

เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2557; 24(3): 86-94
J Thai Rehabil Med 2014; 24(3): 86-94

กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้พิการ ไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง

สินธิ์ พัฒนะคูหา พ.บ., ปรัชญพร คำเมืองลือ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,
อภิชนา โสวินทะ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ABSTRACT

Coping Strategies of Thais with Chronic Spinal Cord Injury and Related Factors

Pattanakuhar S, Kammuang-lue P, Kovindha A
Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Objectives: To study coping strategies and related factors in Thais with chronic spinal cord injury

Design: A cross-sectional study

Setting: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and the 700th Anniversary Chiang Mai Sports Complex

Subject: Thais with chronic spinal cord injury

Methods: Subjects were interviewed and completed the Spinal Cord Lesion related Coping Strategies Questionnaire (SCL-CSQ), the International Spinal Cord Injury Core Set and the Quality of Life Basic Data Set (ISCI-QoL) and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS); data were analyzed to assess relations between coping strategies and personal factors and medical conditions.

Results: One hundred subjects, mean age of 39.27 years old (SD 11.40), mean duration of injury of 10.01 year (SD 7.63), were recruited. Regarding coping strategies used, 'fighting spirit' had the highest mean score of 2.23, followed by 'acceptance' (2.14) and 'social reliance' (2.09). Mean HADS-anxiety score was 4.37 and mean HADS-depression score was 2.81. Mean life satisfaction QoL score was 7.65; the satisfaction of physical QoL-physical healthy had a slightly but significantly negative relation with 'social reliance' ($r=-0.227$, $p=0.028$). 'Acceptance' had a positive relation with being SCI athlete ($p=0.000$) and negative relation with having pressure ulcer at present ($p=0.042$) while 'social reliance' had a positive relation with male gender ($p=0.001$). However the 'fighting spirit' was not related to any medical factors and medical conditions.

Correspondence to: Dr. Sintipattanakuhar, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University 50200 Email: umedicus@hotmail.com

Conclusion: The most common coping strategy that Thais with chronic spinal cord injury used was 'fighting spirit'. Being SCI athlete had a positive relation with 'acceptance' coping strategy. Males significantly used 'social reliance' more than females.

Keywords: chronic spinal cord injuries, psychological adaptation, coping behavior, mental health

J Thai Rehabil Med 2014; 24(3): 86-94

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาว่าผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังใช้กลยุทธ์ใดในการรับมือกับปัญหาและมีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ดังกล่าว

รูปแบบการวิจัย: การสำรวจ/การศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และสนามกีฬาสมโภชเชียงใหม่ 700 ปี

กลุ่มประชากร: ผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง

วิธีการศึกษา: สัมภาษณ์และประเมินกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาโดยใช้ Spinal Cord Lesion-Related Coping Strategies Questionnaire (SCL-CSQ), เก็บข้อมูลทั่วไปและประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ชุดข้อมูลสากลหลักและชุดข้อมูลสากลคุณภาพชีวิตพื้นฐานกรณีบาดเจ็บไขสันหลัง (International Spinal Cord Injury Core Set and Quality of Life Basic Data Set), ประเมินอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะทางการแพทย์

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมการศึกษา 100 คน มีอายุเฉลี่ย 39.27 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.40), เป็นมานานเฉลี่ย 10.01 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.63), กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีใจสู้ปัญหา (fighting spirit) เท่ากับ 2.23, รองลงมาคือ การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น (acceptance) เท่ากับ 2.14 และต่ำที่สุดคือ การเชื่อมั่นในความ

ช่วยเหลือของสังคม (social reliance) เท่ากับ 2.09, ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์วิตกกังวลเท่ากับ 4.37 และอารมณ์ซึมเศร้าเท่ากับ 2.81, ค่าเฉลี่ยคะแนนความพอใจต่อชีวิตโดยรวมเท่ากับ 7.65; พบว่าการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความพอใจต่อชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.028$), การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นสัมพันธ์เชิงลบกับการเป็นนักกีฬาและสัมพันธ์เชิงลบกับการมีผลกดทับในอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.000$ และ $p=0.042$) และการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมสัมพันธ์เชิงบวกกับเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีใจสู้ปัญหากับปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะทางการแพทย์ใด ๆ

สรุป: ผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังใช้กลยุทธ์แบบการมีใจสู้ปัญหามากที่สุด การเป็นนักกีฬาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น และผู้ชายใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมากกว่าผู้หญิง

คำสำคัญ: บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง, การปรับตัวทางจิตใจ, พฤติกรรมการรับมือกับปัญหา, สุขภาพจิต

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2557; 24(3): 86-94

บทนำ

ในปัจจุบันผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังมีจำนวนมากขึ้น โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า จำนวนผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของจำนวนประชากร และคิดเป็นร้อยละ 24 ของจำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหว สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในด้านจำนวนของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลัง แต่จากจำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่จดทะเบียนเป็นผู้พิการตามกฎหมายตั้งแต่ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2537 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2555 ซึ่งมีทั้งหมด 540,110 คน คาดว่าน่าจะมีผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 10,000 คน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการฟื้นฟูสภาพคือ การทำให้ผู้พิการกลับเข้าสู่สังคม (เช่น มีงานทำ) แล้ว พบว่ามีเพียงร้อยละ 47 ของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังที่มีงานทำ⁽¹⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพเท่าที่ควร

กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา (coping strategy) ของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลัง หมายถึง กลวิธีทางจิตใจที่ใช้ปรับสภาพเพื่อรับมือกับความพิการที่เกิดขึ้นตามที่ Elfström ML และคณะ⁽²⁾ เคยเสนอไว้ 3 รูปแบบ ได้แก่ การยอมรับสภาพ (acceptance) ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้พิการประเมินคุณค่าของชีวิตขึ้นใหม่ โดยลดช่องว่างระหว่างคำตอบของปัญหาที่ตั้งไว้ตามความสามารถที่มีอยู่ และปรับเปลี่ยนเป้าหมายตามความเป็นจริง, การมีใจสู้ปัญหา (fighting spirit) ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการจะอยู่โดย

ไม่พึ่งพาผู้อื่น โดยพยายามใช้ความสามารถของตนเองเข้าควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น (พยายามจัดการกับปัญหามากขึ้น), และการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม (social reliance) อันนำไปสู่พฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่น และหวังพึ่งผู้อื่นเข้ามาช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว โดยกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาสองแบบแรกเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในขณะที่แบบสุดท้ายเป็นกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมและอาจเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพ นั่นคือ การทำให้ผู้พิการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ อย่างอิสระหรือการมีส่วนร่วมให้มากที่สุด ดังกรณีผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังในชนิดอัมพาตแขนขาสองข้างระดับสูง (high tetraplegia) แม้ไม่สามารถมีส่วนร่วมช่วยทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้เลย แต่ผู้พิการเหล่านี้ควรมีบทบาทในการบอกความต้องการ ความสำคัญ และขั้นตอนการทำกิจวัตรดังกล่าวที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลได้⁽³⁾ ซึ่งเทียบได้กับ การดูแลสุขภาพของตนเอง (looking after one's health) ตามกรอบ ICF นั้นเอง⁽⁴⁾

จากการศึกษาในผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังในต่างประเทศพบว่ากลยุทธ์การรับมือกับปัญหามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์หลังเสร็จสิ้นกระบวนการฟื้นฟูสภาพ⁽⁵⁾ โดยกลยุทธ์ที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดี ในขณะที่กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ดี อีกทั้งพบความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ชนิดต่าง ๆ กับปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น เพศ อายุ, การศึกษา) และภาวะทางการแพทย์ (เช่น ระดับการบาดเจ็บ, อารมณ์เครียดหรือซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต) กล่าวคือ การยอมรับสภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต และการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนคุณภาพชีวิต แต่สัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นต้น⁽⁶⁾

นอกจากนี้ พบความแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังในแต่ละประเทศที่ศึกษามีกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแตกต่างกัน และในประเทศที่ผู้พิการใช้กลยุทธ์แบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมาก พบว่ามีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้พิการในประเทศที่ใช้กลยุทธ์นี้น้อยกว่า⁽⁷⁾ ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยแต่อย่างใด

ดังนั้น วัตถุประสงค์ที่ของการศึกษานี้คือ ต้องการทราบว่าผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบใด และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดบ้าง ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นทางระบาดวิทยาในประเทศไทย, เพื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศ และนำไปสู่การส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกลยุทธ์ที่เหมาะสมร่วมกับหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้พิการที่มาเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 ถึง 31 กรกฎาคม 2556 และที่เข้าร่วมการคัดตัวและแข่งขันกีฬาคณพิการแห่งชาติ ครั้งที่ 31 (เวียงพิงค์เกมส์) ณ สนามกีฬาสมโภชเชียงใหม่ 700 ปี ในวันที่ 12-19 มกราคม 2556

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

- มีสัญชาติไทย
- มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- บาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- สื่อสารโดยใช้ภาษาได้รู้เรื่อง
- ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่

- มีภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ได้แก่ กลุ่มโรคจิตเภท กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน และกลุ่มโรควิตกกังวล

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามดังต่อไปนี้

- Spinal Cord Lesion-Related Coping Strategies Questionnaire (SCI-CSQ) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Elfström และคณะ⁽²⁾ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว⁽⁸⁾ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความ 12 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นข้อความที่เป็นตัวแทนการใช้กลยุทธ์แต่ละประเภทได้แก่

- ข้อที่ 1, 2, 6, 11 เป็นตัวแทนกลยุทธ์การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น (acceptance)

- ข้อที่ 3, 5, 7, 10 และ 12 เป็นตัวแทนกลยุทธ์การมีใจสู้ปัญหา (fighting spirit) และ

- ข้อที่ 4, 8 และ 9 เป็นตัวแทนกลยุทธ์แบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม (social reliance)

โดยสอบถามความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อข้อความที่ละข้อ เรียงลำดับคะแนนจากไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด เป็น 1, 2, 3 และ 4 คะแนนตามลำดับ และรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ยแยกตามกลุ่มที่เป็นตัวแทนของกลยุทธ์แต่ละแบบ คะแนนที่มากขึ้นถึงการใช้กลยุทธ์ที่มากตาม โดยไม่มีการเปรียบเทียบคะแนนกันแต่ระหว่างกลยุทธ์ว่าใช้กลยุทธ์ไหนมากกว่า เนื่องจากการใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาในแต่ละสถานการณ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น ชนิดและความรุนแรงของปัญหา ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง และบริบทต่าง ๆ

- ชุดข้อมูลสากลหลัก (International Spinal Cord Injury Core Set)⁽⁹⁾ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว⁽⁸⁾ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ, ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ เช่น ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ, ระดับการบาดเจ็บ, และข้อมูล

ด้านสังคมและสถานะทางเศรษฐกิจ เช่น สถานภาพสมรส, การศึกษา, ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแล, การทำงานที่มีรายได้

- ชุดข้อมูลสากลคุณภาพชีวิตพื้นฐานกรณีบาดเจ็บไขสันหลัง (International Spinal Cord Injury - Quality of Life Basic Data Set)⁽¹⁰⁾ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว⁽⁸⁾ เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ของตนเองที่มีต่อความพอใจชีวิตใน 3 ด้าน คือ ชีวิตโดยรวม, สุขภาพกาย และสุขภาพจิต แล้วรายงานผลเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 แทนความไม่พอใจทั้งหมด และ 10 แทนความพอใจทั้งหมด

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นแบบคัดกรองด้านอารมณ์วิตกกังวลและซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย⁽¹²⁾

ขั้นตอนการวิจัย

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมการศึกษา
- เก็บข้อมูลทั่วไปโดยใช้ชุดข้อมูลสากลกรณีบาดเจ็บไขสันหลัง
- สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการศึกษา และให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบประเมิน/แบบสอบถาม
 - SCI-CSQ ฉบับภาษาไทย
 - ชุดข้อมูลสากลคุณภาพชีวิตพื้นฐานกรณีบาดเจ็บไขสันหลัง ฉบับภาษาไทย
 - HADS ฉบับภาษาไทย
- นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมิน/แบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

- ตั้งสมมุติฐานดังนี้
 - ผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื่องการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมมากกว่ากลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม
 - กลุ่มนักกีฬาใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นนักกีฬา
 - กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า ในทางกลับกัน กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่ไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า
 - กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมสัมพันธ์กับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าที่น้อยกว่า และในทางกลับกัน กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่ไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าที่มากกว่า
- ใช้โปรแกรม SPSS (Statistic Package for Social Sciences) Version 16.0 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ดังนี้

- ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อแสดงถึงค่าร้อยละของข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ เช่น เพศ สถานภาพสมรส, การศึกษา ความเป็นนักกีฬา, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ, ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ; และข้อมูลด้านคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา, คะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า และคะแนนคุณภาพชีวิต
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด Chi square test เพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่มปัจจัย
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด Kolmogorov-Smirnov Goodness-of-Fit test เพื่อประเมินการแจกแจงของคะแนนว่าเป็นแบบปกติหรือไม่
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด Mann-Whitney U test และ เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนในแต่ละกลุ่มปัจจัย ที่ตัวแปรอิสระมี 2 กลุ่ม
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด Kruskal Willis test เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนในแต่ละกลุ่มปัจจัย ที่ตัวแปรอิสระมีมากกว่า 2 กลุ่ม
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด bivariate correlation โดยใช้ Pearson correlation coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าและคะแนนคุณภาพชีวิต
- ใช้สถิติเชิงอนุมาน ชนิด multivariable linear regression เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหา

โดยความมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ถูกกำหนดไว้ที่ค่า $p < 0.05$

อนึ่ง การคำนวณจำนวนประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษานี้ ได้จากการคำนวณจากสูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) สำหรับงานวิจัยประเภทสำรวจ เมื่อคำตอบที่ต้องการเป็นข้อมูลชนิด continuous ได้แก่⁽¹³⁾

$$n = (Z_{\alpha/2})^2 \sigma^2 / d^2$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคำนวณ

σ = ค่าประมาณของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทบทวนวรรณกรรม (=0.6)⁽¹²⁾

d = allowable error ของค่าประมาณความแตกต่างระหว่าง population mean กับ simple mean (= 0.125)

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง standard normal variation ที่ $p=0.05$ (=1.96)

ดังนั้น n ในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ $(1.96)^2 (0.6)^2 / (0.125)^2 = 88.51$ คน

หมายเหตุ การศึกษานี้ผ่านการตรวจสอบและอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่หมายเลข 344/2555; REH-12-1307-EX Research ID 1307

