
	มารดา	2.75	ปานกลาง	4.55	ดี
3	ผู้ป่วย	1.79	ไม่ดี	4.65	ดี
	มารดา	2.89	ปานกลาง	4.65	ดี
4	ผู้ป่วย	1.79	ไม่ดี	4.63	ดี
	บิดา	2.65	ปานกลาง	4.63	ดี
	มารดา	2.65	ปานกลาง	4.63	ดี
5	ผู้ป่วย	1.67	ไม่ดี	4.55	ดี
	สามี	2.89	ปานกลาง	4.35	ดี

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ ผลการวิจัยได้รูปแบบแนวทางการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และนำไปทดลองใช้ ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนไม่มีภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นถึงการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ เป็นวิธีการบำบัดหนึ่งที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ ส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้ร่วมกันประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้ค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือน ได้รู้เท่าทันความคิดที่บิดเบือนและปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ได้ร่วมกันเรียนรู้ความคิดอัตโนมัติด้านลบและผลเสียจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ และร่วมกันพิสูจน์ความคิดความเชื่อของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวสามารถ Identify และ evaluate ความคิด ความเชื่อที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยได้ รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้เรียนรู้ที่จะปรับความคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมของตนเอง และร่วมกันพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ดีขึ้น โดยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 5 ราย ก่อนการบำบัดผู้ป่วยรู้สึกตัวคนเดียว ไม่มีความคิดที่ไม่มีใครๆ ในครอบครัวรักตัวเอง ไม่มีใครในครอบครัวให้ความสนใจ ใส่ใจปัญหาที่ตนเองต้องเผชิญอยู่คนเดียว และคนในครอบครัวไม่เข้าใจ และสมาชิกในครอบครัวทั้ง 5 ครอบครัว ก่อนการบำบัดมองว่าปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นภาวะอ่อนแอ เป็นคนไม่สู้กับชีวิต เป็นคนเกียจคร้านการทำงาน รับรู้และคิดว่าผู้ป่วยทำตัวเอง ในครอบครัวมีการใช้การสื่อสารกันด้วยคำพูดที่รุนแรง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วย หลังการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการมองปัญหาขึ้นใหม่ รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวต้องหารายได้มาจุนเจือในครอบครัวทำให้เวลาในครอบครัวต้องเจอกันน้อยลง รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น จากการสังเกตการณ์แสดงอารมณ์ คำพูด

มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดีขึ้น สังเกตจากสีหน้า รอยยิ้ม เสียงหัวเราะ รู้จักการควบคุมอารมณ์ การแสดงออกทางคำพูดที่เป็นทางบวกมากขึ้น รู้จักแสดงความห่วงใยสมาชิกในครอบครัว และมีการให้กำลังใจกันและกัน การแสดงออกทางพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและมีสมาธิในช่วงการบำบัดมากขึ้น ในช่วงตั้งแต่ Session ที่ 3 เป็นต้นมา และรู้จักยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ดีขึ้น และจากการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวหลังเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัวมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้นทั้ง 5 ครอบครัว ซึ่งอธิบายได้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การบำบัดทั้งครอบครัวเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้ร่วมประเมินความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อความห่างเหินกันในครอบครัว หรือจากประสบการณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้ปัญหาของกันและกันในช่วงการบำบัด และพบว่าทั้ง 5 ครอบครัว ก่อนการบำบัดคะแนนด้านการพักผ่อนหย่อนใจในครอบครัวต่ำกว่าทุกด้าน สมาชิกในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ทำหน้าที่การงานของตนเองมากกว่าใส่ใจสมาชิกในครอบครัว ทำให้ไม่รู้ถึงความรู้สึกอารมณ์เศร้าของผู้ป่วย การแสดงออกด้านความรักและห่วงใยกันเป็นคะแนนลดลงลำดับรองลงมา หลังการบำบัดด้วยโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยพบว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านความรักและห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีตามมา สมาชิกในครอบครัวทั้ง 5 ครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยว่าอาการของภาวะซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่ต้องให้ความรักความเข้าใจ มีการปรับวิธีการสื่อสารเชิงบวกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้ลดแรงปะทะที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ถึงพลังความรักระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ในช่วงเื่องการบำบัดช่วงท้ายๆ จะมีการนั่งใกล้ชิดกันมากขึ้น มีการแสดงออกโดยการโอบกอดกัน มีสีหน้าที่สดชื่น ยิ้มแย้ม ครอบครัวสามารถแสดงความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรักที่มีในตัวผู้ป่วย

