

คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง



นางสาว อังสนา เบญจมินทร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Quality of Sleep and Depression in Children with chronic pain



Miss Angsana Benjamin

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็ก
ที่มีความปวดเรื้อรัง

โดย

นางสาวอังสนา เบญจมินทร์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ นายแพทย์ ภูรงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ นายแพทย์ ภูรงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ อัจฉรา เปรื่องเวทย์)

อังสนา เบญจมินทร์: คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง.

(Quality of Sleep and Depression in Children with chronic pain)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อาจารย์ นายแพทย์ภูงศ์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 127 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง อายุระหว่าง 10 - 15 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 - ตุลาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลครอบครัว แบบประเมินความปวด อาการปวดในเด็กโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) และ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลและดัดแปลงจาก (The Pittsburg Sleep Quality Index: PSQI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA ทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และ ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง สถิติประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีความปวดเรื้อรังมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 77.80 มีแบบแผนการนอนหลับแบบตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง ร้อยละ 41.70 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความปวดเรื้อรัง คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้า พบว่าคุณภาพการนอนหลับกับความปวดมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความปวดมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....

ปีการศึกษา.....2553.....

ลายมือชื่อนิสิต..........

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์..........

#5174959630 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: CHRONIC PAIN/ DERESSION / QUALITY OF SLEEP /CHILDREN

ANGSANA BENJAMIN: QUALITY OF SLEEP AND DEPRESSION IN CHIDREN WITH CHRONIC PAIN. THESIS ADVISOR: PUCHONG LAURUJISAWAT, M.D.; 127 pp.

The purposes of this descriptive research were to study quality of sleep and depression in children with chronic pain. The subjects are 36 cases, children aged 10-15 years who admitted at Pediatric Inpatient Department, Siriraj Hospital from October 2009 – October 2010. Data were collected by using self report questionnaire to assess for Demographic Data Form, Pain was assessed by KKU Pain Assessment Tool, Depression was assessed by Children's Depression Inventory: CDI and Quality of sleep was assessed by The Pittsburgue Sleep Quality Index (PSQI).

Statistic analysis was done by using SPSS for windows. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, t-test, Simple- Linear Regression, One-way ANOVA and Pearson product moment correlation coeffiency.

The results of the study were revealed that level of overall bad sleep quality 77.8% of children with chronic pain. There were 66.7% of subjects having depression (CDI > 15), and some severe depression 36.1% (CDI>20). The relationship among depression and quality of sleep. The most results were 36.1% of subjects having both of severe depression and poor sleep quality and some were 22.2% of subjects having mild depression and poor sleep quality at the 0.05 level.

These finding provide information that can be used to guide planning for nursing intervention in promoting sleep quality, decrease depression by development of preventive or eliminating measures for sleep disturbing factors including promotion of effective sleep management in children with chronic pain.

Department: Psychiatry.....

Field of study:Mental Health.....

Academic year: 2010.....

Student's Signature..... 

Advisor's Signature..... 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของ อาจารย์นายแพทย์ภูงศ์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ข้อคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ อัจฉรา เป็รื่องเวทย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำใน การแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน ที่ให้ความช่วยเหลือด้าน การวิเคราะห์ข้อมูล และให้คำแนะนำต่างๆ

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ที่อนุเคราะห์ให้นำแบบประเมิน คุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (PSQI-Thai version) เป็นเครื่องมือในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติที่อนุเคราะห์ให้นำแบบ คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือใน การวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์ ที่อนุเคราะห์ให้นำแบบ ประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool) เป็นเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณโสพิณ สุวรรณกุล คุณนันทพร ไทยตรง หัวหน้าหอแผนกผู้ป่วยสามัญ ภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล อีกทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริ ราช และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่ให้การ สนับสนุนในทุกๆด้าน ตลอดจนใจให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	20
แนวคิดเกี่ยวกับความปวดในเด็ก.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและอาการปวด.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
รูปแบบการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56

สารบัญ(ต่อ)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	86
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการศึกษาคั้งนี้.....	88
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	91
ข้อเสนอแนะในการศึกษาคั้งต่อไป.....	91
รายการอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	100
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การประเมินความปวดในเด็กจำแนกตามอายุ.....	43
2	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ แบบแผนการนอนหลับ อาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน และภาวะเจ็บป่วย.....	68
3	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนครอบครัว จำแนกตาม สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ลักษณะของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว.....	70
4	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จำแนกตาม คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน.....	72
6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและไม่ดี จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ.....	75
7	แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง.....	77
8	แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้าจำแนกตามรายด้าน.....	78
9	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA.....	80
10	ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติทดสอบ Simple Linear Regression.....	83
11	ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ ทดสอบ Simple Linear Regression แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้าจำแนกตามรายด้าน.....	84
12	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation.....	85

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงกลไกระบบควบคุมประตู (Gate - control system).....	32
2	แสดงทฤษฎีความปวดของเมล徹์ค็ับวอลล์.....	33
3	แสดงการควบคุมการเปิด – ปิด ประตูที่ระดับไฮสันหลัง.....	34
4	แสดง Visual numerical rating scale.....	42
5	แสดง Facial scale.....	42



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวด (pain) เป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน บั่นทอนคุณภาพชีวิตทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย องค์ประกอบความปวดครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม (เกศินี บุญญวัฒน์นางกุล, 2551) โดยเฉพาะผู้ที่มีความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็ง (cancer pain) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดจากปวดศีรษะไมเกรน (Migraine) หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดจากโรคข้ออักเสบ (Arthritis) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ย่อมเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและอยากจะหลุดพ้นจากสภาพอาการปวดที่รุมเร้าโดยเร็วที่สุด การแสดงออกถึงความทุกข์ทรมานนั้น มักมีการแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมตอบสนองของความปวดแตกต่างกัน อาจแสดงออกทางสีหน้า กิริยา ท่าทาง และคำพูด ในบางรายอาจจะมีการแสดงออกของความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย เช่น ความกลัว หงุดหงิด รำคาญ ท้อแท้ และซึมเศร้า (พงศ์ภารตี เจาทะเกษตริน, 2547)

สำหรับในวัยเด็ก วัยเด็กมีความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เพศ และประสบการณ์เผชิญความปวดที่ผ่านมา ฉะนั้น ความหมายของความปวดในเด็กจึงมีความเฉพาะ ซึ่งจะหมายถึงการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่บอกถึงความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกซับซ้อนทางอารมณ์เหมือนการถูกลงโทษ และเจ้าตัวเท่านั้นที่รับรู้ถึงความรู้สึกนั้น โดยแสดงออกในลักษณะความไม่สบายกาย ไม่สบายใจและมีปฏิกิริยาโดยการร้องไห้ (เกศินี บุญญวัฒน์นางกุล, 2551) เมื่อเด็กมีความเจ็บป่วยต่างต้องประสบกับความปวดมากน้อยตามหัตถการรักษาพยาบาลที่ได้รับ อาทิ การเจาะเลือด การแทงน้ำเกลือ การทำแผล การเจาะไขกระดูก จนถึงหัตถการที่ใหญ่ขึ้น เช่น การผ่าตัด เป็นต้น นอกจากความปวดที่เกิดขึ้นแล้ว เด็กยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน วิดกกังวลถึงเหตุการณ์ล่วงหน้าที่ไม่สามารถคาดหมายได้อีกด้วย (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2546)

เด็กมีโอกาสเผชิญกับความปวดอย่างเล็งไม่ได้ ทั้งความปวดเฉียบพลัน หรือบางรายต้องเผชิญความปวดเรื้อรังที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประสบการณ์เผชิญความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจเนื่องมาจากตัวโรคเอง การรักษาต่างๆ หรือการทำให้เหตุการณ์การแพทย์ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและควบคุมความปวดไม่เพียงพออาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ตามมา (เกศินี บุญญวัฒน์นางกุล, 2551)

เนื่องจากความปวดส่งผลกระทบต่อเด็กมากมายหลายด้าน จึงได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความปวดและผลกระทบจากความปวดในเด็กอย่างมากมาย จากการศึกษาของทอนย่า (Palemo , 2000) พบว่าความปวดเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้ความสนใจด้านการเรียนของเด็กลดลง ความสามารถในการดูแลตนเองตามวัยลดลง เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคมของเด็กบกพร่อง จะเห็นได้ว่าความปวดมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจของวัยเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่การศึกษาเรื่องความปวด และผลต่อกระทบต่อสุขภาพจิตในเด็กยังมีน้อย อาจเป็นเพราะการรับรู้เกี่ยวกับความปวดในเด็กเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และค่อนข้างซับซ้อนมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความปวดในเด็กต้องคำนึงในหลายๆด้าน อาทิ วัยและระดับพัฒนาการ เพศ พื้นฐานอารมณ์ ประสบการณ์การได้รับความปวด และการเลี้ยงดู ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ของผู้ศึกษาเป็นอย่างมาก

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาบททวนรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวดและภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในวัยรุ่น เห็นได้จากการศึกษาของทอนย่าและคณะ (Tonya et al., 2005) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในวัยรุ่น จำนวน 86 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต พบว่าความปวดเรื้อรังมีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตในเชิงลบ ทำให้มีปัญหาด้านการนอนหลับ ซึ่งเมื่อมีปัญหาด้านการนอนหลับ ส่งผลทำให้มีปัญหาทางด้านอารมณ์ตามมา สำหรับในเด็กวัยเรียนนั้น พบว่ายังมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อย โดยเฉพาะในประเทศไทย จึงทำให้ผู้วิจัย มีความสนใจ และต้องการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความปวดต่อสุขภาพจิตในเด็ก โดยมุ่งเน้นไปที่คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

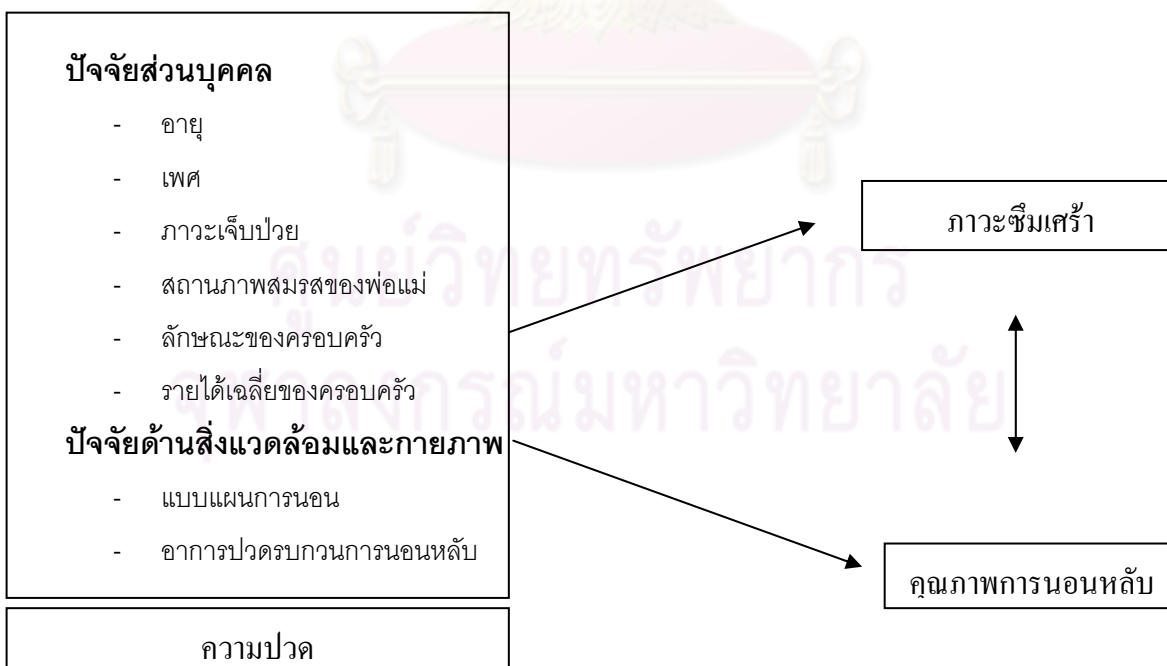
คำถามการวิจัย

1. ความปวดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กหรือไม่อย่างไร
2. ความปวดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในเด็กหรือไม่อย่างไร
3. คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรังหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 10 -15 ปี ที่มีความปวดเรื้อรัง
2. กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆได้
2. อาการปวดเรื้อรังเป็นกลุ่มอาการที่มีความหลากหลาย กลุ่มประชากรที่เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพียงกลุ่มที่มีอาการปวดที่พบมากในเด็ก ดังนั้น อาจจะไม่สามารถใช้อธิบายหรือเป็นตัวแทนของกลุ่มโรคอื่นๆได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain)

ความปวดเรื้อรัง หมายถึง อาการปวดเรื้อรังเป็นๆหายๆ มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้

- กลุ่มโรคมะเร็ง ได้แก่ โรคมะเร็งระบบโลหิต (ALL, AML, CML and APL) โรคมะเร็งระบบกล้ามเนื้อและประสาท (Medulloblastoma) โรคมะเร็งกระดูก (Osteosarcoma and Ewing's sarcoma) และ โรคมะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma)

- กลุ่มโรคข้อ ได้แก่ ข้ออักเสบ (Arthritis , Polyarthritis , Rheumatoid , SLE and JRA)

- กลุ่มโรคอื่นๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง

สำหรับการวิจัยนี้ประเมินอาการปวดในเด็กโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool) ซึ่งได้สร้างและพัฒนาโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิภา อังศุภากร

2. เด็ก (Children)

ผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

3. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุข มีอารมณ์เสียใจ ท้อแท้ และมองโลกในแง่ร้าย โดยเฉพาะความรู้สึกที่มีต่อตนเอง อาจจะมีอาการทางกายร่วมด้วย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดพยาธิสภาพทางจิตร่วมด้วย

สำหรับการวิจัยนี้ วัดระดับของภาวะซึมเศร้าในเด็กโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory) ฉบับภาษาไทย โดย ศาสตราจารย์ พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับระดับอายุและพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง

4. คุณภาพการนอนหลับ (Sleep-Quality)

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการนอนหลับ ว่ารู้สึกนอนหลับอย่างเต็มที่ นอนหลับสนิท นอนพอ และรู้สึกสดชื่นภายหลังจากตื่นนอน

สำหรับการวิจัยนี้ ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย นายแพทย์ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ นายแพทย์ วรรณ ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการหาวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดเรื้อรัง
4. สามารถนำข้อมูลและผลการวิจัยไปศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กที่มีความ

ปวดเรื้อรังต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

- 1.1 ความหมายและความสำคัญของการนอนหลับในเด็ก
- 1.2 คุณภาพการนอนหลับ
- 1.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ
- 1.4 ผลกระทบจากการนอนไม่เพียงพอในวัยเด็ก

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 ภาวะซึมเศร้าในเด็ก
- 2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในเด็ก
- 2.4 การประเมินและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในเด็ก
- 2.5 ระดับของภาวะซึมเศร้า
- 2.6 วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในเด็ก

การดำรงชีวิต โดยมนุษย์ใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตในการนอนหลับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการนอนหลับต่อกระบวนการฟื้นคืนพลังงานของสมอง (Hodgson, 1991)

วงจรการหลับของเด็ก วงจรการหลับตื่นของเด็กจะพัฒนาไปพร้อมกับความสมบูรณ์ของสมอง ซึ่งการนอนหลับของทารกไม่มีลักษณะที่ชัดเจน โดยมีลักษณะหลับลึก (quiet sleep) และหลับแบบไม่สงบ (active sleep) จะหมุนเวียนกันทุกๆ 50 - 60 นาที การหลับในทารกจะแบ่งกระจายเป็นช่วงสั้นๆ เท่าๆกัน ระหว่างกลางวันและกลางคืน การนอนหลับกลางคืนจะค่อยๆประติดประต่อกันเป็นการนอนต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากมีความสมบูรณ์ของสมอง โดยวัยทารกจะมีการงีบหลับในช่วงกลางวัน ซึ่งใช้เวลางีบหลับช่วงเวลาสั้นๆเท่าๆกับการนอนหลับในช่วงกลางคืน แต่เมื่อเด็กอายุมากขึ้น เริ่มมีความสมบูรณ์ของสมองและเริ่มรับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อเด็กอายุประมาณ 1 - 2 ปี เด็กจะมีการงีบหลับในเวลากลางวัน 2 ช่วง คือ ช่วงเช้า ซึ่งการงีบหลับในช่วงเช้านี้ จะพบการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วเพิ่มขึ้น ถ้าเด็กงีบหลับนานเกินไป จะทำให้เด็กฝันร้าย และช่วงบ่าย การงีบหลับในช่วงบ่ายนี้นิยมให้เด็กหลับหลังมื้ออาหารเที่ยงเท่านั้น เพราะช่วงนี้จะพบการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว ระยะที่ 4 มากขึ้น ซึ่งถ้าเด็กงีบหลับนานเกินไปจะทำให้เด็กเกิดละเมอกลัวได้ และถ้าปล่อยให้เด็กหลับนานเกิน เวลา 16.00 น. จะทำให้เด็กอ่อนเพลีย และก่อให้เกิดปัญหาการนอนหลับยากในเวลากลางคืนตามมา การงีบหลับแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 - 3 ชั่วโมง (พรรณี สวากินานนท์, 2545)