ผลการศึกษา

ข้อมูลทางประชากรศาสตร์และคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา

ข้อมูลทางประชากรศาสตร์, ภาวะทางการแพทย์, คะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา, คะแนนคุณภาพชีวิต, และคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พิการที่เข้าร่วมการศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ พบว่าผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังในการศึกษานี้ ใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหานั้นการมีใจผู้ปัญหามากที่สุด ชนิดการยอมรับสภาพรองลงมา และชนิดการเชื่อมั่นในการช่วยเหลือของสังคมน้อยที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาในแต่ละกลุ่มปัจจัย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Mann-Whitney U test (ดูตารางที่ 4) พบว่าไม่มีปัจจัยใดสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนกลยุทธ์การมีใจผู้ปัญหา ขณะที่ผู้พิการที่เป็นนักกีฬามีคะแนนกลยุทธ์การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้ไม่ใช่นักกีฬาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00001$) เช่นเดียวกับผู้พิการที่ไม่มีคูครองมีคะแนนกลยุทธ์การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้พิการที่มีคูครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.037$) และผู้พิการที่ไม่มีแผลกดทับในปัจจุบันมีคะแนนกลยุทธ์การยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้พิการที่มีแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.042$) (ดูตารางที่ 4) แต่เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ที่แท้จริงโดยใช้สถิติแบบ multivariable linear regression พบว่ามีเพียงการเป็นนักกีฬา เพียงตัวแปรเดียว ที่ยังคงสัมพันธ์กับคะแนนการยอมรับสภาพ แต่สัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r^2 = 0.217$) (ดูตารางที่ 5)

อนึ่ง พบว่าผู้ชายมีคะแนนกลยุทธ์การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) เช่นเดียวกับผู้พิการที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้และกลั้นอุจจาระไม่ได้มีคะแนนกลยุทธ์การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมากกว่าผู้พิการที่กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.037$ และ $p=0.019$ ตามลำดับ) (ดูตารางที่ 4) แต่เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ที่แท้จริงโดยใช้สถิติแบบ multivariable linear regression พบว่า มีเพียงเพศชาย ($p=0.001$) เพียงตัวแปรเดียวที่ยังคงสัมพันธ์กับคะแนนการยอมรับสภาพ แต่สัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r^2 = 0.108$) (ดูตารางที่ 5) เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์

		ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
อายุ		39.27 (11.40)
ระยะเวลาหลังบาดเจ็บ		10.01 (7.63)
		จำนวน (%)
เพศ	- ชาย	66
	- หญิง	34
ความมีคู่ครอง	- โสดหม้าย หย่าร้าง	62
	- คู่	38
การศึกษา	- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	18
	- มัธยมศึกษา	47
	- สูงกว่ามัธยมศึกษา	35
การทำงานที่มีรายได้	- มี	57
	- ไม่มี	43
ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแล	- จำเป็น	28
	- ไม่จำเป็น	72
การเป็นนักกีฬา	- เป็น	51
	- ไม่เป็น	49

ตารางที่ 2 ข้อมูลภาวะทางการแพทย์

		จำนวน (%)
สาเหตุการบาดเจ็บ	- อุบัติเหตุจราจรทางบก	70
	- ตกจากที่สูง	17
	- ถูกทำร้ายและอื่นๆ	13
ระดับการบาดเจ็บ	- Tetraplegia A, B, C	12
	- Paraplegia A, B, C	59
	- All group D	29
ความสามารถในการเคลื่อนที่	- ทำได้	84
	- ทำไม่ได้	16
กล้ามเนื้อหดเกร็ง	- มี	62
	- ไม่มี	38
แผลกดทับ	- มี	20
	- ไม่มี	80
ทางเดินปัสสาวะติดขัด	- มี	12
	- ไม่มี	88
กลืนปัสสาวะไม่ได้	- มี	47
	- ไม่มี	53
กลืนอาหารไม่ได้	- มี	25
	- ไม่มี	75

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับปัจจัยด้านอายุ, ระยะเวลาที่ได้

ตารางที่ 3 คะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหา คะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า และคะแนนคุณภาพชีวิต

คะแนน	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
การยอมรับสภาพ	2.14 (0.41)
การมีใจสู้ปัญหา	2.33 (0.43)
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	2.09 (0.71)
อารมณ์วิตกกังวล	4.37 (2.73)
อารมณ์ซึมเศร้า	2.81 (2.41)
คุณภาพชีวิต - โดยรวม	7.65 (1.76)
คุณภาพชีวิต - สุขภาพกาย	7.36 (1.86)
คุณภาพชีวิต - สุขภาพจิต	8.36 (1.56)

รับบาดเจ็บ, การศึกษา, การมีงานที่มีรายได้ทำ, ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแล, ระดับการบาดเจ็บ, กล้ามเนื้อหดเกร็ง หรือทางเดินปัสสาวะติดขัดแต่อย่างใด

ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหากับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าและคะแนนคุณภาพชีวิต

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าและคะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ ชนิด Pearson correlation coefficient (ดูตารางที่ 6) แล้ว ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและ

ตารางที่ 4 ความแตกต่างระหว่างคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาในแต่ละกลุ่มปัจจัย