สรุป

การศึกษาค้นคว้าพบว่าโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวทางกาปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวได้ แต่ควรทำการศึกษากิ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากพอที่จะแสดงและเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามหลังการบำบัดระยะยาวมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.2019.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2021. Bangkok.
3. Roi-et hospital, Ministry of Public Health. Annual report 2021. Roi-et.
4. Beck T. Depression: Causes and treatment (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press. 2009.
5. Beck T. Cognitive behavioral therapy: Basic and beyond. (2nded). New York: The Guilford press; 2011.
6. Jeerasup N, Dukhawaha S, Saguanrum K, Kenbabpha K, Dit-ung H. Development and test effectiveness of a school-based cognitive behavioral group therapy for depression in adolescents. J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65: 47-62.
7. Palee A. Effects of brief cognitive behavioral therapy program for patients with major depressive disorders receiving services in the adult psychiatric ward, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. APPJ 2021; 37(3): 190-201.
8. Yokchoo B. Effectiveness of implementing the Cognitive Behavior Therapy Multi-Channel Program among persons with major depressive disorder, Bannadoem hospital, Suratthani Province. Region 11 Medical Journal 2022;35(1):98-113.
9. Idsoe T, Keles S, Olseth A, Ogden T. Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: results from a cluster randomized controlled trial of a group course. BMC Psychiatry 2019; 19: 155-65.
10. Purmtummasin A. The factors influencing to level depression of depressive disorder in Roi-et Hospital. Mahasarakham Hospital Journal 2019; 13(2): 87-96.
11. Trangkasombat U. Family therapy and family counseling. 5th Edition Bangkok: Santa Print. 2001.
12. Kaewsawang T, Rungwittayanuwat P. Cognitive behavior family therapy: review article. Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn 2020; 15(1): 1-17.
13. Friedberg D. Cognitive-behavioral approach to family therapy. J Contemp Psychother 2006; 36(4): 159-165.
14. Patterson T. A cognitive behavioral systems approach to family therapy. J Fam Psychother 2014; 25(2): 132-44.
15. Asarnow R, Hughes J, Babeva N, Sugar C. A cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56(6): 506-14.
16. Kaslow N, Broth R, Smith O, Collins M. Family-based interventions for child and adolescent disorders. J Marital Fam Ther 2012; 38: 82-100.
17. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpempoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai Central Dialect. J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63: 321-34.
18. Intasithi J. Family relationship and attitude toward pregnancy of pregnant women with nausea and vomiting. Master. Nursing Science (Maternal and Child Nursing). Mahidol University. Bangkok (Thailand). Graduate School. 2002.
19. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University; 1974.
20. Lang A. Family structure, family functioning, and well-being in adolescence: A multidimensional approach. Int. J Human Soc 2018; 8(2), 24-31.

การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต

นรกัษ ชาติบัญชาชัย^{* **}, พงศ์พิสุทธิ พูนสวัสดิ์พงศ์^{*}, นิรมล พัจนสุนทร^{* **}, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม^{* **}

^{*}ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^{**}กลุ่มวิจัยสุขภาพสมองและจิตใจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทกับผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึกลี้ภัยตราบาป

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561 - กุมภาพันธ์ 2562 จำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวทั่วไป ร่วมกับแบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (ฉบับภาษาไทย) และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ independent-sample t-test หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้ตราบาปโดยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถอธิบายความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาปได้โดย multiple logistic regression

ผลการศึกษา คะแนนการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มโรคทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย 2.42 ± 0.29 คะแนน และกลุ่มโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย 2.39 ± 0.32 คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.64$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการรับรู้ตราบาปในระดับที่ต่ำได้แก่ การมีคู่สมรสในปัจจุบัน ($p = 0.03$) และกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุมากกว่า 40 ปี) ($p = 0.04$) แต่จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพบว่า การมีคู่สมรสในปัจจุบันเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถอธิบายความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$)