ประโยชน์ของการนอนหลับ ร่างกายของคนเรามีกลไกการทำงานที่ซับซ้อน จึงต้องการการนอนหลับพักผ่อนเพื่อให้ระบบภายในได้พักผ่อนและเตรียมพร้อมสำหรับการทำงานในวันถัดไป เปรียบเหมือนเครื่องจักรที่ต้องหยุดพักและซ่อมแซมส่วนที่เสียหายเพื่อให้สามารถทำงานให้ดีขึ้น เพราะคนเราไม่สามารถทำงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง (พีรศักดิ์ ศิริสวัสดิ์, 2553) การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ในการรักษาสมดุลร่างกายและจิตใจ โดยการขาดเซพพลังงานเพื่อการดำรงชีวิตในสังคมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2537) การนอนหลับที่ดีจะสามารถช่วยให้ร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ลดความเครียดหรือความวิตกกังวล อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีการจำและการเรียนรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Fontaine, 1993)

ประโยชน์ของการนอนหลับนั้นเป็นกระบวนการส่งเสริมการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ สร้างและสะสมพลังงาน เพราะในช่วงเวลาหลับลึก โดยเฉพาะช่วงส่วนแรกในสามส่วนของ

การหลับทั้งคืน เป็นภาวะที่เหมาะสมในการสังเคราะห์โปรตีน เนื่องจากการสร้างและสะสมพลังงานไว้ในเซลล์เพิ่มขึ้นจนมีระดับสูงพอที่จะให้มีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มมากขึ้น แล้วเผาผลาญกรดไขมันให้เป็นพลังงาน ทำให้เซลล์ของอวัยวะต่างๆแบ่งตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสังเคราะห์และสร้างกระดูกและเม็ดเลือดแดง (Closs, 1988) นับว่ามีความสำคัญกับเด็กมาก ส่งผลให้เด็กมีความเจริญเติบโตทางด้านร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงและมีพัฒนาการตามวัย (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2545)

การนอนหลับ นอกจากจะมีความสำคัญต่อภาวะการเจริญเติบโตของร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อภาวะด้านจิตใจ ภาวะการเรียนรู้ รวมถึงภาวะด้านสังคมด้วย คือ เด็กจะหงุดหงิด งอแง อารมณ์ไม่ค่อยแจ่มใส (จักรพันธ์ สุศิวะ, 2551)

1.2 คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ยากต่อการให้ความหมายชัดเจนแน่นอน ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ การนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น และการนอนเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถขอกได้โดยบุคคลคนนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ (Buysse et al., 1989) การที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่า “ดี” หรือ “ไม่ดี” นั้นสามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลคนนั้นเอง ซึ่งประเมินโดยความรู้สึกเกี่ยวกับท่านอน การเคลื่อนไหวขณะนอนหลับ และความคิดเห็นของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง (Ebersole and Hess, 1998) ดังนั้น วิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับจึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา

1.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Measurement of sleep quality)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีอยู่ 2 วิธีคือ การประเมินคุณภาพการนอนเชิงปรนัย (Objective sleep quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality) ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543)

ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ (Hilton, 1976) ซึ่งประเมินได้จากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับ หรือจากบันทึกลักษณะของการนอนหลับตลอดคืน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าในสมอง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา การแลกเปลี่ยนอากาศทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวของหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิกาย และความดันโลหิต ด้วยวิธีการใช้โพลีซอมโนกราฟิค ซึ่งเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ การวัดคุณภาพการนอนหลับ วิธีนี้ให้ผลถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด (Beck, 1992) แต่การประเมินด้วยวิธีนี้จะทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ เครื่องมือมีราคาแพงและวิธีใช้ค่อนข้างซับซ้อน จึงต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และแปลผล วิธีนี้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกกายหลังการตื่นนอนและความพึงพอใจในการนอนหลับได้ (Englert and Linden, 1998)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้การนอนหลับ ความรู้สึกกายหลังการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย สามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ (Closs, 1988) การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยอาจทำได้หลายวิธี เช่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเวลานอนหลับปกติ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน การรบกวนการนอนหลับ เวลาที่อยู่บนเตียง (John, 1975) หรือประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการหลับ ซึ่งเป็นการประมาณค่าบนเส้นตรง โดยการเปรียบเทียบกับสายตา (visual analogue scale) หรือ ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543) ผลการศึกษาการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยพบว่า ผลการประเมินมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยทำได้ง่ายไม่ซับซ้อนจึงนิยมนำมาใช้ในการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ (Ellis et al., 1981)

คุณภาพการนอนหลับเป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคล หรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยได้ ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมกับสถานการณ์ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการนอนหลับ

เครื่องมือประเมินการนอนหลับจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของเฮย์สเลอร์ (Haesler, 2004) และแลนดิส (Landis, 2002) กล่าวถึงการประเมินการนอนหลับทั้งในด้านปริมาณ (quantity) และคุณภาพของการนอนหลับ (quality) โดยแบ่งออกเป็น 4 วิธี ดังนี้

1. โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography: PSG) เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้วัดการนอนหลับในห้องปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่นๆ เนื่องจากมีหลักฐานความจริงจากลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram: EEG) ที่เปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนของการนอนหลับ (Beck, 1992) ที่สามารถบันทึกวงจรการนอนหลับอย่างต่อเนื่องตามลักษณะทางชีวภาพของการหลับและการตื่น โดยวิธีการใช้ขั้วอิเล็กโทรดติดบริเวณศีรษะ รอบดวงตา และคาง เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การเคลื่อนไหวของลูกตา (extraocular eye movement) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าและคาง (chin and facial muscle movement) เครื่องมือนี้สามารถใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาที่ตื่นและระยะการนอนหลับที่แท้จริง ในทางคลินิกจึงมีการนำเครื่องมือชนิดนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่มีปัญหาการนอนหลับเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในการรักษา

2. ริสท์ แอคติกราฟ (wrist actigraph) เป็นการประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับและระยะตื่นได้ (Schwab, 1994) มีความสัมพันธ์อย่างดีกับเครื่องมือ PSG (Polysomnography) ในระยะนอนหลับและระยะตื่นเต็มที่ (wake fullness) แต่ไม่ค่อยสัมพันธ์ในระยะตื่นปกติ (wake fullness) (Sadeh, 1995) เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ PSG แล้ว ริสท์ แอคติกราฟจะมีขนาดเล็กและราคาถูกลงกว่า สามารถใช้ได้หลากหลายกว่า อย่างไรก็ตาม

เครื่องมือนี้ก็มีข้อด้อยคล้ายกับเครื่องมือ PSG ที่ต้องการการฝึกเทคนิคอย่างดีในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

3. การสังเกตพฤติกรรม (behavior observation) เป็นวิธีที่ใช้มานาน และใช้บ่อยในการประเมินทางคลินิกของการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากสามารถสังเกตได้ชัดในขณะนั้น โดยมีแบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นหลายแบบ ดังนี้

3.1 แบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของแอนเดอร์สัน (Anderson behavioral state scale) (Holditch-davis, 1993) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการหลับ-ตื่น โดยใช้ประเมินทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วยระยะการหลับตื่น 12 ระยะ ได้แก่ ระยะ very quite, ระยะ sleep quite, ระยะ restless sleep, ระยะ very restless sleep, ระยะ drowsy, ระยะ quite awake, ระยะ alert inactivity, ระยะ restless awake, ระยะ very restless awake, ระยะ fussing, ระยะ crying และ ระยะ hard crying

3.2 แบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของทารกแรกเกิด (Neonatal behavioral assessment scale) (Brazeton and Nugent, 1995) ประกอบด้วย ระยะหลับ ตื่น 6 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 deep sleep, ระยะที่ 2 light sleep, ระยะที่ 3 drowsy, ระยะที่ 4 alert, ระยะที่ 5 eyes open, และ ระยะที่ 6 crying

3.3 แบบสังเกตพฤติกรรมของบราซิลตัน เป็นการใช้ประเมินการนอนหลับในทารกแรกเกิด เครื่องมือสังเกตพฤติกรรมการหลับ-ตื่นของผู้ป่วย (Echol's patient sleep behavior observation tool) (Echol, 1968) มีการพัฒนาเป็นการสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของเด็กโต ซึ่งระบุพฤติกรรมที่แสดงถึงการนอนหลับตื่น นำมาใช้สังเกตแบบแผนการนอนหลับในผู้ป่วยเด็ก แบ่งได้ 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะตื่น (awake) คือ เด็กรู้สึกตัว ลืมตาหรือกระพริบตา เคลื่อนไหวร่างกาย มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง หรือสิ่งแวดล้อม
- ระยะซึ่ม (drowsy) คือ พฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ได้แก่ ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง หรือมีกล้ามเนื้อกระตุก หรือมีการหดเกร็งของมือ แขน หรือขา ปิดตาหรือกระพริบตาช้าลง หายใจถี่ขึ้นหรือช้าลง
- ระยะหลับฝัน (dreaming sleep/ paradoxical) คือ พฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ได้แก่ ปิดตา แต่มีการกลอกลูกตา หายใจไม่สม่ำเสมอ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น การ

เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าไม่ปรากฏชัดเจน กล้ามเนื้อศีรษะและคางผ่อนคลาย สมบูรณ์ ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

- ระยะหลับลึก (deep sleep/orthodox) คือ พฤติกรรมที่เด็กแสดงออก คือ เคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ปิดตา หายใจช้าลงจนเป็นปกติ ร่างกายพักผ่อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทำนองและไม่มี การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

3.4 การสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของ เลสซี และคณะ (Alessi et al., 2004) ได้

ทำการหาวิธีการสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของบุคคล โดยการกำหนดด้วยเวลาและจากพฤติกรรม การหลับ การสังเกตพฤติกรรมด้วยวิธีนี้ สามารถคำนวณเวลาเริ่มต้นหลับ จำนวนชั่วโมงการหลับ โดย คำจำกัดความของการนอนดังนี้

การนอนหลับหมายถึง การปิดตา และไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ภายใน 4 นาที หรือปิดตาและไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายภายใน 2 นาที แม้จะมีสิ่งที่ขัดจังหวะการนอนหลับและ สามารถทำให้ตื่นได้

การสังเกตเป็นลักษณะที่ผู้ศึกษาจะต้องทำการสังเกตการนอนหลับช่วง ระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือ ตลอด 24 ชั่วโมง การสังเกตนิยมใช้กับทารกหรือเด็ก อย่างไรก็ตาม พบว่า การสังเกตมีข้อจำกัดในการศึกษา เพราะไม่สามารถแยกแยะระหว่างการตื่นและการหลับได้ชัดเจน การสังเกตเป็นครั้งคราวอาจไม่เพียงพอหรือไม่ต่อเนื่อง อาจเกิดความลำเอียงได้ เนื่องจากผู้ป้วยอาจ ตื่นในช่วงเวลาที่ไม่ได้สังเกต (Landis, 2002)

4. เครื่องมือประเมินการนอนหลับแบบอัตนัย (subjective assessment tool) ซึ่งได้ทั้ง ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ การประเมินแบบแผนการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือนี้ ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนามาจากงานวิจัยที่ศึกษา ซึ่งแลนดิส (Landis, 2002) แบ่งวิธีการดังนี้

4.1 การจดบันทึกการนอนหลับ (Sleep diaries)

เป็นแบบให้จดบันทึกเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการนอนหลับจนกระทั่งตื่น โดยบันทึก เวลานอน เวลาตื่นนอน การจดบันทึกการนอนหลับนี้ มีข้อดีคือ สามารถเปรียบเทียบตัวแปรของการนอนหลับในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกัน ส่วนข้อจำกัดคือ เป็นภาระค่อนข้างมาก เนื่องจาก จะต้องบันทึกในแต่ละวัน และถ้าใช้ในเด็กจะใช้ได้ในเด็กวัยเรียนขึ้นไป เนื่องจากเด็กจะต้องเข้าใจเรื่อง ของเวลา ถ้าเป็นเด็กเล็กต้องอาศัยผู้ปกครองในการบันทึก (Landis, 2002)

4.2 แบบสอบถามการนอนหลับ (Sleep questionnaire)

แบบสอบถามการนอนหลับส่วนใหญ่เน้นที่การประเมินระยะเวลาและคุณภาพการนอนหลับ สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาเข้านอนและตื่นนอน จำนวนครั้งของการตื่น ในเวลากลางคืน ลักษณะแบบสอบถามอาจเป็นคำถามปลายเปิด หรือปลายปิด หรือให้เลือกคำตอบ เครื่องมือนี้มีข้อดีคือ ได้ข้อมูลที่มีความหมายและแน่นอนในเวลาอันรวดเร็ว วัดการรับรู้จากบุคคลโดยตรง ส่วนข้อเสียคือ ผู้ตอบต้องอ่านหนังสือออก เขียนได้ แต่มีความยากในการลงข้อมูลให้สมบูรณ์ ในกรณีเป็นผู้ป่วย หรือเด็ก หรือบุคคลที่มีความปกติของการรับรู้ (Landis, 2002)

4.3 แบบสัมภาษณ์การนอนหลับ (sleep interviews)

ลักษณะคำถามคล้ายแบบสอบถามเป็นวิธีที่ประเมินได้ทั้งแบบแผน ปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีข้อดีคือ ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายคำถามให้ผู้ตอบเข้าใจได้ ใช้ได้ดีในกรณีผู้ตอบไม่สามารถอ่านหนังสือ หรือเขียนหนังสือไม่ได้ แต่มีข้อเสียคือ การสัมภาษณ์ต้องใช้เวลาช้านาน อาจมีข้อผิดพลาดในการสื่อสารและแปลความหมายได้ (Landis, 2002)

5. เครื่องมือโดยให้ทำเครื่องหมายบนเส้นตรง (visual analog scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย โดยผู้ป่วยสามารถทำเครื่องหมายบนเส้นตรงซึ่งยาว 10 เซนติเมตร ปลายทั้งสองข้างระบุข้อความที่มีลักษณะตรงกันข้าม เป็นการประเมินที่สามารถบอกได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ ข้อดีคือ ใช้ได้ง่าย สะดวก ส่วนข้อเสียคือ ผู้ตอบอาจไม่เข้าใจวิธีการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและเด็ก

6. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบุชชี เรย์โนลด์ส์ มงค์ เบอร์แมน และ คัปเฟอร์ (Buysse et al., 1989) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง ออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพการหลับในกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี ใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับและความแปรปรวนของการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 19 ข้อคำถามแบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ การรายงานคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย ความแปรปรวนของการนอนหลับ การเข้านอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีการแบ่งเกณฑ์ ตามคะแนนเป็นผู้ที่มีการนอนหลับดีและไม่ดี

การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่บั๊สซีและคณะ (Bussye et al., 1989) สร้างขึ้นมี 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ และเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep) เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลา มากน้อยได้ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543) ประกอบด้วยตัวแปรการนอนหลับ ดังต่อไปนี้

1.1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency) เป็นระยะตั้งแต่บุคคล ตั้งใจจะหลับจนกระทั่งหลับได้ ซึ่งในบุคคลที่นอนหลับง่ายจะใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาทีในการนอนหลับปกติจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ถ้าใช้มากกว่า 30 นาที แสดงว่ามีการนอนหลับยาก (difficult to initiate sleep) (Buysse et al., 1989)

1.2) ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (sleep duration) เป็นระยะเวลาที่บุคคลเริ่มเข้าสู่การนอนหลับจนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่รวมระยะเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ระยะเวลาความต้องการการนอนหลับของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเฉพาะบุคคลต่อการนอนหลับ บุคคลที่มีระยะนอนหลับน้อยกว่าอาจมีการนอนหลับเชิงคุณภาพดีกว่า บุคคลที่นอนหลับได้ระยะเวลานานกว่า อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่สามารถนอนหลับได้ของบุคคลจะค่อยๆลดลงตามอายุที่มากขึ้น (Buysse et al., 1989)

1.3) จำนวนครั้งที่ถูกรบกวนขณะหลับ (number of arousal) การถูกรบกวนขณะหลับจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่องโดยการตื่น 1 ครั้ง หมายถึง การรู้สึกตัวระหว่างหลับนานกว่า 15 วินาที (Beck, 1992) การตื่นมากกว่า 3 ครั้งต่อคืน หรือตื่นแล้วหลับต่อยาก จะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (Buysse et al., 1989)

1.4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) เป็นอัตราส่วนระหว่างระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่หลับได้จริงในแต่ละคืนต่อระยะเวลาเป็นชั่วโมงที่นอนบนเตียงโดยคิดหน่วยเป็นร้อยละ ถ้าค่าประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่าร้อยละ 75 ถือว่าเป็นการนอนหลับปกติ (Buysse et al., 1989)

2) คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep) เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั่นเอง การนอนหลับเชิงคุณภาพประกอบด้วย ตัวแปรการนอนหลับดังนี้ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543)

2.1) ความรู้สึกต่อการนอนหลับ เป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลว่า การนอนหลับ “ดี” หรือ “แย่” ความเพียงพอของการนอนหลับ “เพียงพอ” หรือ “ไม่เพียงพอ” คุณลักษณะของการนอนหลับ “ลึก” หรือ “ตื้น” นอนหลับสนิทหรือไม่ รวมทั้งความรู้สึกหลังตื่นนอนเช่น “สดชื่น” หรือ “อ่อนเพลีย” ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับจะมีคุณภาพการนอนหลับดี (Kekhund and Akerstedt, 1997)