	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	ชาย	หญิง	p	เป็นนักกีฬา	ไม่เป็นนักกีฬา	p
การยอมรับสภาพ	2.208 (0.396)	2.022 (0.401)	0.065	2.337 (0.318)	1.961 (0.318)	0.000*
การมีใจสู้ปัญหา	2.282 (0.412)	2.124 (0.457)	0.094	2.306 (0.417)	2.153 (0.437)	0.098
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	2.253 (0.723)	1.765 (0.548)	0.001*	2.007 (0.599)	2.163 (0.793)	0.369
	ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา หรือสูงกว่า	p	Tetraplegia A, B, C	Paraplegia A, B, C	All D p#
การยอมรับสภาพ	2.119 (0.396)	2.193 (0.425)	0.482	2.250 (0.282)	2.067 (0.4127)	2.267 (0.395) 0.050
การมีใจสู้ปัญหา	2.200 (0.442)	2.280 (0.415)	0.359	2.383 (0.439)	2.170 (0.456)	2.282 (0.365) 0.200
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	2.113 (0.683)	2.038 (0.753)	0.388	1.806 (0.674)	2.141 (0.712)	2.092 (0.701) 0.203
	มีงานที่มียรายได้	ไม่มีงานที่มียรายได้	p	จำเป็นต้องมีผู้ดูแล	ไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล	p
การยอมรับสภาพ	2.149 (0.395)	2.140 (0.424)	0.904	2.180 (0.383)	2.054 (0.453)	0.238
การมีใจสู้ปัญหา	2.207 (0.428)	2.256 (0.441)	0.554	2.256 (0.430)	2.157 (0.437)	0.422
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	2.092 (0.646)	2.163 (0.778)	0.419	2.060 (0.653)	2.155 (0.834)	0.861
	โสด หม้าย หย่าร้าง	คู่	p	มีแผลกดทับ	ไม่มีแผลกดทับ	p
การยอมรับสภาพ	2.218(0.377)	2.026 (0.426)	0.037*	1.975 (0.458)	2.188(0.383)	0.042*
การมีใจสู้ปัญหา	2.229 (0.419)	2.226 (0.458)	0.886	2.240 (0.412)	2.180 (0.515)	0.589
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	2.032 (0.687)	2.175 (0.734)	0.425	2.033 (0.695)	2.300 (0.432)	0.163
	กลั้นปัสสาวะได้	กลั้นปัสสาวะไม่ได้	p	กลั้นอุจจาระได้	กลั้นอุจจาระไม่ได้	p
การยอมรับสภาพ	2.127 (0.394)	2.165 (0.421)	0.590	2.107 (0.415)	2.260 (0.357)	0.105
การมีใจสู้ปัญหา	2.252 (0.451)	2.200 (0.413)	0.663	2.256 (0.454)	2.144 (0.354)	0.227
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	1.950 (0.639)	2.241 (0.705)	0.037*	2.000 (0.708)	2.437 (0.642)	0.019*
	กล้ามเนื้อหดเกร็ง	กล้ามเนื้อไม่หดเกร็ง	p	ทางเดินปัสสาวะติดขัด	ทางเดินปัสสาวะไม่ติดขัด	p
การยอมรับสภาพ	2.133 (0.404)	2.165 (0.412)	0.610	2.146 (0.291)	2.145 (0.420)	0.953
การมีใจสู้ปัญหา	2.200 (0.419)	2.273 (0.454)	0.401	2.233 (0.442)	2.227 (0.433)	0.944
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	2.097 (0.804)	2.070 (0.515)	0.691	2.111 (0.672)	2.083 (0.713)	0.871

Mann-Whitney U test; * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$; # = Kruskal Willis test

อารมณ์ซึมเศร้าหรือคะแนนคุณภาพชีวิตแต่อย่างใด ยกเว้นพบว่าการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมีความสัมพันธ์เล็กน้อยเชิงลบกับคะแนนความพอใจต่อชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -0.227$, $p = 0.023$) และมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์เล็กน้อยในเชิงลบกับคะแนนความพอใจต่อชีวิตด้านจิตใจ ($r = -0.197$, $p = 0.050$)

บทวิจารณ์

เมื่อพิจารณาการใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาของผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังในการศึกษานี้ พบว่ามีการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม คือ การมีใจสู้ปัญหา และการยอมรับปัญหา มากกว่ากลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม คือ การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คาดว่าเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังมาโดยเจ็ียนาน 10

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้สถิติแบบ multivariable linear regression

การยอมรับสภาพ	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	SE.	β		
	Constant	1.846	.231	-	7.992	.000
	ความเป็นนักกีฬา	.334	.079	.415	.237	.000*
	ความมีคู่ครอง	-.075	.078	-.090	-.958	.341
	แผลกดทับ	-.080	.094	-.079	-.847	.399
การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	SE.	β		
	Constant	2.374	.276	-	8.587	.000
	เพศ	-.461	.141	-.311	-3.272	.001*
	กลับปัสสาวะได้	.103	.137	.094	.756	.451
	กลับอุจจาระได้	.130	.151	.107	.858	.393