สรุป ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาป โดยมีการรับรู้ตราบาปที่อยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการมีคู่สมรสในปัจจุบัน และกลุ่มผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อย่างไรก็ตามการมีคู่สมรสในปัจจุบันเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถอธิบายความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาปได้

คำสำคัญ ตราบาป โรคจิตเภท โรคทางอารมณ์

Corresponding author: นรกัษ ชาติบัญชาชัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Email: nararo@kku.ac.th

วันรับ : 21 กุมภาพันธ์ 2565 วันแก้ไข : 23 มิถุนายน 2565 วันตอบรับ : 23 มิถุนายน 2565

Perceived Stigma in Patients with Schizophrenia Spectrum and Mood Disorders without Psychotic Symptoms

Narak Chadbanchachai^{* **}, Phongpisut Poonsawatphong^{*}, Niramorn Patchanasunthorn^{* **},
Kusalaporn Chaiudomsom^{* **}

^{*}Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

^{**}Brain and Mental Health Research Group, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: To compare perceived stigma level between patients with schizophrenic spectrum and mood disorders without psychotic symptoms, and to explore the factors associated with stigma level.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. The data were collected from July 2018 to February 2019 among 30 patients with schizophrenia and 30 patients with mood disorders without psychotic symptoms. All the patients were interviewed by demographic data record form and Internalized Stigma of mental illness scale (Thai version) then the difference in stigma level was analyzed by independent-sample t-test and the associated factors were analyzed by Chi-square and multiple logistic regression.

Results: The stigma level between both groups was in low level. The stigma level in the mood disorder group was 2.42 ± 0.29 and 2.39 ± 0.32 in the patient with schizophrenia group, which was not statistically significant ($p = 0.64$). The associated factor with low stigma level were living with spouse ($p = 0.03$) and age older than 40 years ($p = 0.04$), multiple logistic regression found that the only significant variable was marital status ($p = 0.04$).

Conclusion: The stigma level between schizophrenia spectrum and mood disorders without psychotic symptoms were not different. Low stigma level was associated with older age and living with spouse, and living with spouse was the only significant factor from the regression model.

Keywords: mood disorders, schizophrenia, stigma

บทนำ

โรคจิตเวชจำนวนหนึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคทางอารมณ์ (Mood disorders) อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงบริการสำหรับโรคทางจิตเวชนั้นยังค่อนข้างต่ำ โดยอาจมีผู้ป่วยไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่เข้ารับการรักษ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการก่อให้เกิดช่องว่างการเข้าถึงการรักษา (treatment gap) คือการรับรู้ตราบาป (stigma)¹ การรับรู้ตราบาปในตัวผู้ป่วยเอง และการถูกตีตราจากสังคม สัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการและการตัดสินใจเข้ารับการรักษ² ประชากรทั่วไปยังมีความเข้าใจผิดต่อสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวชโดยส่วนใหญ่มองว่าเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียด หรือเกิดจากลักษณะนิสัยที่ไม่ดีของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้อิทธิพลจากครอบครัว สื่อ และการศึกษา ก็มีส่วนในการสร้างทัศนคติเกี่ยวกับมุมมองต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช³ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นเด็กและวัยรุ่นพบว่าเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มารับการรักษา ซึ่งหากผู้ปกครองมีความเข้าใจและมีมุมมองที่ดีต่อโรคทางจิตเวชก็จะส่งผลดีในการลดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยกลุ่มนี้⁴ การศึกษาในภูมิภาคเอเชียยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมักจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ก้าวร้าวและอันตราย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว⁵ นอกจากนี้การเกิดเหตุอาชญากรรมจากผู้ป่วยจิตเวชเองยังส่งต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวช และทำให้เกิดวาทกรรมที่แสดงถึงการตีตรากล่าวโทษตามมา⁶ การที่ประชากรส่วนใหญ่ยังมีมุมมองด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวชนั้น ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งการรับรู้ตราบาปที่สูงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาทำหน้าที่ตามเดิมได้น้อยลง⁷ ทำให้เกิดผลกระทบต่องานตามมา เช่น ส่งผลกระทบต่อการผลิตของประเทศ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียรายได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ก็ยังก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การรับบริการพื้นฐานในสังคม และทำให้เกิดข้อจำกัดทางสังคมตามมาอีกหลายอย่าง เช่น การหาสถานศึกษา การหางาน การหาที่อยู่อาศัยที่ยากลำบากขึ้น และการไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องพยายามปิดบังอาการของตนเองและนำไปสู่การไม่ได้เข้าถึงการบริการในที่สุด^{8,9}