2.2) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นผลที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น (Buysse et al., 1989) นอกจากนี้ยังพบว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ จะทำให้บุคคลมีปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ และความจำ รู้สึกไม่สุขสบาย ลดความร่าเริงสนุกสนานกับเพื่อนและครอบครัวลง (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2542)

7. แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี่ (St.Mary's Hospital Sleep Questionnaire) (Ellis, et al., 1981) แบบสอบถามนี้ถูกออกแบบให้มีความจำเพาะกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่พักรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 14 หัวข้อ ซึ่งถามข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป คำตอบสั้นๆ หลายตัวเลือก สามารถวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับทุกชนิดและสามารถให้ข้อมูลการนอนหลับได้มากที่สุด จากการนำไปทดสอบปรากฏผลชัดเจนว่า สามารถใช้วัดภาวะการนอนหลับแปรปรวน ระยะเวลาก่อนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ และความพึงพอใจ ในการนอนหลับ รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับได้ (Richardson, 1997) มีการนำเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอายุกรรมศาสตร์ จิตเวช และในผู้ที่มีสุขภาพดี พบว่าผู้ที่ถูกประเมินสามารถให้ข้อมูลที่เหมือนกันในเวลาที่แตกต่างกัน การฟื้นความจำถึงการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาเป็นอิสระจากเวลากลางวัน ให้ผลที่เที่ยงตรงไม่ว่าจะใช้เวลาใดของวัน สามารถใช้ได้อย่างมั่นใจว่าจะเป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคทางกาย และพบว่ามีความตรงเมื่อเปรียบเทียบกับคลื่นไฟฟ้าสมองจากการวัดด้วยเครื่องมือ PSG แบบสอบถามนี้เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ในการศึกษามากมาย (Ellis et al., 1981) อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้มีจุดอ่อนที่เนื้อหายาว มีความยากในการอ่านและทำเครื่องหมาย ผู้ถูกประเมินต้องมี

ความจำดี อีกทั้งยังไม่มีเกณฑ์การให้คะแนน จึงแปลผลข้อมูล แยกประเภท และจัดอันดับข้อมูลได้ยาก อีกทั้งยังไม่ได้รับการทดสอบในผู้ป่วยวิกฤติ (Richardson, 1997)

1.4 ผลกระทบจากการนอนหลับไม่เพียงพอ

เด็กอาจเกิดปัญหาการนอนหลับได้มากเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถพบได้จากการสังเกตของพ่อแม่หรือผู้ปกครองมากกว่าที่เด็กจะเป็นคนบอกเอง และบางครั้งปัญหาของเด็กทำให้พ่อแม่รู้สึกเป็นปัญหามากกว่าตัวเด็กเองที่มีปัญหาเช่น ถ้าเด็กไม่ยอมนอน เข้านอนดึกมาก หรือตื่นกลางดึกบ่อยๆ อาจทำให้พ่อแม่เองมีปัญหานอนไม่ได้ หลับไม่สนิท และพักผ่อนไม่เพียงพอ สำหรับปัญหาการนอนหลับของเด็กแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลักๆ คือปัญหานอนไม่หลับ หรือไม่ยอมนอน หลับไม่สนิท (Insomnia) ง่วงนอนมากกว่าปกติในตอนกลางวัน (Hyper somnolence) และปัญหาพฤติกรรมผิดปกติในขณะที่นอนหลับ (Sleep related behaviors) เด็กอาจมีอาการใดอาการหนึ่งข้างต้น หรืออาจมีมากกว่า 1 อาการ ก็ได้ ซึ่งอาการนอนไม่หลับ (insomnia) จะพบได้บ่อยที่สุด (นพ.นที รัชชดาวรรณ, 2551)

เด็กที่ประสบปัญหาการนอนหลับไม่ว่าด้วยสาเหตุใด หรือเป็นระยะใดของการนอนหลับมีผลทำให้ช่วงเวลาของการนอนหลับลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลให้ความสามารถในการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ปัญหาการนอนหลับที่เกิดขึ้นมากกว่า 24 ชั่วโมง จะมีผลต่อวงจรชีวภาพอย่างชัดเจน (Murray et al., 1989) ทำให้กระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของเด็ก ผลกระทบเหล่านี้จะนำไปสู่ปัญหาการนอนหลับหรือภาวะทางจิตประสาทตามมา (Closs, 1988) สำหรับอาการแสดงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการถูกขัดขวางการนอนหลับระยะที่ไม่มีอาการกลอกตาอย่างรวดเร็ว หรือระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว หรือทุกระยะของการนอนหลับ (Taylor et al., 1989) ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับการวิจัยรบกวนบางประการที่มีผลต่อการนอนหลับ (พรวณีย์ วาสิกนันนท์, 2545) โดยส่งผลแสดงออกทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย และจิตอารมณ์ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

เด็กที่ถูกรบกวนการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว มักเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของกลไกการควบคุมในร่างกาย เนื่องจากเป็นช่วงที่กระบวนการต่างๆในร่างกายลดการทำงาน เมื่อมีการรบกวนการนอนหลับระยะนี้ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมวันรุ่งขึ้นลดน้อยลง โดยเฉพาะการรบกวนการนอนหลับของเด็กในระยะหลับลึก จะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งเด็กจะแสดงพฤติกรรมในช่วงกลางวัน เช่น หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว เป็นต้น (Wiggs and Stone, 1996) และเมื่อมีการรบกวนการนอนหลับติดต่อกันนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง เด็กจะแสดงอาการง่วงหวาย สับสน กระสับกระส่าย และหากยังไม่ได้หลับชดเชย จะมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หนึ่งตาตก มือสั่น ขอบตาค้ำ การเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่ภาวะทางจิตภายใน 96 ชั่วโมง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับว่าการรบกวนการนอนหลับในแต่ละระยะ (Closs, 1988)

ถ้าเด็กถูกรบกวนระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว จะมีอาการอ่อนเพลียรบกวนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการรบกวนการกลอกตาอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการตอบสนองที่ไวเกินไป จะมีอาการกระสับกระส่าย พักไม่ได้ และสับสน ถ้าเด็กถูกรบกวนการนอนหลับต่อเนื่องในระยะนี้ ทำให้สภาวะอารมณ์ไม่ปกติ (Dines-Kalinowski, 2002) จากการศึกษาของ คาร์เพนิโต (Carpenito, 1993) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว จะบ่นว่าหลับยาก หรือไม่หลับเลย หรือ หลับๆ ตื่นๆ ตลอดคืน ร่วมกับสังเกตได้ว่ามีอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอนในตอนกลางวัน และเมื่อจับหลับจะปลุกตื่นยาก ไม่สดชื่น ไม่กระปรี้กระเปร่า มีรอยคล้ำรอบบิไต การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมรอบตัวน้อยลง เชื่องช้า และพบว่าแบบแผนการนอนหลับของเด็กที่มีปัญหาการเข้านอนช้า หรือใช้เวลาก่อนนอนลดลง ทำให้เด็กมีภาวะซึม อ่อนเพลียในตอนเช้า และจะส่งผลกระทบต่อสติปัญญาและพฤติกรรมของเด็กต่อไป (Sadeah, Raviv, and Gruber, 2002) และถ้าเด็กนอนหลับอย่างไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบที่กระทบทางร่างกายคือ ระบบควบคุมอุณหภูมิล้มเหลว มีการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนของหัวใจ และระบบหายใจ ปฏิกริยาตอบสนองลดลง ความคิดและตัดสินใจช้า การเห็นและการได้ยินลดลง (Hodgson, 1991) นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพอยังเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โดยทำให้กล้ามเนื้อหายใจส่วนบนไม่ปกติ กล้ามเนื้อหายใจมีความทนทานลดลง และทำให้การฟื้นฟูสภาพของร่างกายไม่ดีและทำให้มีผลผิดปกติของร่างกายที่ยาวนานขึ้น (Gabor, Cooper, and Hanly, 2001)

2. ด้านจิต อารมณ์

เด็กที่ถูกรบกวนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์ เพราะเป็นการทำงานของเซลล์ประสาทสมองมากที่สุดในรอบวัน ผลกระทบเมื่อเกิดการรบกวนการนอนหลับ ระยะนี้จึงเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ความจำ การควบคุมตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง ซึ่งมีผลมาจากการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดนอร์อิพิเนฟริน (norepinephine) และอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ลดลง ได้แก่ โดปามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) และฮีสตามีน (histamine) ตลอดจนการหลั่งของแกมมา-อะมิโนบิวทีริก (gamma-aminobutyric acid: GABA) ลดลง ส่งผลให้เด็กหงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมลดลง จะเกิดอาการทางด้านอารมณ์ชัดเจนขึ้น ในลักษณะหงุดหงิด ก้าวร้าว สับสน และหากยังไม่ได้รับการแก้ไข จะกลายเป็นปัญหาทางจิตตามมา (Closs, 1988) เพราะการนอนหลับระยะนี้มีบทบาทในการรักษาระดับสุขภาพจิต ทำให้พฤติกรรมตอบสนองต่อการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลลดลง (Closs, 1988; Fuller and Schaller-Ayer, 1990; Fontaine, 1993) และเด็กที่ถูกรบกวนการนอนหลับระยะนี้ ส่งผลให้ความสามารถการเรียนรู้ลดลง และพบว่าถ้าถูกรบกวนบ่อยๆ จะส่งผลให้เกิดปัญหาการเรียนรู้และความจำที่รุนแรงในอนาคตคือ เด็กเรียนรู้ได้น้อยลงและมีความจำระยะสั้น (Wiggs and Stones, 1996) นอกจากนี้เด็กที่มีปัญหาการนอนหลับที่รุนแรงจะมีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาด้านอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล ตอบสนองช้า ปัญหาด้านการเรียนรู้คือ การหลงลืมง่าย ปัญหาพฤติกรรม ตามมาคือ สมาธิสั้น หงุดหงิดง่าย (Paavonen et al., 2002)

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression มาจากภาษาลาตินว่า Deprive ซึ่งมีความหมายว่า ลดต่ำลง หรือต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2526) และได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติอย่างหนึ่ง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อยากร้องไห้ เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนุกสนาน ในรูปของความคิด เช่น คิดว่าตนเองไม่มีค่า หรือเป็นคนไม่ดี และทางพฤติกรรม เช่น แยกตัว หรือมีอาการก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้หลายแบบ ตั้งแต่ความผิดปกติในการปรับตัว (adjustment disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

(dysthymia) และโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (major depressive disorder) รวมทั้งโรคทางจิตเวชอื่นๆ (American Psychiatry Association, 1994)

เบค (Beck, 1967) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม มีพฤติกรรมถดถอยและโทษตัวเองอยากตาย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ด้านการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคต ทำให้มีลักษณะการแสดงออกคือ ตำหนิและลงโทษตัวเอง ประเมินตนเองไร้ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

ไซตรินและแมคเคนิว (Cytryn and MacKnew, 1972) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเศร้า หดหวัง รู้สึกผิด เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลพบกับการสูญเสียพลัดพราก

คลาร์คและแฟร์เบิน (Clark and Fairburn, 1997) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้รู้สึกเศร้าเสียใจมากและหดหวัง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง โกรธง่าย ความจำไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย การกินและการนอนหลับลดลง ความสนใจต่อตนเองลดลง

Angold (1988) ได้แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระดับต่ำสุด ซึ่งเป็นไปตามปกติ หมายความว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นรายละเอียดของความไม่เป็นสุข ความเศร้าหรือความเจ็บป่วยทางจิตใจ ซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การตาย ความล้มเหลวในการกระทำสิ่งที่สำคัญ

3. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของสภาวะ anhedonic ต่อเนื่องตลอดในแต่ละบุคคล ซึ่งลักษณะนี้เป็นความคิดรวบยอดของ “บุคลิกภาพแปรปรวนแบบซึมเศร้า” (Depressive Personality disorder)

4. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงของแต่ละบุคคล ซึ่งสมควรเรียกว่า อารมณ์เศร้า (Depressed mood) อารมณ์เศร้าอาจจะสังเกตได้จากปริมาณที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

4.1 การเบี่ยงเบนของความรุนแรง ซึ่งในที่นี้ อารมณ์เศร้าจะหมายถึง ลักษณะของ อารมณ์ที่ต่ำเกินปกติ แต่มีความรุนแรงมากกว่าที่คิดไว้

4.2 การเบี่ยงเบนในปริมาณในระยะเวลาของสภาวะอารมณ์ต่ำ ซึ่งเกิดจากสิ่งเร้า บางอย่างที่คาดว่าจะทำให้เกิดความไม่สบายใจในระยะเวลาที่จำกัด

ซึ่งปริมาณที่เบี่ยงเบนนี้ สามารถนำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น ในแต่ละบุคคลได้

5. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติ (Syndrome) หรือเป็นความเจ็บป่วย ซึ่งความผิดปกติของ ภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder) นี้เป็นการเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของปกติ พบได้ในกลุ่มที่มี พยาธิสภาพทางจิตอื่นๆ หรือพบสภาวะของความผิดปกตินี้โดยเฉพาะการเกิดความผิดปกติของภาวะ ซึมเศร้าจะมากน้อยเพียงใดนั้น เป็นการยากที่จะทราบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดร่วมกับพยาธิ สภาพทางจิตอื่นๆ

6. ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย ซึ่งกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าไม่ จำเป็นต้องเกิดพยาธิสภาพทางจิต (Psychopathology) ร่วมด้วย

7. ภาวะซึมเศร้าเป็นโรค ซึ่งอาจจะพบได้ในรายที่ความผิดปกตินั้นสามารถอธิบายได้ และมีความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพที่กลับเป็นซ้ำอีก โดยวางอยู่บนพื้นฐานของหลักพันธุกรรม มีสาเหตุที่มีความ เฉพาะตัว มีพยาธิสภาพทางร่างกาย มีการพยากรณ์โรคและมีการรักษาที่มีการตอบสนองต่อการ รักษา

สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2527) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และ เศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะ ซึมเศร้านั้นมีหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมด หวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีจากความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ศึกษาภาวะซึมเศร้าตามความหมายของเบค (Beck, 1967) เนื่องจากเบคได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าได้ครอบคลุมถึงเหตุของภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการคิดของบุคคล และผลที่แสดงออกในลักษณะต่างๆ ชัดเจน

2.2 ภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ภาวะซึมเศร้าในเด็กเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจในระยะไม่นาน แต่เดิมคนทั่วไปเชื่อว่าเด็กมักจะไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่ในปัจจุบันได้มีการศึกษายืนยันว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดได้ในเด็กวัยรุ่น ดังเช่นการศึกษาของ Rene Spitz (Spitz, R.A., 1965) พบว่า เด็กทารกที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง คือ ร้องไห้มาก มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง ดูดนมน้อย และมีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า Anaclitic depression

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยเรียนแยกจากจากปัญหาอารมณ์อื่นๆ เช่น ความกังวล ซึ่งมักพบร่วมกัน เด็กจะไม่ถูกพามาพบแพทย์ เพราะเด็กบอกว่าเศร้า หรือ ผู้ปกครองคิดว่าซึมเศร้า แต่จะแสดงอาการอื่นๆ ที่แพทย์จะต้องนึกถึงภาวะซึมเศร้า เช่น อาการทางกาย แบบปวดศีรษะ ปวดท้อง การเรียนเลวลง เพราะไม่มีสมาธิ อารมณ์หงุดหงิด หรือ อารมณ์เสียกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ ไม่ว่าจะเด็กมักไม่มีปัญหาการกินและนอนเหมือนวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ แต่บางรายอาจแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน เช่น เฉื่อยชา พุดและทำอะไรช้า (Retardation) เบื่ออาหาร ขาดความมั่นใจ ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายพบน้อยในเด็ก แต่เมื่อถามเด็กอาจบอกว่าอยากตาย เด็กวัยเรียนมักไม่บอกว่าเศร้า แต่อาจบ่นว่าเบื่อ ไม่มีอะไรน่าสนใจ หรือ บ่นว่าคนรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครูไม่รัก หรือไม่ยุติธรรม อาการเบื่อและไม่รู้สึกสนุกในเด็กที่ซึมเศร้าจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ต่างจากความเบื่อแบบธรรมดาเวลาที่เด็กไม่มีอะไรทำเป็นบางครั้ง ความรู้สึกว่าคุณรอบข้างไม่รักและไม่ยุติธรรม แสดงถึงความไม่มั่นใจในตัวของเด็ก ซึ่งเมื่อถามเด็กมักตอบว่า ตัวเองรู้สึกว่าคุณไม่ดี หรือไม่เก่งเท่าเพื่อน หรือ พ่อแม่รักพี่หรือน้องมากกว่าเด็ก เป็นต้น (อลิสสา วัชรสินธุ2535 อ้างใน วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2538)

ความชุกของภาวะซึมเศร้า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กก่อนวัยเรียน ไม่มีการศึกษาแน่นอน เพราะไม่มีหลักฐานที่เหมาะสมในการวินิจฉัยในเด็กเล็ก ในเด็กก่อนวัยรุ่น แม้จะพบว่ามีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 10 - 15 แต่พบโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 0.5 - 2.5 (อลิสสา วัชรสินธุ2535 อ้างใน วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2538)

การศึกษาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคระบบทางเดินอาหาร หรือพิการ พบความของ Depression ร้อยละ 12-36 ขึ้นกับความรุนแรงของ depression และชนิดของโรค (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่น เด็กก่อนวัยรุ่นที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 15 – 20 % ถ้าเป็นเด็กวัยรุ่นจะสูงถึง 20 - 40 % (ศิริชัย หงส์สงวนศรี, 2544) จะเห็นได้ว่าเด็กที่มีการเจ็บป่วยทางกายมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าในระดับความรุนแรงต่างๆ สูงกว่าเด็กทั่วไป