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ระหว่างคะแนนกลยุทธ์การรับมือกับปัญหากับคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าและคะแนนคุณภาพชีวิต

	การยอมรับสภาพ		การมีใจสู้ปัญหา		การเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
อายุ	-.115	0.256	-.002	0.985	.502	0.068
ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ	.149	0.139	.170	0.090	-.021	0.832
อารมณ์วิตกกังวล	.095	0.349	-.065	0.518	.139	0.169
อารมณ์ซึมเศร้า	.186	0.063	-.020	0.843	.180	0.072
คุณภาพชีวิต - โดยรวม	.015	0.881	.016	0.873	-.116	0.249
คุณภาพชีวิต - สุขภาพกาย	.148	0.143	.075	0.457	-.227	0.023*
คุณภาพชีวิต - สุขภาพจิต	.016	0.871	-.021	0.835	-.197	0.050

Pearson correlation coefficient; * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ปี ทำให้มีการปรับสภาพทางจิตใจให้ใช้กลยุทธ์ดังกล่าวอย่างเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสวีเดน, สวิตเซอร์แลนด์, เยอรมนี, ตุรกี และสหราชอาณาจักร^(5,7,12) ซึ่งพบการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมมากกว่ากลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ พบว่า แม้กลยุทธ์แบบการมีใจสู้ปัญหาจะมีการใช้มากที่สุด แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยใดเลย ซึ่งสอดคล้องกับที่รายงานไว้ในการศึกษาในประเทศสวีเดน⁽⁶⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวเช่นกัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบการยอมรับสภาพ ได้แก่ การเป็นนักกีฬา ($p = 0.00001$) สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และตรงกับความเชื่อของ Sir Ludwig Guttman (1899-1980) ผู้บุกเบิกการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย

บาดเจ็บไขสันหลังและบิดาแห่งกีฬามือพิการ (Paralympic game) ที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังไม่เพียงแต่ต้องมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับไปสู่ชีวิตเดิมของเขา เพื่อเติมเต็มชีวิตและไม่ให้เป็นภาระต่อสังคม ซึ่งกีฬาเป็นกุญแจสำคัญในการฟื้นฟูสภาพนี้⁽¹⁴⁾” และตรงกับผลการศึกษาในปัจจุบันถึงบทบาทของกีฬาต่อการการปรับตัวกับความพิการ โดยพบว่าเกี่ยวข้องกับการได้กลับมามีส่วนร่วมในสังคมกับเพื่อนร่วมทีมและคู่แข่ง การเยียวยาความรู้สึกให้มีความรู้สึกใกล้เคียงเหมือนก่อนป่วย และการได้เรียนรู้และฝึกใช้ทักษะในการรับมือกับปัญหาระหว่างการเล่นกีฬา โดยเฉพาะการมองโลกในแง่ดีและความมีระเบียบวินัย⁽¹⁵⁾ ดังนั้น เราควรพิจารณาส่งเสริมผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง ให้ใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาชนิดการยอมรับสภาพซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น โดยการส่งเสริมปัจจัยที่

สัมพันธ์กับกลยุทธ์ดังกล่าว ได้แก่ การเป็นนักกีฬา หนึ่ง ไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาด้านกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาอื่น ๆ ก่อนหน้า^(5,7,12)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม ได้แก่ เพศชาย ($p=0.001$) ทั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษาจากประเทศอื่น ๆ^(5,7,12) คาดว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวน่าจะมาจากบริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือ ในประเทศไทยซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรม เพศหญิงมีบทบาทเป็นหลักในการดูแลความเป็นอยู่และกิจวัตรประจำวันของคนในครอบครัว เช่น หาเครื่องอุปโภคบริโภค และทำการเพาะปลูกธัญพืชต่าง ๆ ในขณะที่เพศชายมีบทบาทในการหักล้างถางพง, การต่อสู้คุ้มครองถิ่นทำกินกับสัตว์หรือผู้บุกรุก และการเดินทางไปค้าขายหรือทำงานให้มูลนาย^(16,17) ซึ่งงานดังกล่าวไม่ได้เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันดังเช่นงานของเพศหญิง ดังนั้น เมื่อมีความพิการเกิดขึ้น เพศชายซึ่งไม่คุ้นเคยกับการดูแลกิจวัตรประจำวันจึงมีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม (รวมถึงบุคคลในครอบครัว) มากกว่าเพศหญิง ทำให้นอกจากจะเป็นความเสี่ยงต่อการทำให้ผู้พิการใช้ศักยภาพของตนเองน้อยกว่าความเป็นจริงซึ่งอาจนำไปสู่การถดถอยทางร่างกายแล้ว ยังจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในอนาคต เมื่อผู้ดูแลไม่อยู่หรือเสียชีวิตไปก่อน ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังพฤติกรรมที่แสดงถึงการใช้กลยุทธ์แบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมในเพศชายเป็นพิเศษ