ดังที่กล่าวมาข้างต้น การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบต่องานจิตเวชในหลายด้าน และการศึกษาเรื่องการรับรู้ตราบาปในไทยนั้นยังมีไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อ

ทั้งตัวผู้ป่วยและสังคมค่อนข้างมาก⁹ การศึกษาก่อนหน้านี้ในไทยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแตกต่างของการรับรู้ตราบาป ได้แก่ กลุ่มโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย โดยพบว่าการรับรู้ตราบาปของกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวล (anxiety disorders) นั้นน้อยกว่าโรคทางจิตเวชกลุ่มที่มีอาการโรคจิต (psychotic symptoms)¹⁰ ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาระดับการรับรู้ตราบาปภายในใจของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระดับการรับรู้ตราบาป โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อขยายต่อการพัฒนาการบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะการตระหนักถึงการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยและการดำเนินงานเพื่อลดตราบาป (destigmatization) ได้ต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีและประชากร

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 - 26 กรกฎาคม 2561 การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE611063 โดยโครงการได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร (ECKKU-Waiver of Consent)

การศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคจิตเภท (Schizophrenia spectrum) รหัส F20 และกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorders) รหัส F31 และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) รหัส F32 ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิต (Mood disorders with psychotic features) จากเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 หรือ DSM-5 (2) อายุมากกว่า 18 ปี (3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกดังต่อไปนี้ (1) มีอาการของโรครุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนหรือต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (2) มีความพิการของรูปลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจน (3) มีการรับรู้ผิดปกติกี่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร ทั้งนี้เกณฑ์การคัดออกในผู้ที่มีความพิการของรูปลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจนเนื่องจากมีการศึกษาก่อนหน้า¹¹ พบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการของรูปลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจนอย่าง leprosy นั้น ส่งผลกระทบต่อค่าคะแนนได้มาก

เครื่องมือ

1. แบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai Version) แบบวัดนี้มีทั้งหมด 29 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของบุคคลนั้น โดยให้เลือกระดับเป็น Likert scale แบบ 1 – 4 โดย 0 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคำถามทั้ง 29 ข้อสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (Alienation) (2) การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบเหมารวม/การมีอคติ (Stereotype Endorsement) (3) ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination Experience) (4) การแยกตนเองออกจากสังคม (Social Withdrawal) (5) ความต้านทานต่อการรับรู้ตราบาป (Stigma Resistance) ซึ่งแบบวัดนี้ถูกแปลออกเป็นหลายภาษา^{11,12} รวมถึงแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยที่สูง (content validity = 0.86 – 1, Cronbach alpha for scale reliability = 0.88)¹³
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีงานทำ การมีรายได้เป็นของตนเอง และบันทึกโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัย ได้แก่ โรคจิตเภท และโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิต

ขนาดตัวอย่างในงานวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การคำนวณความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (mean) ระหว่างกลุ่มประชากรที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (independent sample) เพื่อทดสอบสมมติฐานว่าระดับการรับรู้ตราบาปของประชากร 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สูตรการคำนวณคือ $n = 2\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2 / d^2$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และ power $(1-\beta)$ ที่ 80% อ้างอิงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนจาก 2 การศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้ตราบาปของกลุ่มโรคจิตเภทที่ 2.08 และกลุ่มโรคจิตกึ่งวลที่ 2.46 โดยความแปรปรวนของระดับตราบาปคือ 0.47^{14,15} ดังนั้นจึงแทนค่าในสมการได้ดังนี้