2.3 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในเด็ก

อลิสซา วัชรสินธุ (2531 อ้างใน วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2538) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน จึงได้มีผู้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. สาเหตุทางพันธุกรรม พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญมากในภาวะซึมเศร้าที่พบสลับกับอาการ mania (Bipolar disorder) ใน unipolar depression แม้จะพบบทบาทน้อยกว่าใน bipolar แต่ก็มีหลักฐานจากหลายการศึกษาถึงบทบาทของพันธุกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยเด็กหรือวัยรุ่น การศึกษาเด็กที่พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป ในทำนองเดียวกันการศึกษานิติของเด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าญาติของเด็กทั่วไป

2. สาเหตุทางจิตสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายอย่างเป็นสาเหตุให้เด็กเกิดโรคซึมเศร้า การที่เด็กมีแม่ที่มีปัญหาทุกขใจเลี้ยงดูลูกได้ไม่ดี หรือมีครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง ปัญหาเศรษฐกิจและที่อยู่อาศัย ทำให้เด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นกระทันหัน เช่น การเสียชีวิตหรือการหย่าร้างของพ่อแม่ และ เหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตที่เรื้อรัง เช่น การถูกกระทำทารุณทางร่างกายและทางเพศ การถูกทอดทิ้ง

3. กลไกทางจิตใจมีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า Seligman กล่าวถึงการเรียนรู้ว่าไม่มีอะไรจะช่วยให้ (learned helplessness) ซึ่งอธิบายว่าการที่เราพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้ง แต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชา และซึมเศร้าได้ Beck (Beck, 1973) กล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่า คนที่มีความคิดในทางลบเกี่ยวกับตัวเอง โลก และอนาคต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า กลไกทางจิตใจ

อื่นที่มีการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ และไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน

4. กลไกทางชีววิทยา การสังเกตยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการค้นพบยาที่รักษาโรคซึมเศร้า นำไปสู่สมมติฐานของสารสื่อประสาท Monoamines ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากสารดังกล่าวลดลง หลายการศึกษาพบความผิดปกติของฮอร์โมนที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น เด็กที่ซึมจะไม่ตอบสนองแบบปกติต่อ Dexamethasone suppression test, thyroid releasing hormone test, การหลั่งของ growth hormone ภายหลัง hypoglycemia หรือให้ clonidine นอกจากนี้มีการศึกษาพบความผิดปกติของคลื่นสมองขณะหลับในเด็กที่ซึมเศร้า

2.4 การประเมินและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในเด็ก

อาการทางคลินิก สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กตามหลัก ดีเอสเอ็มทีอาร์ (DSM III R) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) กำหนดค่าจะต้องมีอาการ 5 อาการ หรือมากกว่าจาก 9 อาการ โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่

1. อารมณ์เศร้า หรือหงุดหงิด
2. ขาดความสนใจหรือสนุกสนานในสิ่งรอบตัว
3. น้ำหนักลด หรือเพิ่ม
4. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
5. เฉื่อยชาหรือกระสับกระส่าย
6. รู้สึกเหนื่อยและไม่มีแรง
7. รู้สึกไร้ค่า หรือ รู้สึกผิดและตำหนิตัวเอง
8. ไม่มีสมาธิ
9. คิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย

อาการซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นบางคนอาจแสดงออกในรูปของ Anxiety disorder เช่น Panic หรือ Obsessive – Compulsive หรือในอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นอาการ Depressive equivalents หรือเป็น masked depression (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540)

วิธีการประเมินภาวะซึมเศร้า

วิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่ทำได้ไม่่ง่ายนัก โดยเฉพาะการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยเด็ก ดังนั้นต้องมีวิธีการประเมินที่ดีเพียงพอ จะต้องมี ความเหมาะสมตามระดับ พัฒนาการ และอาจจะต้องใช้วิธีการประเมินหลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้ได้ค่าความตรงและมีความเที่ยงมากที่สุด ในปัจจุบันได้มีวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่หลายวิธี แต่ในสำหรับที่นี่ จะขอกกล่าวถึง 3 วิธี ดังนี้ (ศิริอร ฤทธิไทรรัตน์, 2544)

1. การประเมินด้วยตนเอง (self-rating scale) ซึ่งได้แก่ แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) แบบวัดความซึมเศร้า CES-DC (Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children) แบบวัดภาวะซึมเศร้า RADS (Reynold's Adolescent Depression Scale) และแบบทดสอบ SCL-90 (Symptom Distress Checklist-90) (ศิริอร ฤทธิไทรรัตน์, 2544)

2. การประเมินโดยผู้รักษา (Physician – rated scales) ได้แก่ การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM III R (Diagnostic and Statistical Mental Disorder Revised) หรือการใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological test) (ศิริอร ฤทธิไทรรัตน์, 2544)

3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (objective behavior measures) ซึ่งเป็น การวัดพฤติกรรมภายนอก ที่สังเกตและวัดได้โดยเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า แล้วสังเกตความถี่ของพฤติกรรมพร้อมทั้งบันทึกไว้ เช่น การร้องไห้ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง สมาธิ เป็นต้น (ศิริอร ฤทธิไทรรัตน์, 2544)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้า คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศาสตราจารย์ พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ

2.5 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับความซึมเศร้าสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้(American Psychiatric Association)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับต้น หรือระดับอ่อน (mild depression or blue moods) หมายถึง ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งมักมาจากการสูญเสีย ความคิด การแก้ปัญหา ยังปกติ มีการเคลื่อนไหวเป็นไปตามปกติ สามารถสื่อสารและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับกลาง (moderate depression or neurotic depression) หมายถึง ผู้ที่หาความสุขไม่ได้ เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ ท้อแท้ หดหู่ และมีอารมณ์โกรธ ความคิดจะวนไปวนมาเกี่ยวกับตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ การตัดสินใจไม่ได้ การนอนหลับผิดปกติ การเคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย ดูแลตนเองน้อยลง รับประทานอาหารน้อย การสื่อสารมักจะออกมาในรูปความไม่พอใจตนเอง ไม่ยืดหยุ่น และพูดน้อย

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression or psychotic depression) หมายถึง ผู้ที่มีอารมณ์เฉยชา ลึนหวัง มองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมาก ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีลักษณะความคิดแบบหลงผิด (delusion) จะคิดต่อเฉพาะตนเอง มีความคิดแบบ depersonalization เช่น รู้สึกว่าหัวใจถูกทำลายไป แขนขาขาดหายไป ไม่สนใจตัวเอง ไม่เคลื่อนไหว น้ำหนักลดลงมาก จะมีลักษณะของ early morning awaken คือ ตื่นเข้าไป โดยเฉพาะช่วงเช้ามีดีจะมีอาการมาก

2.6 วิธีลดภาวะซึมเศร้าในเด็ก

วิธีลดความซึมเศร้า

การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วยวิธีการหลายแบบ เช่น การให้ยา จิตบำบัด การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การให้คำแนะนำ ในรายที่เป็นไม่รุนแรง ร่วมกับการให้กำลังใจ และช่วยเหลือปรับระดับระคองทางจิตใจ ก็อาจเพียงพอที่จะทำให้เด็กดีขึ้น ในรายที่เป็นรุนแรงอาจต้องรักษาด้วยยาหรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สำหรับวิธีการที่สามารถลดความซึมเศรานั้นมีหลายวิธี อูบล นิวัติชัย (2537, หน้า 1104-1106) กล่าวไว้ดังนี้

1. การฝึกหายใจแบบสงบ การหายใจของผู้ที่ตื่นเต้น หวั่นไหว เครียดมักจะหายใจเข้าออกที่หน้าอกส่วนบน ทรวงอกมีการขยายและหดตัวตามจังหวะหายใจ เป็นการหายใจเร็วและลึก การหายใจแบบนี้ธรรมชาติเตรียมไว้สำหรับภาวะฉุกเฉิน เช่น เวลาวิ่งหรือเล่นกีฬา อย่างหนึ่งอย่างใดแล้วเหนื่อย การหายใจแบบนี้บางทีเป็นไปอย่างอัตโนมัติ เพราะกล้ามเนื้อต้องการออกซิเจนมากๆ คนที่มีอาการหวั่นไหวบ่อยๆ มักจะเคยชินกับการหายใจแบบนี้ จนกระทั่งเมื่อประสบปัญหาต่างๆ หรือเรื่องเล็กน้อยก็หายใจแบบฉุกเฉินอยู่เสมอ จึงยังทำให้เกิดกังวลและเครียดมากยิ่งขึ้น

เมื่อต้องการผ่อนคลายจะต้องหายใจแบบสงบ คือ การหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง มีการหายใจลึก ช้า และสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปถึงถึงส่วนล่างของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจและยุบลงเวลาหายใจออก

2. การออกกำลังกาย การผ่อนคลายด้วยวิธีออกกำลังกายแบบง่ายๆ อย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม จะช่วยให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้นภายหลังที่กล้ามเนื้อไม่เกร็งเครียดอยู่นานๆ

3. การสั่งตัวเองให้ผ่อนคลาย วิธีนี้คล้ายการสะกดจิตตัวเอง คือ บอกตัวเองในใจซ้ำๆ ซ้ำๆ กันให้คลายกล้ามเนื้อทีละส่วน

4. การใช้จินตนาการนึกภาพในทางบวก การใช้จินตนาการนึกภาพในทางบวก การใช้จินตนาการเช่นนี้ จะช่วยให้สมองชักชวนร่างกายให้อวัยวะที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ เช่น การย่อยอาหาร การเต้นของหัวใจ การหดตัวของหลอดเลือด เหล่านี้ทำงานดีขึ้น วิธีการอาจทำง่ายๆ โดยการอยู่ในท่าที่สบายผ่อนคลายทุกส่วน แล้วนึกภาพที่รื่นรมย์ เช่น ทะเลา สวนดอกไม้ ริมลำธาร หรือที่ใดที่ให้ความรู้สึกสบาย สดชื่น

5. การนวด คือ การสัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างมีระบบ เพื่อช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดอาจทำด้วยตัวเอง หรือให้ผู้อื่นทำก็ได้

6. การฝึกสมาธิ หมายถึง การที่สติคุมจิตใจให้เพ่งอยู่ที่ใดจุดใดจุดหนึ่ง หรืออารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง จนตั้งแน่วแน่นอยู่ในอารมณ์เดียว (โรจน์ สุวรรณสุทธิ, 2533) เมื่อจิตสงบก็จะคลายความเคร่งเครียด กังวล หายหงุดหงิดฉุนเฉียว กลับเป็นคนอารมณ์เย็น แจ่มใส เป็นสุข

7. การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละส่วนทั่วร่างกาย และสามารถควบคุมให้เกิดการผ่อนคลายได้ วิธีฝึกหัดคลายกล้ามเนื้อ(progressive relaxation) โดยทั่วๆ ไปมี 2 แบบ คือ วิธีเกร็งกล้ามเนื้อให้เต็มที่แล้วคลายออกกับวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่เกร็งก่อน

8. ไบโอฟีดแบค เป็นเทคนิคของการใช้เครื่องมือเพื่อเป็นสื่อให้บุคคลได้รับรู้การทำงานภายในอวัยวะร่างกายของตนเองและรู้วิธีการควบคุมสรีระของตนเองไว้ หลักการพื้นฐานของไบโอฟีดแบค มาจากแนวคิดของการป้อนกลับ (feedback) และระบบควบคุมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีก้าวหน้าทางวิศวกรรมชีวภาพการแพทย์(biomedical engineering) ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล สามารถใช้เครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพชนิดตรวจวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ(EMG) วิธีการคือนำอิเล็กโทรด (electrode) วางบนผิวหนังตรงตำแหน่งของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผากของผู้ป่วย เครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพจะตรวจวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยผ่านกระบวนการต่างๆ ภายในเครื่องมือและ

บ่อนกลับให้ผู้ป่วยรับรู้ในเรื่องของเสียง เสียงที่เบาแสดงว่ากล้ามเนื้อมีการคลายตัว ส่วนเสียงที่ตั้งแสดงว่ากล้ามเนื้อมีความตึงตัวมาก ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากเครื่องมือบ่อนกลับทางชีวภาพ ผู้ป่วยจะฝึกปฏิบัติการทางจิต เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย นั่นคือผู้ป่วยต้องทำให้เสียงจากเครื่องเบาลง ผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่ง จึงจะสามารถทำให้เสียงเบาลง ซึ่งแสดงว่าจิตสามารถคุมกายได้ และกล้ามเนื้อมีการคลายตัวลง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532)

3. แนวคิดเกี่ยวกับความปวดในเด็ก

3.1 ความหมายของความปวด

ความหมายของความปวด : The International Association for the study for pain (IASP) ได้ให้ความหมายว่า “ความปวดเป็นประสบการณ์ ความไม่สุขสบายด้านการรับรู้และอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายโดยตรง หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดการบาดเจ็บขึ้น (International Association for Study of Pain, 1997)

สเตอร์นบาค (Sternbach, 1977) อ้างถึงใน Ignatavicius and Bayne (1991) กล่าวว่า ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกทุกข์ทรมาน เกิดเนื่องจากสิ่งกระตุ้นไปทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และมีรูปแบบของการตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต

สวิฟ (Swift, 1980) อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์ (2532) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนต้องประสบในชีวิตมาครั้งหนึ่ง หรือหลายครั้ง ความปวดเป็นสิ่งที่ผู้ที่ได้รับ บรรยายจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นการยากที่จะอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจน ไม่มีเครื่องมือวัดความปวดออกมาเป็นปริมาณที่แน่นอนว่าปวดมากหรือน้อยเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับบุคคลผู้อื่นอธิบายหรือบรรยาย

สุพร พลยานันท์ (2528) กล่าวว่าความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจได้รับการคุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว จะมีแต่

บุคคลที่กำลังประสบความปวดอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความรู้สึกปวดของตนเอง บุคคลอื่นจะไม่อาจหยั่งรู้ถึงความปวดของเขาได้นอกจากบุคคลนั้นได้บอกกล่าวถึง

กล่าวโดยสรุป ความปวด หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกาย เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมาน เป็นกลไกของร่างกายที่เตือนให้รับรู้ถึงภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นเนื่องจากเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ หรือ จากจิตใจที่ได้รับการคุกคาม ส่งผลให้เกิดความปวดขึ้น และผู้ที่เผชิญกับความปวดเท่านั้นที่จะรับรู้ถึงความรู้สึก ความรุนแรงของความปวดนั้นได้

3.2 กลไกการเกิดความปวด

กลไกการเกิดความปวดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (Noxious stimuli) ตัวรับสัมผัสความปวด (pain receptors / nociceptor) และวิถีประสาทนำความรู้สึกปวด (pain impulse pathway) ซึ่งกลไกการเกิดความปวดเป็นการเปลี่ยนแปลงพลังงานที่มากระตุ้นเมื่อเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อให้เป็นสัญญาณประสาท ความปวดเริ่มจากระบบประสาทส่วนปลายจนเข้าระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่แปลผลและรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้น ดังนี้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2528)

ความปวดเกิดขึ้นได้เมื่อมีสิ่งเร้า สัญญาณนี้ผ่านไปตามใยประสาทรับความรู้สึกเพื่อไปที่ไขสันหลัง แล้วไปแปลความหมายของสิ่งเร้าที่สมองในระบบรับความรู้สึกของร่างกาย (Somatosensory system) ซึ่งกลไกการเกิดความปวดมีองค์ประกอบ 3 ส่วน สำคัญ ได้แก่ ตัวกระตุ้นความปวด (Noxious Stimuli) ตัวรับความรู้สึกปวด (Pain Receptor) และสัญญาณประสาท (Nerve Impulse) (Boss, 1992)

ตัวกระตุ้นความปวด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ตัวกระตุ้นทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความเย็น กระแสไฟฟ้า แรงกด แรงกระแทก ส่วนตัวกระตุ้นอีกชนิด คือ ตัวกระตุ้นทางเคมี เช่น กรดต่าง สารคัดหลั่งจากร่างกาย อาทิ ฮีสตามีน เบริดีโคนิน และพรอสตาแลนดิน

ตัวรับความรู้สึกปวด อยู่ที่ปลายประสาทอิสระ (Free nerve ending) ได้ผิวหนังสามารถแบ่งออกเป็นตัวรับความรู้สึกเฉพาะ และตัวรับความรู้สึกหลากหลาย

สัญญาณประสาท เป็นสื่อสัญญาณประสาทจากตัวรับความรู้สึกปวดนำไปสู่ไขสันหลัง โดยผ่านไปตามเส้นใยประสาทนำเข้า (Afferent fibers) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ขนาด คือ เส้นใย เอ -

เดลต้า และเส้นใยประสาทซี โดยเส้นใยเอ-เบต้ามี่มีผนังหุ้ม นำความรู้สึกเกี่ยวกับการถูกสัมผัส เมื่อมีการกระตุ้นใยประสาทนี้ จะสามารถลดความรู้สึกปวดให้น้อยลงได้ จึงมีผู้นำความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ช่วยบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย สำหรับเส้นใยประสาท เอ-เดลต้าเป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็กมีผนังหุ้ม นำความรู้สึกเจ็บแปลบคล้ายเข็มทิ่มส่วนเส้นใยประสาทซีเป็นเส้นใยประสาทที่มีขนาดเล็กที่ไม่มีผนังหุ้ม นำความรู้สึกแบบปวดตื้อๆ ปวดแสบปวดร้อนและปวดร้าว (दारुणी जगुदमकारणी, 2546)