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับกลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น อายุ, ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ, ระดับการบาดเจ็บ, ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแล หรือการมีงานที่มีรายได้ทำ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษานี้ คาดว่าอาจเกิดจากที่กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาเป็นกลไกการปรับสภาพทางจิตใจที่ซับซ้อน ส่วนหนึ่งมีผลจากปัจจัยด้านลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพเดิมก่อนหน้าที่จะเกิดความพิการ ที่รบกวนอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาของ Mashida ในประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁵⁾ ที่ทำการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพนักกีฬาวิลแชร์ริกบี้ชายพิการบาดเจ็บไขสันหลังอัมพาตแขนขาสองข้าง 12 คน ในด้านการปรับตัวกับความพิการและบทบาทของการเข้าร่วมเล่นกีฬา พบว่าการปรับตัวต่อความพิการเป็นกระบวนการพหุปัจจัย เช่น ปัจจัยที่มีอยู่เดิม, อารมณ์, การสนับสนุนจากสังคม, โอกาสหรือประสบการณ์พิเศษของแต่ละคน รวมถึงการมีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมการแข่งขันกีฬา, กลยุทธ์การรับมือกับปัญหา แรงกระตุ้นภายในที่มีต่อการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลง และผลที่ได้รับหลังการปรับตัวนั้น⁽¹⁵⁾

คะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าของผู้พิการในการศึกษานี้อยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งหมด และไม่พบความสัมพันธ์เชิงบวกหรือลบกับกลยุทธ์ชนิดต่าง ๆ ซึ่งขัดแย้งกับสมมุติฐานข้างต้นและผลการศึกษาจาก

ประเทศสวีเดนและตุรกี^(6,12) ที่พบว่ากลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าและคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าที่ต่ำกว่า และในทางกลับกัน กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่ไม่เหมาะสมก็สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าและคะแนนอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าที่สูงกว่า สันนิษฐานว่าผลการศึกษานี้ น่าจะเกิดจากกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่ผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังใช้ได้ผลอย่างใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลยุทธ์ตามบริบทของประเทศไทยที่มีการช่วยเหลือพึ่งพากันอยู่มาก ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ด้านบวกหรือลบระหว่างกลยุทธ์ชนิดต่าง ๆ และคะแนนดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งคุณภาพชีวิต อารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายด้าน เช่น สภาวะทางการแพทย์, ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต, สิ่งแวดล้อม ท้ายที่สุดคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พื้นฐานลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพเดิมก่อนมีความพิการ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในการศึกษานี้

หนึ่ง การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการเก็บกลุ่มตัวอย่างได้แก่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอสำหรับการหาค่าคะแนนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาเท่านั้น แต่ไม่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีจำนวนมาก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เป็นนักกีฬานั้นมาจากจังหวัดในภาคเหนือ แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นนักกีฬาซึ่งมาจากนักกีฬาทั่วประเทศที่เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ จึงอาจไม่ใช่คู่เปรียบที่เทียบที่เหมาะสม ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเปรียบเทียบให้มีความใกล้เคียงกัน ทั้งถิ่นที่อยู่และปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ข้อจำกัดอีกด้านคือ ยังไม่ได้มีการศึกษาความน่าเชื่อถือและความเที่ยง (validity and reliability) ของแบบสอบถาม SCL-CSQ และ ISCI-QoL ที่แปลเป็นภาษาไทยแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามดังกล่าวเป็นภาษาไทยที่สั้นไม่ซับซ้อน และเข้าใจได้ง่าย คาดว่าน่าจะมีมีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

นอกจากนี้ ถึงแม้จะมีการจำแนกกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังแบบอื่น ๆ เช่น การจำแนกเป็น 5 แบบ ได้แก่ การเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence), การมองโลกในแง่ดี (optimistic), การหาที่พึ่งจากสังคม (seek social support), การยอมจำนน (submissive) และการปล่อยตัวให้สิ้นหวัง (helplessness)⁽¹²⁾ หรือ การจำแนกเป็น 8 แบบ ได้แก่ การยอมรับสภาพ (acceptance), การมองปัญหาในแง่บวก (positive reframing), การทုံมเทกำลังเพื่อจัดการกับปัญหา (active coping), การพึ่งศาสนาหรือความเชื่อ (religion), การพึ่งความช่วยเหลือทางใจจากผู้อื่น (using emotional support), การใช้อารมณ์ขัน (humor), การยกเลิกความพยายามที่จะจัดการกับปัญหา (behavioral disengagement) และการใช้สาร

เสพติด (substance use)⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามการจำแนกกลุ่มนักกีฬา การรับมือกับปัญหาของ Elfström ที่ใช้ในการศึกษานี้มีข้อดีคือแบบสอบถามไม่ซับซ้อน ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาเข้าใจได้ง่าย จึงเพิ่มความน่าเชื่อถือในการศึกษา