$$n = \frac{2(0.47)^2(0.84+1.96)^2}{(2.46+2.08)^2}$$

จากการคำนวณจะได้ = 24.64 และคำนวณโดยเผื่อการ dropout ไว้ที่ 10% จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นกลุ่มละ 30 ราย โดยเป็นจำนวนรวมทั้งหมด 60 ราย สำหรับทั้งการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ความแตกต่างค่าการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มด้วย independent-sample t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับการรับรู้ตราบาปโดยใช้ Pearson Chi-Square และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วย multiple logistic regression โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics v.27 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

จากประชากรทั้งหมด 60 ราย เป็นเพศชาย 28 ราย (46.7%) และเพศหญิง 32 ราย (53.3%) โดยมีผู้สมรสในปัจจุบัน 15 ราย (25%) และไม่มีผู้สมรสในปัจจุบัน 45 ราย (75%) ดังตารางที่ 1

พบว่าลักษณะทางสังคมประชากรและการเจ็บป่วยทางจิต พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาสาสมัครที่เข้าร่วมงานวิจัยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทเท่ากับที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคทางอารมณ์ โดยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางอารมณ์ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 20 ราย (ร้อยละ 33.3) ระดับการรับรู้ตราบาปโดยรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.4 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.3)

ความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มอาสาสมัคร ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับระดับการรับรู้ตราบาป

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับการรับรู้ตราบาประหว่างกลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ โดยใช้สถิติ independent-sample t-test พบว่าระดับการรับรู้ตราบาปในกลุ่มโรคทางอารมณ์เฉลี่ยอยู่ที่ 2.42 ± 0.29 และระดับการรับรู้ตราบาปของกลุ่มโรคจิตเภทอยู่ที่ 2.39 ± 0.32 โดยระดับการรับรู้ตราบาปในสองกลุ่มโรคนี้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = 0.47, p = 0.64$)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มในกลุ่มที่มีระดับการรับรู้ตราบาปต่ำและระดับการรับรู้ตราบาปสูง พบว่าตัวแปรช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.02, df = 1, p = 0.045$) โดยกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายส่วนใหญ่จะมีระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมประชากรและการเจ็บป่วยทางจิต

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	28 (46.7)
หญิง	32 (53.3)
อายุ	
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 18 - 40 ปี)	28 (46.7)
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุมากกว่า 40 ปี)	32 (53.3)
สถานภาพสมรส	
มีคู่สมรสในปัจจุบัน	15 (25)
ไม่มีคู่สมรสในปัจจุบัน	45 (75)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	26 (43.3)
สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	34 (56.7)
อาชีพ	
ปัจจุบันประกอบอาชีพ	50 (83.3)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณอายุ	10 (16.7)
ราชการ	
รายได้	
น้อยกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัว	36 (60)
มากกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัว	24 (40)
(อ้างอิงรายได้ประชาชาติต่อหัวเท่ากับ 11,230 บาท)	
การใช้สารเสพติด	
ใช้	6 (10)
ไม่ใช้	54 (90)
การวินิจฉัยโรค	
โรคจิตเภท	30 (50)
โรคทางอารมณ์	30 (50)
โรคอารมณ์สองขั้ว	10 (16.7)
โรคซึมเศร้า	20 (33.3)

(75%) และตัวแปรสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($\chi^2 = 4.69$, $df=1$, $p=0.03$) โดยกลุ่มที่มีคู่สมรสในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีระดับการรับรู้ตราบาปที่ต่ำ (86.7%) ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาป

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับระดับการรับรู้ตราบาป ได้ทำการเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรสมาใส่ในสมการ และวิเคราะห์ logistic regression โดยใช้ตัวแปรแบบถอยหลัง (stepwise backward) พบว่าเมื่อใส่ปัจจัย 2 ตัวในสมการ ปัจจัยทั้ง 2 ตัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการอธิบายระดับการรับรู้ตราบาป แต่เมื่อถอดตัวแปรช่วงอายุออก สถานภาพสมรสจะเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสมการนี้มีค่า $R = 0.157$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีคู่สมรสในปัจจุบันทำให้เกิดการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ตราบาประหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคทางอารมณ์