เมื่อมีสิ่งรบกวนมากระตุ้นใยประสาททั้ง 3 จะถูกกระตุ้นพร้อมกันทั้งหมด โดยใยประสาทเอ-เบต้ามี่ และใยประสาทซีจะเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกปวด ส่งต่อไปตามวิถีประสาทนำความรู้สึกปวดเข้าสู่ไขสันหลังและสมอง โดยนำส่งกระแสประสาทความปวดเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอรีซอน (dorsal horn) ในบริเวณนี้มีจุดประสานประสาท (synapse) และประสาทกับเซลล์ประสาทในชั้นสแตนต์เยีย เจลาตินโนซา (substantia gelatinosa) หรือ เซลล์เอสจี (cell SG) การรับรู้ความปวดไม่ได้ถูกส่งกระแสประสาทจากผิวหนังไปสู่สมองโดยตรง แต่จะมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนกระแสประสาทความปวดที่เรียกว่า กระบวนการควบคุม และปรับปริมาณการส่งกระแสประสาทความปวดที่เกิดขึ้นในระดับไขสันหลัง การปรับและการควบคุมความปวด อาจมาจากระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งผลจากกระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากสิ่งกระตุ้นรุนแรง อาจรับความรู้สึกปวดได้น้อยลง ซึ่งอธิบายได้โดยทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (दारुणी जगुदमकारणी, 2546)

แนวคิดความปวดตามทฤษฎีความปวดต่าง ๆ

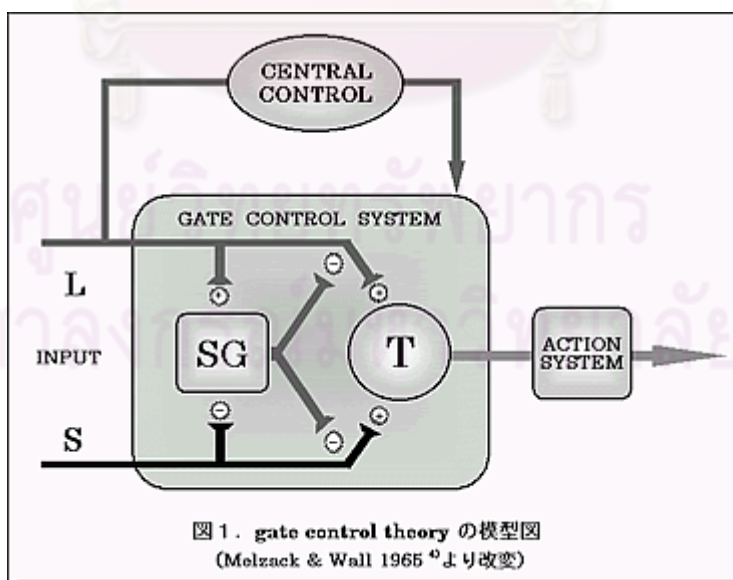
ทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate – Control Theory)

พื้นฐานของทฤษฎีกล่าวไว้ว่า กลไกประสาทในส่วนคอรีซอน (Dorsal Horn) ของไขสันหลังทำหน้าที่เป็นประตู “ปิด-เปิด” ปล່อยหรือลดกระแสประสาทจากเส้นใยประสาทส่วนปลายเข้าสู่เซลล์ไขสันหลัง ดังนั้นการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดทั่วร่างกายจึงมีการกลั่นกรองสัญญาณ ณ จุดนี้ ตัวทฤษฎีกล่าวถึงหลักการว่า กระแสประสาทที่ผ่านเส้นใยประสาทจะมีแนวโน้ม “ปิดประตู” นี้ยังได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการสั่งการของสมองอีกด้วย คือสมองกระตุ้นโดยกระแสประสาทนำเข้าจากเส้นใยประสาทใหญ่จากคอรีซอน ฮอรัมแล้วถ่ายทอดไปยังส่วนเปลือกสมอง (Cortical) และขอบสมอง (Limbic) โดยกระแสประสาทที่ผ่านเข้าทางเส้นใยประสาทจะแยกเป็น 2 ทางคือ ทางหนึ่งเข้า

ระบบควบคุมประตู อีกทางหนึ่งไปเข้าระบบควบคุมสมองส่วนกลาง แล้วจึงกลับมาควบคุมประตู “ปิด-เปิด” (ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์, 2546)

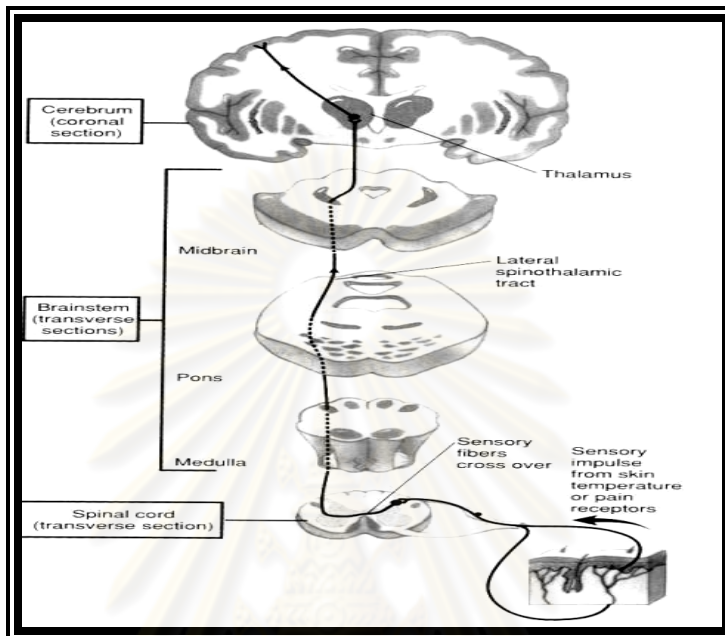
ทฤษฎีความคุมประตูความปวด อธิบายถึงกลไกของการเกิดความปวดว่า กระแสประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ดังนี้(พูลสุข ศิริพูล, 2551)

1. กลไกการควบคุมระดับไขสันหลัง ประกอบด้วยระบบควบคุมประตู (Gate - control system) อยู่ในไขสันหลังบริเวณซัสแตนเทีย เจลาตินโนซา (substantia gelatinosa) หรือ เซลล์เอสจี (cell SG) และเซลล์ที (cell T) โยประสาทขนาดเล็ก (small fiber) และพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ (large fiber) เด - เดลต้า (delta type A fiber) และใยประสาทซี (c - fiber) เมื่อมีกระแสประสาทขนาดเล็ก cell SG จะทำหน้าที่เป็นประตู ปิด - เปิด โดยจะยับยั้งหรือส่งเสริมการส่งกระแสประสาทไป cell T กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ เมื่อผ่าน cell SG จะกระตุ้นการทำงานของ cell SG ซึ่งจะมีผลไปยับยั้งการทำงานของ cell T จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกปวดขึ้นสู่สมอง เรียกว่า ประตูปิด (close gate) ดังนั้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากกระตุ้นให้เกิดความปวด สัญญาณประสาทนำความปวดทั้งสองกลุ่มนี้จะเข้าสู่ระบบควบคุมประตู โดยที่ปริมาณความเข้มข้นของสัญญาณประสาทจากใยประสาททั้งสองมีอิทธิพลต่อการทำงานของ cell SG และส่งผลต่อการ เปิด - ปิด ประตูในระดับไขสันหลังดังรูปภาพที่ 1 (พูลสุข ศิริพูล, 2551)



รูปภาพที่ 1 แสดงกลไกระบบควบคุมประตู (Gate - control system)

ด้วย การทำงานของระบบนี้มีอิทธิพลต่อระบบการควบคุมส่วนกลาง โดยส่งกระแสประสาทไปควบคุม การเปิด - ปิด ประตูที่ระดับไขสันหลัง ดังรูปภาพที่ 3 (พูลสุข ศิริพูล, 2551)



รูปภาพที่ 3 แสดงการควบคุมการเปิด - ปิด ประตูที่ระดับไขสันหลัง

4. ระบบการเคลื่นไหว เป็นปรากฏการณ์ของการตอบสนองต่อความปวดด้านพฤติกรรมจะ แสดงออกหลังจากที่มีการรับรู้ความปวดแล้ว ซึ่งปฏิกิริยาการตอบสนองมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

3.3 ประเภทของความปวด

ความปวดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งประเภทของความปวดได้หลายวิธี ในที่นี้จะขอแบ่ง ประเภทความปวดตามระยะเวลาที่เกิด (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

1. ความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของ เนื้อเยื่อหรืออวัยวะต่างๆ มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น กระตุ้น nociceptors เมื่อเกิดขึ้นจะมีความปวดรุนแรง ในระยะแรก และจะค่อยๆ ลดลง และหายไปตัวเอง เมื่อมีการหายของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้น โดยได้รับ

การรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาก็ตาม ความปวดชนิดนี้เกิดขึ้นชั่วคราว ทันทีทันใด หลังการบาดเจ็บ หรือเนื้อเยื่อถูกทำลาย ความรุนแรงมีตั้งแต่ระดับน้อยถึงมาก แล้วแต่ชนิดของการได้รับบาดเจ็บ พวกที่มีอาการปวดรุนแรงพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นความปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain) และทำหัตถการต่างๆ ความปวดจากอุบัติเหตุ (post-traumatic pain) และความปวดจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (burn pain) เมื่อมีความปวดเฉียบพลันรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก น้ำตาไหล ตัวเย็นและซีด (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

2. ความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานยืดเยื้อเกินระยะเวลาของโรค หรือระยะเวลาการหายของการบาดเจ็บต่างๆ อาจเกิดขึ้นนานเกิน 3 เดือน หรือเกิน 6 เดือน ไม่ขึ้นกับสิ่งกระตุ้นภายนอก สามารถเกิดขึ้นได้เองและอาจเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา ความปวดอาจค่อยๆ เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างช้าๆ บอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน การควบคุมหรือการบำบัดรักษากระทำไม่ได้ยาก ความปวดเรื้อรังจะไม่มีอาการแสดงทางระบบประสาทอัตโนมัติเฉียบพลันร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มักทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ จนบางครั้งอาจดูไม่ออกกว่าผู้ป่วยปวด เช่น ปวดจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) ปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น ไม่อยากพูดคุย เก็บตัวเงียบ ไม่กระตือรือร้น เป็นต้น (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

ความปวดทั้ง 2 ประเภทมีความแตกต่างกันในด้านระยะเวลา แต่ความปวดทั้ง 2 ประเภท สามารถสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความปวดเรื้อรัง ซึ่งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานและไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดยืดเยื้อยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้ในอนาคต (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก

การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดผู้ป่วยเด็กมีความแตกต่างกันตามสภาพธรรมชาติ และมีคุณลักษณะเฉพาะของแต่ละคน ดังนั้นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความปวด แม้จะดูใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน บุคคลก็อาจมีการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดนั้นแตกต่างกัน (ดร.ดารุณี จงอุดมการณ, 2546)

การรับรู้ต่อความปวดในเด็กมีผลจากความเข้าใจความหมายของความปวดตามระยะพัฒนาการ ในปัจจุบันมีการพิสูจน์ว่าเด็กมีการรับรู้สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความปวดได้ตั้งแต่วัยแรกเกิด (Stevens, 2001) และเริ่มจำประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความปวดได้เมื่ออายุ 6 เดือน เด็กเรียนรู้ และรับรู้ความปวดจนพัฒนาเป็นมโนทัศน์จากประสบการณ์ของเด็กเอง (Jeans and Melzack, 1992) เริ่มจากประสาทสัมผัสในทุกด้าน แล้วสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ผ่านโครงสร้างทางสติปัญญา แล้วสกัดออกมาเป็นมโนทัศน์ของความปวด เมื่อความสามารถทางสติปัญญาเปลี่ยน มโนทัศน์ด้านความปวดก็จะเปลี่ยนไปด้วย วอลเลย์ และ วอง (Whaley and Wong, 1997) ได้ดัดแปลงพัฒนาแนวความคิดด้านพัฒนาการด้านความคิดเด็กต่อความปวดไว้ว่า เมื่อเด็กวัยก่อนเรียน เด็กจะมีความคิด การรับรู้ความปวดว่าเกิดจากอำนาจลึกลับ และเมื่อถูกทำให้เจ็บจะคิดว่านั่นคือการถูกลงโทษ เมื่อเด็กย่างเข้าวัยเรียน การรับรู้ความปวด จะสามารถจำแนกตำแหน่งที่ปวดได้ แยกออกระหว่างปวดที่กาย หรือที่ใจ มีความกลัวปวด และกลัวร่างกายพิการ ยังคิดว่าความปวดเกิดจากการถูกลงโทษ ต่อมาเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่น เด็กสามารถให้เหตุผลของการเกิดความปวดได้ว่าเพราะอะไร มีกลไกการแก้ไขปัญหาเมื่อมีความปวดได้เหมือนผู้ใหญ่แล้ว ขณะเดียวกันกลัวว่าตนเองจะเสียการควบคุมตนเองในขณะปวด อีกทั้งกลัวการเสียหายถ้าจะให้เพื่อนร่วมกลุ่มรู้ว่าตนเองอ่อนแอ

การตอบสนองต่อความปวดในเด็ก

การตอบสนองต่อความปวดของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่ต่อเนื่องกับการรับรู้ต่อความปวด ซึ่งทำให้มีการตอบสนองแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อความปวดนั้น (दारुणी जगदुमकारणी, 2546)

1. การตอบสนองด้านพฤติกรรมการแสดงออก

การตอบสนองด้านนี้พัฒนาจากความคิดของบุคคลต่อความปวด และเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของบุคคลต่อสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความปวด และการให้ความหมาย และการตอบสนองความปวดในเด็กทารกแรกเกิด อาจกล่าวโดยสรุปดังนี้ (दारुणी जगदुमकारणी, 2546)

1.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและสีหน้า ลักษณะพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จะให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับความปวด ความรุนแรงที่ปวด ช่วงเวลาของความปวด ตำแหน่งที่ปวด และความหมายของความปวด ซึ่งมีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่พบบ่อยๆ 4 ลักษณะคือ นิ่งเฉย

กระสับกระส่าย ภูมิภาคที่ปวด และปกป้องส่วนที่กำลังปวด นอกจากนี้ยังมีการแสดงสีหน้า ย่นหน้า หน้าเหยเก สลับกับการหุบปาก ทำเสียงครางในคอ ขบกัดฟันแน่น เม้มริมฝีปาก เป็นต้น (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2546)

1.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง การร้องไห้แบบแผ่วเบาๆ ครวญคราง คร่ำครวญ แผดเสียง กรีด สะอึกสะอื้น เสียงร้องของเด็กนี้ เป็นข้อบ่งชี้ความปวดในเด็กเล็ก เป็นสิ่งที่บ่งชี้ให้ทราบว่าเด็ก กำลังต้องการความช่วยเหลือ แต่เสียงร้องไห้และการแผดเสียงนี้อาจจะใช้ไม่ได้ดีในเด็กโตและวัยรุ่น (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2546)

1.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ ความปวดเป็นสาเหตุให้เกิดการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ เอะอะ ไวยวาย วิตกกังวล และเมื่อความปวดของร่างกายนั้นเรื้อรัง เด็กและวัยรุ่นก็จะ พัฒนาความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลทำให้ระดับขีดเริ่มของความปวด และความอดทน ต่อความปวดลดต่ำลง ความปวดยังทำให้เด็กและวัยรุ่นมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลงก่อให้เกิด ความเครียด เหนื่อยล้า ทำให้ความทนต่อความปวดลดต่ำลง กลายเป็นวงจรความปวดไม่รู้จบ (Mc Bride, 1977)

2. การตอบสนองด้านสรีรวิทยา

ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ คือมีปฏิกิริยาการทำงานของ ระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ซึ่งมีการกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2546)

2.1 อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อร่างกายเผชิญกับความ ปวด (Sweet and Mc Grath, 1998)

2.2 อัตราการหายใจ จำนวนครั้งของการหายใจในหนึ่งนาที การสังเกตและการใช้เครื่องมือ นิเตอร์ มีรายงานพบว่า ในขณะที่เมื่อปวดในเด็ก ทำให้การหายใจเพิ่มขึ้น (Sweet and Mc Grath, 1998)

2.3 ความดันโลหิต ความดันโลหิตวัดจากแรงต่อต้านของผนังหลอดเลือดแดง สามารถวัด ได้หลายวิธี เช่น วัดด้วยเครื่องฟิสิกโอมิเตอร์ ความดันโลหิตสูงขึ้น และลดลงเมื่อผู้ป่วยมีความปวด (Marchette et al., 1991)

3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวด

3.4.1 ปัจจัยด้านสรีระภาพ (Physiology and Physical)

3.4.1.1 หน้าที่ของระบบประสาท ในเด็กระบบประสาทต้องทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ จึงจะทำให้เกิดความรู้สึกปวดได้

3.4.1.2 สภาพร่างกายที่อ่อนล้า และการพักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หรือความอ่อนเพลียอาจทำให้ไม่สนใจต่อความปวดเลย หรืออาจทำให้มีความอดทนในการควบคุมตนเองลดลง

3.4.1.3 ระดับความรู้สึก หรือระดับความรู้สึกตัว มีผลต่อการรับรู้ความปวดและพฤติกรรมที่แสดงออก ถ้าเด็กที่อยู่ในภาวะความรู้สึกตัวดี การรับรู้และแปลความหมายต่างๆ มักจะอยู่ในความเป็นจริง