ในการนำผลจากการศึกษานี้ไปใช้นั้น ควรส่งเสริมผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังโดยเฉพาะเพศชาย ให้ใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ได้แก่ การยอมรับสภาพและการมีใจสู้ปัญหา โดยการส่งเสริมปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลยุทธ์ดังกล่าว ได้แก่ การเป็นนักกีฬา ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูควรแนะนำกีฬาให้แก่ผู้พิการในช่วงท้ายของกระบวนการฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์แบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) โดยเริ่มต้นที่การเล่นกีฬาเพื่อสันทนาการ (sport as a recreation) แล้วจึงปรับเปลี่ยนเป้าหมายตามความสามารถและความสนใจของผู้พิการต่อไป นอกเหนือจากนี้ ควรเฝ้าระวังการใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคม เช่น ความสามารถต่ำกว่าเป้าหมาย, ปฏิเสธการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม หรือช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงเมื่อเทียบกับเดิมหลังจากถูกจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังเพศชายเป็นพิเศษ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังระยะหลังเฉียบพลัน เพื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มความเข้าใจกลไกการเกิดหรือการใช้กลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ และพัฒนาไปสู่การศึกษาแบบต่อเนื่องไปข้างหน้า (prospective longitudinal study - cohort study) ซึ่งจะตอบคำถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้อย่างมีน้ำหนักกว่าในอนาคตต่อไป

กล่าวโดยสรุป ผู้พิการไทยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาทั้ง 3 ชนิดใกล้เคียงกัน โดยใช้กลยุทธ์แบบการมีใจสู้ปัญหามากที่สุด การเป็นนักกีฬาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น ดังนั้น ควรพิจารณาส่งเสริมการเป็นนักกีฬาในผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง และผู้ชายใช้กลยุทธ์การรับมือกับปัญหาแบบการเชื่อมั่นในความช่วยเหลือของสังคมมากกว่าผู้หญิง จึงควรเฝ้าระวังการใช้กลยุทธ์ดังกล่าวในเพศชายเป็นพิเศษ

เอกสารอ้างอิง

1. ไพบูลย์ วงศ์ภากร, อภิชนา ไชยวินทะ. ปัจจัยบ่งชี้และอัตราการมีงานทำของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลัง. เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2557; 24(1): 28-36.
2. Elfström ML, Rydén A, Kreuter M, Persson LO, Sullivan M. Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL-related measures. Spinal Cord 2002; 40(1): 23-29.

3. อภิชนา ไชยวินทะ, มาธวี สุนทรศารทูล, ภัทรา วัฒนพันธุ์. ความสามารถ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคหรือบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ. เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2548; 15(3): 155-164.
4. บัญชีสากลเพื่อจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ: ICF. กรุงเทพฯ: ห้องสมุดองค์การอนามัยโลก; 2547.
5. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. Spinal Cord 2010; 48(10): 762-9.
6. Elfstrom ML, Kreuter M, Rydén A, Persson LO, Sullivan M. Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. Spinal Cord 2002; 40(8): 408-415.
7. Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. Spinal Cord 2006; 44(2): 95-105.
8. อภิชนา ไชยวินทะ. ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง: การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม เล่ม 1. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์; 2555
9. อภิชนา ไชยวินทะ. มาตรฐานสากลและชุดข้อมูลสำหรับผู้พิการที่มีรอยโรคไขสันหลัง. เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2550; 17(2): 70-72.
10. Charlifue S, Post MW, Biering-Sørensen F, Catz A, Dijkers M, Geyh S, et al. International Spinal Cord Injury Quality of Life Basic Data Set. Spinal Cord. 2012 Sep; 50(9): 672-5.
11. ธนา ชัยนิลโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1): 18-30.
12. Paker N, Bugdayci D, Dere D, Altuncu Y. Comparison of the coping strategies, anxiety, and depression in a group of Turkish spinal cord injured patients and their family caregivers in a rehabilitation center. Eur J Phys Rehabil Med. 2011 Dec; 47(4): 595-600.
13. สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. ใน: จริยา เลิศอรชยมน. งานวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์; 2544.
14. McElhatton M. Mandeville legacy: Sir Ludwig Guttmann and his legacy (2011). http://www.mandevillelegacy.org.uk/page_id__33_path__0p4p19p.aspx สืบค้นจากอินเทอร์เน็ตเมื่อ Cited date Oct 27th, 2013, Available from http://www.mandevillelegacy.org.uk/page_id__33_path__0p4pp.aspx
15. Machida M, Irwin B, Feltz D. Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: the role of sport participation. Qual Health Res. 2013 Aug; 23(8): 1054-65.
16. สุธาดา เมฆรุ่งเรืองกุล. 25 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวกับความเสมอภาคทางเพศ (2554). สืบค้นจากอินเทอร์เน็ตเมื่อ 27 ตุลาคม 2556, จาก <http://www.teenpath.net/data/r-article/00002/tpfile/00001.pdf>
17. นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ. รื้อสร้างมายาคติ "ความเป็นชาย" ในสังคมไทย (2556). สืบค้นจากอินเทอร์เน็ตเมื่อ 27 ตุลาคม 2556, จาก http://www.sac.or.th/main/content_detail.php?content_id=735
18. Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR. Coping with spinal cord injury: strategies used by adults who sustained their injuries as children or adolescents. J Spinal Cord Med. 2008; 31: 290-6.