การศึกษานี้พบว่าระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ที่เปรียบเทียบระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคทางอารมณ์ และกลุ่มโรคระบบประสาท ซึ่งสรุปผลว่าไม่พบความแตกต่างกันของระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม¹⁶ และระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับต่ำนั้น เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาอื่นที่ทำในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายกลุ่มโรคทั้งในไทย⁹ และในต่างประเทศ¹⁶⁻¹⁸ รวมไปถึงการศึกษาที่ทำการสำรวจระดับการรับรู้ตราบาปเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท^{14,19-22} และเฉพาะผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว²³ ด้วย ทั้งนี้ผลของระดับการรับรู้ตราบาปที่สอดคล้องกันนั้น อาจเป็นผลมาจากเครื่องมือที่ใช้ศึกษา โดยการศึกษาส่วนใหญ่รวมถึงการศึกษานี้ใช้เครื่องมือแบบวัดการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)) รวมไปถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในด้านอื่นๆ ซึ่งปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ (functioning level) ศาสนา หรือวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลต่างๆ ข้างต้น จึงอาจต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับระดับการรับรู้การบำบัด

ตัวแปรเชิงกลุ่ม	ระดับการรับรู้การบำบัด		χ^2	df	P
	ต่ำ (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)			
เพศหญิง	18 (56.3)	14 (43.8)	1.48	1	0.22
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย	24 (75)	8 (25)	4.02	1	0.05*
มีคู่สมรสในปัจจุบัน	13 (86.7)	2 (13.3)	4.69	1	0.03*
ปัจจุบันประกอบอาชีพ	32 (64)	18 (36)	0.06	1	0.81
การศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	19 (55.9)	15 (44.1)	1.88	1	0.17
รายได้มากกว่ารายได้ประชาชาติต่อหัว	18 (75)	6 (25)	2.34	1	0.13
ไม่ใช้สารเสพติด	34 (63)	20 (37)	0.03	1	0.89
โรคทางอารมณ์	18 (60)	12 (40)	0.29	1	0.59

*p < 0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายระดับการรับรู้การบำบัด

ปัจจัยทำนาย	β	df	p-value	95%CI
ค่าคงที่	1.426	1	0.141	
สถานภาพสมรส	-1.649	1	0.044	0.39 - 0.95

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้การบำบัด

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้การบำบัด ได้แก่ สถานภาพสมรสและช่วงอายุ ดังตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{19,24,25} ที่พบว่าผู้มีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้การบำบัดที่ต่ำ มีบางการศึกษาที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ส่งผลต่อระดับการรับรู้การบำบัด²⁵ โดยการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการป่วยเป็นภาระจะส่งผลต่อระดับการรับรู้การบำบัดของผู้ป่วยบางการศึกษาไม่พบความเกี่ยวข้องกันระหว่างการมีคู่สมรสและระดับการรับรู้การบำบัด²⁶ โดยอาจเกิดจากที่งานวิจัยดังกล่าวใช้แบบวัดระดับการรับรู้การบำบัดที่ต่างกับแบบวัดที่ใช้ในการศึกษานี้ โดยเป็นแบบวัดที่ชื่อ perceived discrimination and devaluation scale และมีบางการศึกษาที่ระดับช่วงอายุ มีผลต่อระดับการรับรู้การบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ แต่พบว่าระดับการรับรู้การบำบัดในงานวิจัยข้างต้นดังกล่าว

มีความสัมพันธ์กับแต่ละช่วงอายุที่หลากหลายแตกต่างกันตามพื้นที่ที่ทำการศึกษา

แม้ว่าจะมีการศึกษาอื่นที่พบว่ายังมีอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้การบำบัด เช่น การมีอาชีพ^{9,17,18,21} มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี¹⁷ และระดับการศึกษา^{8,19,21} แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้กลับไม่พบว่าปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวนั้นส่งผลต่อระดับการรับรู้การบำบัดของผู้ป่วยแต่อย่างใด จากการศึกษาก่อนหน้า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ดีกว่า หรือมีรายได้เป็นของตนเองจะมีการรับรู้การบำบัดที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีความภาคภูมิใจในตนเอง^{10,27}