3.4.1.4 ภาวะที่พวกรู้สึก เช่น ผู้ป่วยที่มีผ้าปิดตา อยู่ในห้องแยกห้องผู้ป่วยหนักไอซียู หรือ ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนานๆ และขาดการกระตุ้นประสาทสัมผัสต่างๆ อาจทำให้มีความรู้สึกปวดมากขึ้น หรือทำให้ระดับความอดทนต่อความปวดลดลง หรือความไม่สุขสบายจากอาการต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

3.4.1.5 สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ ที่ร้อนหรือเย็นมากหรือน้อยเกินไป จะมีอิทธิพลต่อความปวดหรือทำให้ความปวดที่มีอยู่แล้วเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

3.4.1.6 ความรุนแรง ระยะเวลาของความปวด และตำแหน่งที่เกิดความปวดมีผลต่อพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยเด็ก

3.4.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological)

3.4.2.1 สภาพอารมณ์ เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า และท้อแท้ หมดกำลังใจ ล้วนมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด อารมณ์เหล่านี้จะไปรบกวนที่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้คนรับรู้และมีปฏิกิริยาต่อความปวดเพิ่มสูงขึ้น

3.4.2.2 ประสบการณ์ความปวดในอดีต เด็กที่เคยเผชิญความปวดที่รุนแรงและไม่ได้ได้รับการบรรเทาความปวดที่ดีพอ จะมีผลทำให้เด็กมีความคับข้องใจ ฝังใจต่อความปวดนั้น เช่น การถูกเจาะไขกระดูก การถูกเจาะหลัง การเจาะเลือด เป็นต้น เด็กจะมีความกลัวต่อความปวด เมื่อต้องเผชิญกับความปวดครั้งใหม่ ความอดทนต่อความปวดจะลดลงและจะรับรู้ความปวดมากขึ้น

3.4.2.3 อายุและพัฒนาการของเด็ก ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อความปวดจะแตกต่างกันตามอายุและพัฒนาการของเด็ก เด็กที่มีอายุมากขึ้นจะมีความทนต่อความปวดได้ดีขึ้นตามอายุและพัฒนาการตามวัย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก ถ้าเด็กมีความรู้และความเข้าใจและมีความสามารถในการเรียนรู้ต่อความปวดที่ดี จะทำให้การปรับตัว มีทัศนคติหรือเผชิญกับความปวดได้ดี หรือสามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้น

3.4.2.4 ความสามารถในการปรับตัว การปรับตัวในเด็กแต่ละคนต่อความปวดไม่เท่ากัน จึงทำให้การรับรู้และการแสดงออกต่อความปวดแตกต่างกัน

3.4.2.5 การรับรู้ข้อมูล เด็กที่ได้รับข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน ย่อมมีความวิตกกังวลลดลง ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิดๆ และมีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น

3.4.2.6 บุคลิกภาพ โครงสร้างและลักษณะนิสัย ซึ่งเป็นบุคลิกภาพของผู้ป่วยเด็กมีความสำคัญต่อการเผชิญความปวด เด็กบางคนมีความรู้สึกไวต่อการกระตุ้นทุกชนิดและอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย จะทนต่อความปวดได้น้อย

3.4.3 ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม (Social and Culture)

3.4.3.1 ศาสนาและลัทธิ ศาสนาบางศาสนา มีการสอนในเรื่องความหมายของความปวด บางลัทธิเชื่อว่าความปวดเป็นการถูกลงโทษและเกี่ยวข้องกับพระเจ้า มีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กอาจยอมรับและอดทนต่อความปวดที่เกิดขึ้นได้

3.4.3.2 เชื้อชาติ ประเพณีและสิ่งแวดล้อม อาจสอนให้บุคคลทนต่อความปวดที่แตกต่างกัน เช่น ในบางสังคมคาดหวังให้ผู้ชายเป็นเพศที่เข้มแข็งและอดทน ดังนั้นเด็กผู้ชายจึงถูกสอนเสมอไม่ให้ร้องไห้ หรือแสดงออกเมื่อปวด บางสังคมไม่กล้าพูดถึงตำแหน่งของความปวดที่เกิดในบางอวัยวะของร่างกาย เพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่น่าอาย

3.4.3.3 ลำดับที่เกิด มีความสัมพันธ์ต่อความทนต่อความปวด พบว่าบุตรคนแรกมักทนต่อความปวดได้น้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบิดา มารดา หรือผู้ดูแลยังขาดประสบการณ์ในการอบรมเลี้ยงดู โดยอาจให้ความสำคัญกับความปวดเล็กๆ น้อยๆ ของบุตรมากเกินไป ซึ่งอาจจะเป็นการปลุกฝังอารมณ์ที่เปราะบางได้

3.4.3.4 ทัศนคติและค่านิยมต่อบทบาทของแพทย์และพยาบาลรวมถึงการสร้างความสัมพันธ์และการเข้าถึงตัวเด็กและครอบครัวของผู้ประเมินความปวด ผู้ป่วยเด็กบางคนคิดว่า ถ้าบอกว่าตนเองปวด พยาบาลจะฉีดยาให้ ทำให้ต้องเจ็บตัวมากขึ้น จึงไม่ยอมบอกถึงความปวด

3.5 ผลเสียที่เกิดขึ้นจากความปวด

การตอบสนองต่อความปวดหรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่างๆ (วิทยา เลิศวิริยะกุล, 2550) ได้แก่

3.5.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และอาจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดส่วนปลายบีบตัว ความดันเลือดสูงขึ้น และกล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น

3.5.2 ระบบการหายใจ ความปวดทำให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ และกล้ามเนื้อท่อน (splinting) ผู้ป่วยไอได้ไม่แรงเต็มที่ เกิดปัญหาเสมหะคั่งร่วมกับมีปอดแฟบ เป็นสาเหตุของปอดอักเสบหลังการผ่าตัด ทำให้เสี่ยงต่อการมีภาวะขาดออกซิเจน

3.5.3 ระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ ความปวดจะกระตุ้นการหลั่งของสารคัดหลั่งในลำไส้ในขณะที่จะลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้เกิด ileus เป็นสาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ กินอาหารได้ช้า มีภาวะทุพโภชนาการหลังการผ่าตัด ความปวดทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของทางเดินปัสสาวะหดตัวมากเกินไป เกิดปัสสาวะคั่งได้

3.5.4 ระบบฮอร์โมนและระบบภูมิคุ้มกัน ความปวดทำให้มีการหลั่งของสารคัดหลั่งของฮอร์โมนหลายชนิดขณะที่ร่างกายมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ได้แก่ epinephrine, norepinephrine, cortisol, growth hormone, glucagons, adrenocorticotropin และ adosterone ในขณะที่ลดการหลั่งของ insulin และ sex hormone ทำให้เพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด และมี negative nitrogen balance ความปวดมีผลกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดการตอบสนองของเม็ดเลือดขาวทำให้แผลติดเชื้อง่ายขึ้น

3.5.5 ระบบการแข็งตัวของเลือด ความปวดส่งผลให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกันง่ายขึ้น มีภาวะเลือดแข็งตัวเป็นลิ่มในหลอดเลือดดำชั้นลึก (Deep vein thrombosis) และหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism)

3.5.6 ด้านจิตใจ ความปวดทำให้รู้สึกทรมาน เกิดภาวะเครียด กลัว ไม่สบายใจ และไม่พึงพอใจ ทั้งต่อตัวเด็กและพ่อแม่ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็ก

3.5.7 การฟื้นตัว ความปวดทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเป็นไปได้ช้า ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (วิทยา เลิศวิริยะกุล, 2550)

3.6 การประเมินความปวด (Clinical assessment of pain) (วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ, 2002)

3.6.1 การประเมินทางสรีระวิทยา (Physical assessment) คือการวัด (measurement) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อความปวด เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ แต่เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ เช่น ความกลัว ความกังวล ความเครียด จึงทำให้มีข้อจำกัดในการแปลผล

3.6.2 การประเมินทางพฤติกรรม (behavioral assessment) คือการสังเกตพฤติกรรม และกำหนดระดับหรือวัดเป็นตัวเลข เพื่อประเมินระดับความรุนแรง พฤติกรรมที่สังเกต ได้แก่ การแสดงสีหน้า (Facial expression) การส่งเสียง (vocalization) และการเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement) และพฤติกรรมต่อสิ่งแวดล้อม วิธีการนี้จะใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถบอกความปวดของตนเองได้

3.6.3 การประเมินด้วยตัวของผู้ป่วยเอง (self-report assessment) เป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคล (Subjective perception) แต่วิธีนี้จะใช้ได้ผลดีในเด็กวัยเรียนที่สามารถเข้าใจลำดับขั้นหรือตัวเลขเท่านั้น การให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง แบ่งเป็น 2 วิธี คือ (เจ็ทกุล อโนธารมณี, 2550)

1. การประเมินโดยผู้ป่วยที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือในการวัด ได้แก่ บอกความรู้สึกด้วยคำง่ายๆ (Simple descriptive scale)

- การประเมินค่าเป็นตัวเลข วิธีนี้เหมาะสำหรับเด็กโตที่เข้าใจตัวเลข นัมเมอร์คัล เรตติ้งสเกล (numerical rating scale) ถามระดับความปวดเป็นตัวเลขโดย เลข 0 หมายถึงไม่ปวดเลย ตัวเลขที่มีค่าสูงสุด 1 – 2 – 3 แปลว่าเริ่มมีความปวดมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงตัวเลขที่มีค่าสูงสุด เช่น เลข 10 หรือ 100 หมายถึงปวดจนทนไม่ไหว หรือปวดมากที่สุด

2. การประเมินโดยผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือในการวัด ได้แก่

- วิซัว นัมเมอร์คัล เรตติ้ง สเกล (visual numerical rating scale) เหมาะสำหรับเด็กที่มีอายุมากกว่า 4 ขวบ เครื่องมือมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวราบหรือแนวตั้งยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร โดยมีตัวเลขกำกับแต่ละช่อง ปลายข้างหนึ่งแทนด้วยหมายเลข 0 หมายถึงไม่ปวดเลย ปลายอีกข้างหนึ่งแทนด้วยเลขที่คิดว่าปวด ซึ่งหมายถึงระดับความรุนแรงของความปวดขณะนั้น ดังรูปภาพที่ 4

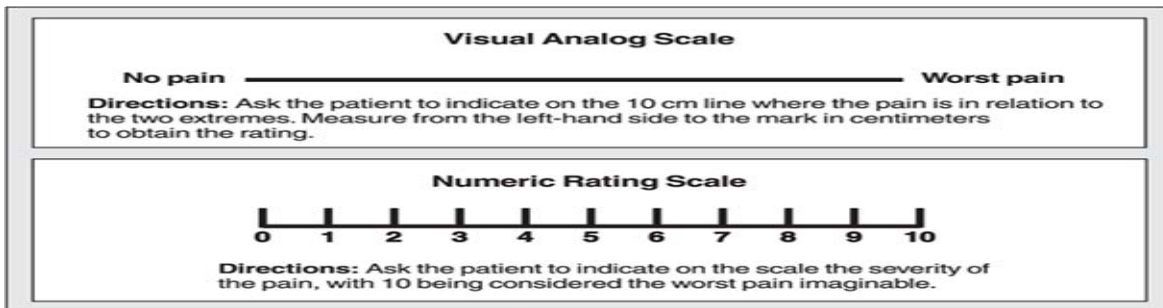
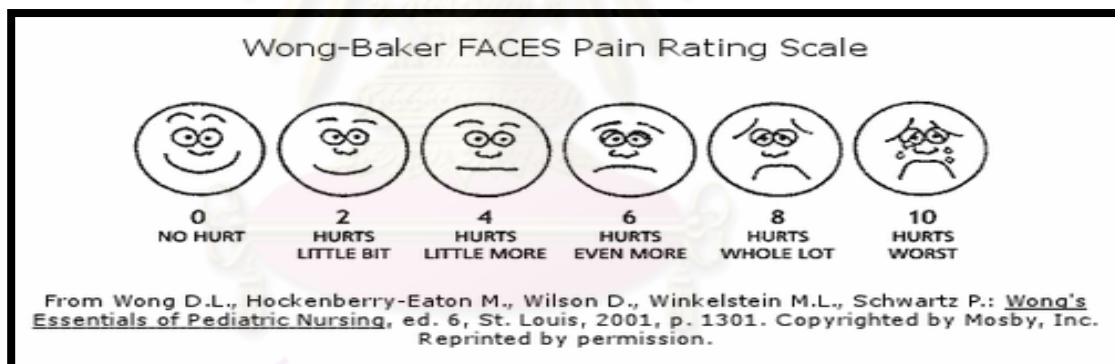


FIGURE 2: Pain rating scales used to establish a baseline against which treatment results are judged; the numeric scale is also administered verbally.

รูปภาพที่ 4 Visual numerical rating scale

- เฟเชียล สเกล (Facial scale) เหมาะสำหรับเด็กอายุ 3 ขวบขึ้นไป ประกอบด้วยใบหน้าที่แสดงอาการต่าง ๆ 5 หรือ 6 หน้า เริ่มจากใบหน้าที่มีความสุข แทนความรู้สึกไม่ปวดเลย จนถึงหน้าร้องไห้ แสดงว่าปวดมากที่สุด ดังรูปภาพที่ 5



รูปภาพที่ 5 Facial scale

3.6.4 การประเมินโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (Multidimensional pain assessment) ซึ่งจะให้ผลแม่นยำกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ในทารกจะใช้การประเมินทางสรีระวิทยา ร่วมกับการประเมินทางพฤติกรรม ส่วนเด็กโต นิยมใช้การประเมินแบบบอกเล่าของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินทางพฤติกรรม การเลือกใช้วิธีการประเมินความปวด ควรเลือกให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก แต่ละช่วงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินความปวดในเด็กจำแนกตามอายุ (APS, 2002)

Age	Self report measure	Behavioral measure	Physiological measure
Birth – 3 yrs.	Not available	Primary important	Secondary important
3-6 yrs.	Specialized appropriate scales available	Primary important, if self report not available	Secondary important
> 6 yrs.	Primary important	Secondary important	

3.7 การบรรเทาอาการปวด

ความปวดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็ก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็กได้รับความสนใจและดูแลมากขึ้น ทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย แบ่งได้ 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological control) และการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

3.7.1 การควบคุมความปวดด้วยยา (Pharmacological control) การบริหารยาในกลุ่มยาแก้ปวดชนิดเสพติดนี้ มีหลายวิธี ได้แก่

3.7.1.1 การบริหารยาต่อเนื่อง (Continuous infusion) สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง วิธีนี้จะต้องเริ่มต้นด้วยการให้ยาจำนวนหนึ่งแก่ผู้ป่วย (Loading dose) เพื่อควบคุมความปวดให้ได้ในระดับที่ต้องการก่อนจึงให้การให้ยาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถควบคุมอัตราการหยดของยาได้อย่างคงที่และแน่นอน เรียกว่า syringe pump ซึ่งมีข้อดีคือ จะทำให้ระดับของยาในพลาสมาคงที่ตลอดเวลา

3.7.1.2 การบริหารยาเป็นบางครั้ง (Intermittent injection) วิธีนี้สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ และใต้ผิวหนัง แบ่งได้ 3 วิธี ดังนี้

- ควบคุมโดยเวลา (Around the clock) คือ การบริหารยาตามเวลาที่กำหนดให้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา เช่น ยามอร์ฟีน บริหารยาทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง เพ็คติดีน บริหารทุก 3 ถึง 4 ชั่วโมง เป็นต้น การบริหารวิธีนี้ จะพบว่า ระดับยาในพลาสมาจะคงที่ตลอดเวลา
- ควบคุมโดยพยาบาล (Nurse control analgesia) คือ การสั่งยาแบบชนิดที่ให้ยา เมื่อผู้ป่วยปวด โดยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลและประเมินความปวดเป็นระยะ การบริหารยาแบบนี้จะพบว่าระดับยาของพลาสมาต้องลดลงต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้น เริ่มทำให้ความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงจะได้การบริหารยาใหม่ ซึ่งผลการรักษาจะ ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร หรือควรไม่ได้ผลเลย
- ควบคุมโดยผู้ป่วย (Patient controlled analgesia) คือ วิธีการบริหารโดยผู้ป่วยเองซึ่งต้องใช้เครื่องมือควบคุมพิเศษ ผู้ป่วยจะบริหารยาเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวด วิธีนี้จะพบว่า ระดับของยาในพลาสมาจะไม่ลดต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากจนเกินไป

การดูแลผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาแก้ปวด ประกอบด้วย การสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด คือ อาการสับสน กระวนกระวาย ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก เกร็ง หรือกดศูนย์การหายใจ เป็นต้น อีกทั้งยังต้องมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ยังปวดอยู่ หรือได้รับการปรับยาอย่างค่อยเป็นค่อยไป จะไม่พบภาวะกดการหายใจ นอกจากนี้ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกต้อง (พูลสุข ศิริพูล, 2551)

3.7.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological)