อย่างไรก็ตามความแตกต่างในผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้การบำบัดของการศึกษานี้เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้า อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การจำแนกกลุ่มประชากร เช่น การแบ่งช่วงอายุ และการแบ่งระดับการศึกษา ซึ่งมี

ความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ลักษณะทั่วไปของประชากรในการศึกษานี้ที่มีความแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ประกอบอาชีพ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และส่วนใหญ่ไม่มีคู่สมรสในปัจจุบัน รวมไปถึงการเลือกใช้เครื่องมือในการวัดระดับการรับรู้ต่อตราใบ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยบางอย่างที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับการรับรู้ตราใบได้ เช่น เขตที่อยู่อาศัย¹⁹ จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน²⁹ และประเภทโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช อาจมีการรับรู้ตราใบที่สูงกว่าผู้ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปได้ ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับการติดตามโดยชื่อโรงพยาบาลหรือสิ่งที่สามารถบอกได้ว่ามารับการรักษาทางจิตเวช เช่น ข้อมูลบนซองยา เป็นต้น

การศึกษานี้มีจุดแข็งที่เป็นการศึกษาโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากข้อมูลก่อนหน้า และสามารถเก็บขนาดตัวอย่างได้ครบเพื่อยืนยัน power ของการศึกษา ดังนั้นมีโอกาสน้อยมากที่ผลการศึกษาจะเกิดขึ้นโดยความบังเอิญ และการศึกษานี้ได้เก็บตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราใบที่สมบูรณ์กว่าการศึกษาก่อนหน้า จึงทำให้โอกาสที่จะมีปัจจัยกวนได้นั้นมีน้อย อย่างไรก็ตามเนื่องจากขนาดตัวอย่างจากการคำนวณนั้นมีจำนวนน้อย และอาจจะเป็นไปได้ที่จะมีปัจจัยกวนอื่นๆ ที่ยังไม่ได้มีหลักฐานยืนยันจากวรรณกรรม ข้อจำกัดของการศึกษานี้จึงได้แก่การศึกษานี้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอื่นๆ ที่อาจส่งผลได้ เช่น ลักษณะทางประชากรศาสตร์อื่นๆ เช่น เขตที่อยู่อาศัย หรือการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลด้านตัวโรค เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย หรือความรุนแรงของโรค เป็นต้น อีกทั้งลักษณะทางสังคมประชากรของการศึกษานี้มีเอกลักษณ์ต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ซึ่งแตกต่างกับบางการศึกษาก่อนหน้า ทำให้การนำผลของการศึกษานี้ไปใช้ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันนั้น ต้องระมัดระวังและพิจารณาให้ถี่ถ้วนก่อน

การศึกษาระดับรับรู้ตราใบจะทำให้เกิดการตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับระดับการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะในทางคลินิก ซึ่งแพทย์อาจนำไปใช้ประกอบการทำความเข้าใจความรู้สึกเป็นตราใบของผู้ป่วยในแต่ละรายได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องตราใบในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยนั้น ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกในทั้งแง่ของการจัดการ เพื่อลดระดับของตราใบลงในอนาคต ซึ่งจะเป็นการป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ตราใบต่ำ และ

ลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ตราใบในระดับสูงในระยะยาว เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่คู่สมรส การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม^{30,31} หรือการทำจิตบำบัดแบบกลุ่มระยะยาว^{32,33} ซึ่งกระบวนการลดตราใบนั้นสามารถกำหนดเป้าหมายได้หลายระดับ³¹ เช่น ระดับภายในบุคคล คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการสร้างคุณค่าและการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเองได้มากขึ้น ระดับระหว่างบุคคล เช่น การปรับเปลี่ยนมุมมองของคนในสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมไปถึงการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้าง เช่น การกำหนดนโยบายซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้นในอนาคต