3.7.2.1 การใช้เทคนิคการนวด (Massage technique) การนวดเป็นระบบของกระตุ้นด้วยมือไปที่เนื้อเยื่อของร่างกาย เพื่อจะนำไปสู่ภาวะผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ การนวดทำให้เกิดปฏิกิริยาทางแมคคาเนค (Mechanic effects) คือทำให้เส้นเลือดดำส่วนพื้นปิด (Superficial vein) ลดความดันลง เลือดแดงไหลเวียนดีขึ้น ลดแรงดันภายในให้เส้นเลือดฝอย การซึมผ่านของเหลวออกมา นอกเซลล์ลดลง การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองลงและลดความปวดได้ การนวดทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Reflect effect) คือเมื่อมีการนวด การกดที่แรงและลึก จะมีรอยแดงทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัวเมื่อนวดและกดซ้ำๆ จะแดงกระจายทั่วไปและแดงมากขึ้น จากการขยายตัวของหลอดเลือด

แดงส่วนปลาย (Arteriole) ซึ่งเกิดจากรีเฟล็กซ์ของประสาทส่วน Axon (Axon reflect mechanism) เมื่อนวดเป็นการกระตุ้นทางผิวหนังบริเวณที่มีความปวดโดยตรง ตามหลักของทฤษฎีควบคุมประตูปพบว่า การนวดมีผลต่อการยับยั้งการรับรู้ต่อความรู้สึกปวด โดยการปิดประตูและควบคุมการหลั่งของเอ็นโดฟินส์ (Endorphins) (McCaffery and BeeBe, 1989) เป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ ทำให้ยังยับยั้งการทำงานของ T-cell และทำให้สามารถลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ(พุลสุข ศิริพูล, 2551)

การนวดเป็นการกระตุ้นทางผิวหนังบริเวณที่มีความปวดโดยตรง (Counter irritation) ตามหลักของทฤษฎีควบคุมประตูปพบว่า การนวดมีผลต่อการยับยั้งการรับรู้ต่อความรู้สึกปวด โดยการปิดประตูและควบคุมการหลั่งของเอ็นโดฟินส์ เป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ ทำให้ยับยั้งการทำงานของ T- cell และทำให้ความรู้สึกปวดลดลง (McCaffery and BeeBe, 1989)

3.7.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจ ความหมายต่อการลดความปวด เป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลหันเหความสนใจไปที่สิ่งกระตุ้นสิ่งหนึ่งมากกว่าการรับความรู้สึกปวด มีจุดเน้นคือ ให้ผู้ป่วยเด็กพุ่งความสนใจไปที่อื่น มากกว่าการคิดเรื่องของตนเอง เช่น ความปวด และความเจ็บป่วยที่มีอยู่ไปสู่สิ่งอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความอดทนต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น จะพบได้บ่อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีความปวด และต้องการยาแก้ปวด แต่ยังไม่ได้รับยา กลับมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น มีเสียงหัวเราะ ร่าเริงได้กับคนที่มาเยี่ยม แม้จะยังไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด(วิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิศาสตร์, 2549)

การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยเด็กสามารถทำได้หลายๆ วิธี รวมทั้งกิจกรรมการเล่น ทั้งการเล่นแบบเงียบๆ หรือการเล่น แบบสนุกสนาน นอกจากการเล่นแล้ว ยังมีกิจกรรมอื่นเล่น การหนังสือ โดยเฉพาะ การอ่านนิทาน หรือการเล่าเรื่องให้เด็กฟัง การร้องเพลง กิจกรรมวาดภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การใช้กิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจสามารถทำให้ความรู้สึกปวดมากขึ้นหรือลดลงได้เช่นกัน หากสื่อที่เลือกใช้ไม่เหมาะสมกับ เช่น การเปิดเพลงที่มีจังหวะเร็ว และแรงเกินไป (วิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิศาสตร์, 2549)

ฟาวเลอร์ เคอร์รี่และแรมเซ - ลอดเดอร์ (Fowler Kerry & Ramsay - Ladder, 1990) อ้างใน จุรีย์ สุนสวัสดิ์ (2540) ได้รายงานว่าการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจะได้ประโยชน์ในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการเบี่ยงเบนความสนใจนี้สามารถทำให้เด็กรู้สึกพอใจ แม้ว่าจะไม่สามารถทำให้ความปวดนั้นหายไปได้ก็ตาม อย่างไรก็ตามการรับรู้ต่อความปวดในผู้ป่วยเด็กจะเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง เมื่อการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นสิ้นสุดลง แมคแคฟเฟอร์รี่ และบีบี (McCaffery and

BeeBe, 1989) ได้ให้ข้อคิดว่าการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้นาการควบคุมความปวดในระยะสั้น ๆ ได้ดี

3.7.2.3 การใช้เทคนิคการสร้างจินตนาการ (Imagery) เป็นการสร้างจินตนาการคิดในเรื่องที่พึงพอใจ เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่แสดงความเป็นจริงหรือความเพ้อฝันภายในจิตใจ ผลของการจินตนาการจะหันเหความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือความปวดที่กำลังเผชิญอยู่ การจินตนาการสร้างขึ้นจากการนำของพยาบาล หรือผู้ป่วยสร้างด้วยตัวเอง โดยอาศัยการแนะนำในการสร้างภาพที่น่าพึงพอใจ ซึ่งการจินตนาการที่ผู้ป่วยเริ่มสร้างเองจะมีพลัง และประสิทธิภาพกว่าการนำจินตนาการจากผู้อื่น (วิไลลักษณ์ กฤษศฤสาสน์, 2549)

การสร้างจินตนาการสามารถสร้างผ่านการเบี่ยงเบนความสนใจได้ การผ่อนคลายและการสร้างภาพพจน์ความปวดนี้ สามารถชี้้นำให้ผู้ป่วยเด็กสร้างภาพพจน์เพื่อลดความปวดระบบนี้เรียกว่า ระบบไตร่ตรอง เพื่อนำไปสู่การสร้างจินตนาการเพื่อการรักษา จินตนาการถึงความรู้สึกที่ดีนำไปสู่วิธีการเยียวยาแก้ไขความปวดได้ เช่น เด็กที่มีความรู้สึกร้อน สามารถจินตนาการถึงสิ่งแวดล้อมที่เย็นได้ เด็กยังสามารถจินตนาการถึงลักษณะของกิจกรรมที่ชอบ เช่น การดูรายการโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ หรือไปเที่ยว การสร้างจินตนาการโดยการถามถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปและคำถามอื่นๆ ที่เด็กสนใจในเรื่องราวที่เด็กชอบ (McCaffery and BeeBe, 1989)

3.7.2.4 เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation technique) เป็นกลวิธีระงับความปวดที่ง่ายและมีประสิทธิภาพอีกวิธีหนึ่ง ประกอบด้วยเทคนิคหลายๆแบบ แต่ละแบบเป็นการรวมเอาวิธีการควบคุมความเจ็บปวดหลายอย่างเข้าไว้ด้วยกัน เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การแนะนำ การลดความวิตกกังวล เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ แม้ว่าในบางครั้งอาจไม่สามารถลดความปวดได้ในผู้ป่วยเด็กได้ (วิไลลักษณ์ กฤษศฤสาสน์, 2549) แต่สามารถลดความเครียด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ความปวดที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ เวินเสนเบริด (Weisenberg, 1980 อ้างใน จุริย์ สุนสวัสดิ์, 2540) ได้ให้ข้อคิดว่าการที่บุคคลไม่สามารถผ่อนคลายและมีความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อได้รับสิ่งกระตุ้นต่อความปวดมากขึ้น การลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อสามารถลดความปวดได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อจะไม่ไ้สาเหตุโดยตรงของความปวดก็ตาม

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถทำให้ผู้ป่วยเด็กเผชิญต่อความปวดได้ ถ้าใช้วิธีที่เหมาะสม เช่น การหายใจลึกๆ ช้าๆ การหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ การจับมือแม่หรือบีบมือแม่

และผ่อนคลายออกอย่างช้าๆ และการเป่าลูกโป่ง (McCaffery and BeeBe, 1989; Whaley and Wong, 1991) เป็นการที่ร่างกายได้รับการผ่อนคลาย สามารถเผชิญต่อความปวดได้ดี ทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง การผ่อนคลายทำให้เด็กมีจุดโฟกัสของความคิดที่คงที่ เช่น การโฟกัสไปที่การหายใจมากกว่าความปวดจากหัตถการที่ได้รับ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้วิธีการหายใจเป็นจังหวะยังให้ประโยชน์ต่อร่างกายได้อีกด้วย

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อนี้ ใช้ได้ดีตั้งแต่เด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เตรียมการเจาะไขกระดูก เจาะไขสันหลัง หรือแม้แต่การเจาะเลือด (Vessey and Carlson, 1996) นอกจากนี้ ยังใช้ได้ผลดีในการบรรเทาความปวดจากปวดศีรษะไมเกรนในเด็ก ปวดมะเร็ง ปวดแผลหลังผ่าตัด หรือหลังทำหัตถการ เทคนิคการผ่อนคลายในเด็กนี้ มีงานวิจัยออกมาอย่างแพร่หลาย เช่น อีเกล (Engel, 1992) ได้รายงานการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดศีรษะ พบว่าการใช้วิธีนี้ สามารถทำให้ผู้ป่วยเด็กหายปวดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โซเกิลและคณะ (Sokel et al., 1991) โดยนำวิธีการผ่อนคลายนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดท้อง พบว่า สามารถทำให้เด็กลดความปวดได้ และสามารถกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และเด็กยังสามารถพัฒนาความรู้สึกในการควบคุมความปวดด้วยตนเองได้อีกด้วย

3.7.2.5 การใช้เทคนิคการสัมผัส (Touch) การสัมผัสเป็นกระบวนการที่กระตุ้นการส่งความรู้สึก และการรับความรู้สึกในเวลาเดียวกัน การสัมผัสเป็นการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าเด็กจำนวนมากต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่จากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลก็ตาม แต่ก็ไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้เท่าที่ควร ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการสัมผัสจากเครื่องมือมากกว่า (วิลโลว์ลักษณะ กฤชชอุหาสน์, 2549)

การสัมผัสรักษาทำให้เกิดความสมดุลของสนามพลังงานในตัวเด็ก การสัมผัสเป็นการกระตุ้นอวัยวะความรู้สึก (Receptor) ซึ่งกระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกาย กระแสความรู้สึกสัมผัสจะถูกส่งไปตามทางเดินประสาท สู่ระบบประสาทส่วนกลางส่งไปยังสมองเพื่อแปลผล การรับรู้และความหมายของการสัมผัสซึ่งในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้รับการสัมผัส และคุณภาพของการสัมผัส (Weiss, 1988) การสัมผัสที่เหมาะสมก่อให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และเพิ่มอุณหภูมิที่ผิวหนัง การสัมผัสด้วยแบบแผนที่แน่นอน เช่น การลูบหลังอย่างช้า ๆ การสัมผัสด้วยมือจะมีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มการกระตุ้นระบบพาราซิมพาเทติก ความรู้สึกสัมผัส นอกจากจะถูกส่งไปแปลการรับรู้สัมผัสที่ระดับสมองแล้ว ในขณะเดียวกัน จะส่งสัญญาณประสาทเข้ามากระตุ้นเซลล์สืบสแตนท์เยลลาโนซา ซึ่งเป็น

ประสาทยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทนำความรู้สึกปวด ดังนั้นการสัมผัสจึงเป็นวิธีการที่ลดความปวดและความวิตกกังวลได้ดี (วิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิสิน, 2549)

3.7.2.6 การใช้น้ำมันหอมระเหย (Aromatherapy) การรักษาโดยใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีกลิ่นหอมหรือน้ำมันซึ่งเป็นสารที่สกัดได้จากต้นไม้มสมุนไพรรวมถึงพืชพรรณไม้นานาพรรณ มีคุณสมบัติในการลดความเครียด ทำให้เกิดการผ่อนคลายและรักษา ช่วยส่งเสริมให้บรรเทาความปวดได้ การใช้น้ำมันหอมระเหยรักษาความปวดนี้ โดยมากมักใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ เช่น การใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมกับการนวด (Aromatherapy massage) หรือการใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมกับเสียงเพลง การใช้วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกมั่นใจ และเด็กจะยอมรับการนวดที่อ่อนโยน เพื่อการผ่อนคลาย การใช้น้ำมันหอมระเหยรักษามีผลต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การใช้น้ำมันหอมระเหยในการนวดและผสมน้ำอาบ การดมหรือผ่านทางผ้าพันแผลจะมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเศร้า (วิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิสิน, 2549)

ความปวดเป็นภาวะที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ สร้างความรู้สึกไม่สบายแก่ผู้ประสบกับความปวดนั้นอย่างมากทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อาจนำไปสู่การเกิดโรคทางจิตเวชได้อีกด้วย ซึ่งหากความปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและยังส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกายและจิตใจ รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าและอาการปวด

อาการปวดและอาการซึมเศร้าเรื้อรังเป็นภาวะที่ร้ายแรง และทำให้ร่างกายทรุดโทรมอย่างมาก การเกิดร่วมกันของภาวะทั้ง 2 อย่างนี้ทำให้การดำรงชีวิตของผู้ป่วยเต็มไปด้วยความยากลำบาก จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของอาการปวดในโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ Pain threshold ของผู้ป่วยยังลดลงอีกด้วย ทำให้เกิดอาการปวดง่ายและเป็นรุนแรงขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

4.1 อุตบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าและอาการปวด

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคซึ่งพบได้ทั่วโลก และเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของสังคม ถือว่าเป็นโรคที่ทำให้เป็นภาระทั่วโลก

และอัตราการป่วยด้วยโรคนี้จะเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 20 ปีข้างหน้า ความผิดปกติของอารมณ์เป็นลักษณะที่สำคัญของอาการซึมเศร้าร่วมกับความผิดปกติทางด้านจิตใจ การรู้การเข้าใจ สังคมและร่างกาย เป็นโรคที่เกิดซ้ำๆ ในระยะยาว ร่วมกับการเจ็บป่วยไม่สบาย และการเสียชีวิต รวมทั้งทำให้มีความบกพร่องทางด้านจิตใจและสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบอุบัติการณ์ของโรคแตกต่างกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในประชากรเท่ากับร้อยละ 3 – 5.9 ส่วนอุบัติการณ์ซึ่งมีพื้นฐานจาก DSM – IV TR เท่ากับร้อยละ 6.7(สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

อาการปวดคือการรับรู้ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายร่วมกับการทำลายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริงๆหรือซ่อนเร้นอยู่ ในปัจจุบันยอมรับว่าอาการปวดเป็นความรู้สึกทางด้านร่างกาย ประสาทและจิตใจ ซึ่งมีพื้นฐานร่วมกับทั้งทางพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) และจิตใจ อาการปวดเป็นความรู้สึกในใจของแต่ละคน ทำให้เกิดความรู้สึกและผลที่ตามมาแตกต่างกัน อาการปวดเรื้อรังและความรู้สึกไม่สบายใจจำกัดลงในผู้ป่วยทุกอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

4.2 การเกิดร่วมกันของอาการปวด และอาการซึมเศร้า

จากหลักฐานในปัจจุบันสนับสนุนข้อคิดเห็นที่ว่า การเกิดร่วมกันของอาการปวดและอาการซึมเศร้าพบได้บ่อย การเกิดร่วมกัน(Co morbidity) หมายความว่า มีการเกิดร่วมกัน หรือมีอาการของอีกโรคเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาการปวดซึ่งเป็นอาการทางกายของอาการซึมเศร้ามีผลต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา นำไปสู่การดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคมีความซับซ้อนขึ้น ความรู้สึกปวดจะยิ่งรุนแรงขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้าด้วย เนื่องจากอาการซึมเศร้าจะลดระดับความทน (threshold) และความอดทน (tolerance) ต่ออาการปวด เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า อาการปวด และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

4.2.1 การเกิดอาการปวดในอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนรายงานเรื่องอาการปวดผู้ป่วยซึ่งมีอาการซึมเศร้าพบว่า อุบัติการณ์มีอัตราแตกต่างกันตั้งแต่ 15 – 100 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 65 จากการศึกษารายงานหนึ่งในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 150 คน พบว่ามีอาการปวด 1 อย่าง ในร้อยละ 92 ของผู้ป่วยแรกรับ และร้อยละ 76 ของผู้ป่วยมีอาการปวดหลาย ๆ อย่าง ในทำนองเดียวกันมีอีกการศึกษา

4.3 กลไกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับอาการซึมเศร้า

อาการปวดและโรคทางจิตเวชมีปัจจัยทางจิตใจและพฤติกรรมร่วมกัน กลไกซึ่งทำให้เกิดความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างอาการปวดกับอาการซึมเศร้า ยังไม่เป็นที่ทราบกันชัดเจน อย่างไรก็ตาม การศึกษาทางด้านชีวภาพ จิตใจและการบันทึกภาพที่สมอง (Brain imaging) จะช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้น (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

4.3.1 ความสัมพันธ์ทางชีวภาพ จากการวิจัยพบว่า การเชื่อมโยงร่วมกันระหว่างอาการปวดและอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาท 2 ชนิดคือ 5-HT และ NE เกี่ยวกับอาการซึมเศร้านั้นมีข้อคิดเห็นว่า 5-HT และ NE ทำหน้าที่ควบคุมทางสรีรวิทยาของอาการดังกล่าว ความผิดปกติของสารสื่อประสาททั้ง 2 ชนิดนี้มีผลต่อ อารมณ์ แรงจูงใจ และ อาการหลายๆ อย่างของอาการซึมเศร้า ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดนั้น สารสื่อประสาท Serotonin มีบทบาทเกี่ยวกับกระบวนการและการรับรู้อาการปวดในระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nerve system) ทั้ง Serotonergic และ norepinephrinergic pathways จาก brainstem ขึ้นไปสู่สมองทำหน้าที่เป็นสื่อเกี่ยวกับอารมณ์และหน้าที่ทางกายหลายอย่าง นอกจากนี้ ยังลงไปสู่ spinal cord ทำหน้าที่กอด nociceptive input ด้วยเหตุนี้ ความผิดปกติของ 5-HT และ NE ใน spinal cord อาจเป็นส่วนหนึ่งทำให้การตอบสนองต่ออาการปวดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปรับความรู้สึกปวดที่ขึ้นไปจาก spinal cord (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