สรุป

การศึกษานี้พบว่าการรับรู้ตราใบของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและกลุ่มโรคทางอารมณ์ที่ไม่มีอาการโรคจิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส และช่วงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med* 2019;17(1):25.
2. Cheang SI, Davis JM. Influences of face, stigma, and psychological symptoms on help-seeking attitudes in Macao. *Psych J* 2014;3(3):222-30.
3. Pitakchinnapong N, Rhein D. Exploration of the causation of stigmatization of mental illness in Thailand. *Human Behavior, Development and Society* 2019;20(2):7-19.
4. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* 2016;243:469-494.
5. Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, Bose J et al. Overview of stigma against psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six Asian societies. *Int J Environ Res Public Health* 2019;17(1):280.
6. Jatchavala, C. Discourse and stigmatization of psychiatric disorder in Thailand. *J Sociol Anthropol* 2013; 32(2):93-113.
7. Capar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55(1):103-11.
8. Krupchanka D, Kruk N, Sartorius N, Davey S, Winkler P, Murray J. Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52(4):493-501.
9. Phanthunane P, Whiteford H, Vos T, Bertram M. Economic burden of schizophrenia: empirical analyses from a survey in Thailand. *J Ment Health Policy Econ* 2012;15(1):25-32.

10. Kerdpong bunchote C., Punyayong B., Wong-Anuchit C. Internalized stigma of psychiatric patients. *J Ment Health Thai* 2015;23(1):25-37.
11. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry* 2014;55(1):221-31.
12. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121(1):31-49.
13. Wong-Anuchit C, Mills AC, Schneider JK, Rujkorakarn D, Kerdpong bunchote C, Panyayong B. Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in Central Thailand. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(4):450-6.
14. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:567-76.
15. Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Ociskova M, Cinculova A, Grambal A, et al. Self-stigma and suicidality in patients with neurotic spectrum disorder - a cross sectional study. *Neuro Endocrinol Lett* 2014;35(6):474-80.
16. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Vanek J, Slepecky M, Zatkova M, et al. Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study. *Neuro Endocrinol Lett* 2018;39(4):331-41.
17. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2011;57(4):418-27.
18. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Res* 2013;210(3):1136-46.
19. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012;12:239.
20. Sumarsih T, Sawangchareon K. Perceived stigma and coping strategies among schizophrenic patients in selected Indonesian communities. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34:192-201.
21. Agrasuta T, Pitanupong J. Perceived stigma in patients with schizophrenia and caregivers in Songklanagarind Hospital: Cross-sectional study. *Songkla Med J* 2017;35(1):37-45.
22. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, et al. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Res* 2019;271:396-401.
23. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *J Affect Disord* 2018;238:399-404.
24. Kamisli S, Dil S, Dastan L, Eni N. [Feeling of Liberty and Internalized Stigma: Comparison of Inpatient and Outpatient Cases Receiving Psychiatric Treatment]. *Turk Psikiyatri Derg* 2016;27(4):251-6.
25. Neupane D, Dhakal S, Thapa S, Bhandari PM, Mishra SR. Caregivers' attitude towards people with mental illness and perceived stigma: A cross-sectional study in a tertiary hospital in Nepal. *PLoS One* 2016;11(6):e0158113.
26. Ta TM, Zieger A, Schomerus G, Cao TD, Dettling M, Do XT, et al. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam. *Int J Soc Psychiatry* 2016;62(8):685-95.
27. Reta Y, Tesfaye M, Girma E, Dehning S, Adorjan K. Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PLoS One* 2016;11(11):e0163103.
28. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:3011-20.
29. Wood L, Byrne R, Enache G, Morrison AP. A brief cognitive therapy intervention for internalised stigma in acute inpatients who experience psychosis: A feasibility randomised controlled trial. *Psychiatry Res* 2018;262:303-10.
30. Punyayong B, Kerdpong bunchote C. Stigma reduction strategies of mental illness. *J Ment Health Thai* 2015;23.
31. Mekloi C, Sarakan K, Pumratchayakul U. Group psychotherapy for depression and stigma among family member of committed suicide persons. *J Ment Health Thai* 2015.
32. Vrbova K, Kamaradova D, Latalova K, Ociskova M, Prasko J, Mainerova B, et al. Self-stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders--cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett* 2014;35(7):645-52.