จากการศึกษาเร็วๆ นี้ มีข้อคิดเห็นว่า Amygdala มีส่วนในการยับยั้งและเสริมอาการปวดด้วย ทั้งนี้ เป็นเพราะมีการควบคุมอาการปวดทั้ง 2 ทาง ผ่านทาง amygdala การกระตุ้นที่เพิ่มขึ้นและอารมณ์ทางด้านลบมีความสัมพันธ์กับการกระตุ้น pain facilitation pathways (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

4.3.2 การบันทึกภาพสมอง (Brain imaging หรือ MRI) จากการศึกษ MRI พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับ amygdale เช่นเดียวกับ anterior cingulate cortex (ACC) ACC เป็นบริเวณซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสำคัญกับโรคอารมณ์แปรปรวน ผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน เมื่อได้รับการตรวจด้วย MRI พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของ amygdaleมีการศึกษาด้วย MRI ใน subject 8 คน ด้วยการทำให้เกิดความเจ็บปวด (เป็นนิวรี่อย่างแรง) พบว่ามี activation ของ ACC ส่วนในผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดเรื้อรังเมื่อถูกกระตุ้นให้ปวด ก็จะมี activation ของ ACC เช่นเดียวกัน (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

4.3.3 ความสัมพันธ์ด้านจิตใจ ทั้งอาการปวดและอาการซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสังคม ปัจจัยดังกล่าวมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดผลขึ้นมา เช่น เป็นโรค หลักฐานซึ่งมีเพิ่มมากขึ้นบ่งว่า ปัจจัยทางจิตใจหลายอย่าง เช่น การหลีกเลี่ยง ความรู้สึกว่ามีภัยอย่างร้ายแรง ประสิทธิภาพของตัวเองและความเครียด เป็นสื่อที่เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างอาการปวดกับอาการซึมเศร้า แรงบีบคั้นทั้งทางกายและจิตใจของอาการปวด กระตุ้นให้เกิดความว้าวุ่นใจ โดยอาการซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อความรู้สึกเจ็บปวด ความรุนแรงของอาการปวดและความยุ่งยากในชีวิต ทำให้ระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

4.4 การรักษาอาการซึมเศร้าและอาการปวด

อาการปวดซึ่งมักเป็นเรื้อรังและทำให้ร่างกายอ่อนแอ เป็นปัญหาท้าทายการรักษาและมักต้องให้การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ หลายอย่างร่วมกัน (นพ.สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

1. การรักษาด้วยยา

มีการนำยาต้านเศร้า(Antidepressant) หลายชนิดมาใช้รักษาอาการปวดในผู้ป่วยซึ่งมีอาการเศร้า และรักษาชนิดต่าง ๆ ของกลุ่มอาการปวด (pain syndrome) จากการทดลองทางคลินิกพบว่า ยาต้านเศร้าส่วนใหญ่เป็นประโยชน์ในการรักษาอาการปวดและอาการซึมเศร้า

2. การรักษาอาการปวดในโรคซึมเศร้า

จากการใช้ยาในกลุ่ม SSRIs 3 ชนิด (fluoxetine, paroxetine, sertraline) รักษาอาการทางกายในผู้ป่วย ซึ่งมีอาการซึมเศร้าจำนวน 573 ราย บ่งว่าการใช้ SSRIs รักษาได้ดี โดยอาการทางกายจะดีขึ้นในเดือนแรกของการรักษา แล้วอาการจะคงที่ช่วง 8 เดือนต่อมา เมื่อเทียบกับอย่างอื่น อาการปวดมีการตอบสนองที่ไม่ดีต่อยา SSRIs ในการรักษาอาการซึมเศร้า แพทย์นิยมใช้ยากกลุ่ม SSRIs มากที่สุด

3. การใช้ยาต้านเศร้าใน Pain syndrome

นอกเหนือไปจากการรักษาอาการซึมเศร้าแล้ว ยังมีการนำยาต้านเศร้าไปใช้รักษา Pain syndrome ชนิดต่างๆ โดยไม่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า เนื่องจากยามีฤทธิ์แก้ปวด (angesic effects) อาการปวดศีรษะและอาการปวดประสาท (neuropathatic pain) การรักษาอาการปวดเรื้อรังให้ขนาดต่ำ และยาออกฤทธิ์เร็ว

4. การบำบัดทางจิตใจ

ในการบำบัดทางจิตใจกับผู้ป่วย ซึ่งมีอาการปวดและอาการซึมเศร้า จะมุ่งไปที่ปัญหาทางจิตใจและสังคมของโรคดังกล่าวมีหลักฐานมากมายที่บ่งว่า การบำบัดด้วยวิธี Cognitive-behavioral therapy ได้ผลดี

จากการวิจัยพบว่าการบำบัดทางจิตใจได้ผลดีในผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดประกอบด้วย โรคข้อรูมาตอยด์ อาการปวดหลัง ปวดศีรษะ มีข้อคิดเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบความคิด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับอาการปวดได้ดีขึ้น

การที่เด็กมีความปวด โดยเฉพาะความปวดชนิดเรื้อรัง มีอาการเป็นๆหายๆ ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน บางรายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ลักษณะเช่นนี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตลดลง เด็กจึงเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดที่รุ่มเร้า จึงทำให้ผู้วิจัย มีความสนใจ และต้องการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากความปวดต่อสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียน โดยมุ่งเน้นไปที่คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยใน งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ประชากรที่ศึกษา (Study population) คือ ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้และขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณดังนี้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ของ Yamane

จากการทบทวนงานวิจัย John V.Campo, Jeff Bridge et.al (2009) การศึกษาความชุกของความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดท้องเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้า 43% ที่ระดับความเชื่อมั่น

95 % ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 10% (relative error เท่ากับ 23%) จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 95 ราย

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 (0.43)(0.57)}{0.1^2}$$

$$n = 95$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 95 ราย ในระหว่างเก็บข้อมูลวิจัยพบว่า ไม่สามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามที่กำหนดไว้ เนื่องด้วยข้อจำกัดบางประการ เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชมีจำนวนน้อยลงจากเดิม (มีข้อจำกัดในการรับ Admit เพิ่มมากขึ้น) กลุ่มตัวอย่างเป็นคนเดิมที่เคยเก็บข้อมูลแล้วมา Admit รอบใหม่ เป็นต้น

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 10 -15 ปี ไม่จำกัดระดับการศึกษา มีความปวดเรื้อรังเป็นๆหายๆ มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้
 - กลุ่มโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (ALL, AML) มะเร็งสมอง (Brain tumor) มะเร็งกระดูก (Osteosarcoma) มะเร็งก้อนในช่องท้องจากมะเร็งตับ (hepatoblastoma) ไต (Wilm's tumor) ต่อมหมวกไต (neuroblastoma) และ มะเร็งจอภาพตาของลูกนัยน์ตา (retinoblastoma)
 - กลุ่มโรคข้อ ได้แก่ ข้ออักเสบ (Arthritis , Polyarthritis , Rheumatoid, SLE and Juvenile Idiopathic Arthritis)
 - กลุ่มโรคอื่นๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง
2. เป็นผู้ป่วยในความดูแลของโรงพยาบาลศิริราช
3. สามารถสื่อสาร (ฟังหรืออ่าน , พูดหรือเขียน) ได้
4. บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ถูกต้องตามกฎหมายของเด็ก เห็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ผู้ป่วยเด็กยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
6. ไม่ได้รับยากดระบบประสาทโดยตรง ได้แก่ มอร์ฟีน ยาระงับอาการชัก ยากลุ่มบาบิเตรต หรือ ยาต้านซึมเศร้า
7. ไม่มีความผิดปกติทางจิตตามคำวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ยกเว้น ภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งมี 34 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ แบบแผนการนอนหลับใน 1 คืนที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนการนอนหลับใน 1 เดือนที่ผ่านมา สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ลักษณะของครอบครัว และรายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวดอาการปวดในเด็ก โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานทั้ง 3 มาตรฐานวัดมาผสมผสานเป็นเครื่องมือใหม่ชื่อว่า “เครื่องมือประเมินความปวดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool)” โดยสร้างสรรค์เป็นลักษณะแผ่นครึ่งวงกลมสีฟ้าอ่อนขนาด 14×18.5 เซนติเมตร มีตัวหนังสือและหมายเลขเขียนด้วยหมึกสีดำ ภายในแผ่นมีภาพครึ่งวงกลมเล็กซ้อนทาสีแดงอมชมพูเรื่อทางซ้ายมือจากนั้นมีสีเริ่มแดงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งแดงจัดทางขวามือสุด โดย

- ช่องที่ 0-2 เป็นสีเขียว 37%
- ช่องที่ 2-4 เป็นสีชมพู 54%
- ช่องที่ 4-6 เป็นสีชมพู 66%
- ช่องที่ 6-8 เป็นสีชมพู 90%
- ช่องที่ 8-10 เป็นสีแดง 100%

ที่จุดกึ่งกลางครึ่งวงกลมมีหมุดหมุนชี้ที่ภาพแคนสีเหลืองคาดเส้นหวายและที่จับเป็นสีน้ำตาล สามารถเลื่อนชี้ตำแหน่งได้ เหนือโค้งครึ่งวงกลมเล็กสีแดงมีหมายเลขสีดำแสดงระดับความปวดกำกับ

ตั้งแต่ 0-10 พร้อมทั้งมีภาพใบหน้าแสดงอารมณ์ปวดในระดับต่างๆ ของเด็กเกล้าผมจุกัดผมด้วยปืนสีเหลือง สวมเสื้อสีเหลืองดอกคูณ 6 ภาพ ดังนี้

เหนือหมายเลข 0: ใบหน้าเด็กอมยิ้มน้อยๆ ที่มุมปาก ซึ่งแสดงถึงภาวะไม่มีความปวด

เหนือหมายเลข 2: ใบหน้าเด็กบึ้ง รูปปากเหยียดตรง ซึ่งแสดงถึงภาวะมีความปวดน้อย

เหนือหมายเลข 4: ใบหน้าเด็กบูดบึ้ง รูปปากเบ้โค้งขึ้นเล็กน้อย ซึ่งแสดงถึงภาวะที่มีความปวดพอทนได้

เหนือหมายเลข 6: ใบหน้าเด็กเหยเก รูปปากเบ้โค้งขึ้นมากแต่ยังไม่มึ่น้ำตา ซึ่งแสดงถึงภาวะที่มีความปวดมาก

เหนือหมายเลข 8: ใบหน้าเด็กแสดงความไม่สุขสบายร้องไห้มีน้ำตา ปากอ้า แสดงถึงภาวะปวดรุนแรงมาก

เหนือหมายเลข 10: ใบหน้าเด็กแสดงความไม่สุขสบายร้องไห้มีน้ำตาพร่างพรู ปากอ้ากว้างเห็นฟันและลิ้นไก่ แสดงถึงความปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้

ดังรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 4 เครื่องมือประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool)

วิธีการประเมินความปวด

1. สร้างสัมพันธภาพกับเด็กที่ได้รับการประเมินความปวด
2. แสดงเครื่องมือประเมินความปวดให้เด็กดูเพื่อพิจารณาเลือกระดับความปวดของเด็ก โดยให้เด็กชี้ตำแหน่งที่เด็กคิดว่าตรงกับความรู้สึกปวดของเด็กมากที่สุด และแปลค่าคะแนนของระดับความปวด ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย	ระดับคะแนน	ความหมาย
0	ไม่ปวด	1-2	ปวดเล็กน้อย
3-4	ปวดพอทนได้	5-6	ปวดมาก
7-8	ปวดรุนแรงมาก	9-10	ปวดรุนแรงมากจนทน

3. บันทึกผลระดับความปวดของเด็กและรายงานแก่ผู้รับผิดชอบทราบเพื่อการดูแลช่วยเหลือต่อไป

การตรวจสอบของเครื่องมือ

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำเครื่องมือประเมินความปวดมหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ (2549) สำหรับเด็กวัยเรียน โดยครอบครัว ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งทางด้านความตรงและความเที่ยง โดยมีการทดลองใช้ในบริบทวัฒนธรรมอีสาน นำผลที่ได้จากการทดลองใช้หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.97 และความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดในเด็กวัยเรียนเท่ากับ 0.99

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดมหาวิทยาลัยขอนแก่น เนื่องจากเครื่องมือนี้สะดวกในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เพราะลักษณะของเครื่องใช้ รูปภาพสีหน้าเด็กที่บ่งบอกความรู้สึกปวด ควบคู่กับสเกลตัวเลขบอกระดับความปวด และเฉดสีบอกระดับความรุนแรงของความปวดจากน้อยไปมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินความปวดด้วยตัวได้ไม่ยาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าซีดีไอ ของโคเวค (Kovacs) ปี ค.ศ.1981 และแปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ปี พ.ศ. 2535 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงคำในบางข้อคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการวิจัยในคน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ข้อคำถามว่า ฉันรู้สึกเศร้ารันทดครั้ง ดัดแปลงเป็น ฉันไม่มีความสุขนานๆครั้ง

ข้อคำถามว่า อะไรก็มิอุปสรรคไปเสียหมด ดัดแปลงเป็น ฉันไม่ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ

ข้อคำถามว่า ฉันทำอะไรได้ค่อนข้างดี ดัดแปลงเป็น ฉันทำกิจกรรมต่างๆได้ค่อนข้างดี

ข้อคำถามว่า ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ดัดแปลงเป็น ฉันรู้สึกสนุกกับชีวิตประจำวัน

ข้อคำถามว่า ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ ดัดแปลงเป็น ฉันพูดและกระทำไม่ดีต่อพ่อแม่เสมอ

ข้อคำถามว่า สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน ดัดแปลงเป็น ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน

ข้อคำถามว่า ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย ดัดแปลงเป็น ฉันไม่คิดจะทำร้ายตัวเอง

ข้อคำถามว่า ฉันเป็นคนหน้าตาดี ดัดแปลงเป็น ฉันเป็นคนหน้าตาสวย

ข้อคำถามว่า ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ดัดแปลงเป็น ฉันนอนหลับยากทุกคืน

ข้อคำถามว่า มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกลอยลางกินอาหาร ดัดแปลงเป็น มีหลายมือที่ฉันไม่รู้สึกลอยลางกินอาหาร

แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ซึ่งครอบคลุมภาวะซึมเศร้าในด้านต่างๆ 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพอารมณ์ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ ด้านการมองเห็นตนเองในแง่ลบ ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย แต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถาม ดังนี้

ด้านสภาพอารมณ์ มี 6 ข้อ ได้แก่ 1, 6, 8, 10, 11, 13 มีคะแนน 0 – 12 คะแนน

ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ มี 4 ข้อ ได้แก่ 3, 15, 23, 24 มีคะแนน 0 – 8 คะแนน

ด้านการมองเห็นตนเองในแง่ลบ มี 5 ข้อ ได้แก่ 2, 7, 9, 14, 25 มีคะแนน 0 – 10 คะแนน

ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น มี 4 ข้อ ได้แก่ 5, 12, 26, 27 มีคะแนน 0 – 8 คะแนน

ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย มี 8 ข้อ ได้แก่ 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 มีคะแนน 0 – 16 คะแนน

วิธีใช้ แบบคัดกรอง CDI ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละคำถาม มี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของอาการ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อย

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา
 คะแนนรวม มีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 54

การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

การแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

คะแนนต่ำกว่า	15	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน	15 – 20	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้า
คะแนนมากกว่า	20	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การควบคุมของเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีดีโอ ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงคำในข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง ตามคำแนะนำของคณะกรรมการวิจัยในคน แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ภาษาที่ใช้เขียน และตรวจสอบความถูกต้องของภาษาความเข้าใจของผู้ตอบ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ที่ดัดแปลงและดัดแปลง โดยนายแพทย์ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ นายแพทย์วีรฤต ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงบางข้อคำถาม ตามคำแนะนำของคณะกรรมการวิจัยในคน แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับระดับอายุ และพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ข้อคำถามที่ 4 ท่านหลับได้คืนละ ชั่วโมง

ดัดแปลงเป็น หนูดูรายการโทรทัศน์ใดก่อนเข้านอนเพื่อประเมินจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ

ข้อคำถามที่ 5 ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยของท่านเป็นอย่างไร
 ดัดแปลงเป็น หนูคิดว่าในแต่ละคืน หนูนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งใน
 แต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 5) ของแบบประเมินคุณภาพ
 การนอนหลับ โดยการประเมินตนเอง ถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

<u>การแปลผล</u>	คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
ดีมาก	เท่ากับ 0		คะแนน
ดี	เท่ากับ 1		คะแนน
ไม่ค่อยดี	เท่ากับ 2		คะแนน
ไม่ดีเลย	เท่ากับ 3		คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)

<u>การแปลผล</u>	น้อยกว่า 15 นาที	เท่ากับ 0	คะแนน
16 - 30	เท่ากับ 1		คะแนน
31 - 60	เท่ากับ 2		คะแนน
มากกว่า 60	เท่ากับ 3		คะแนน

2. ปัญหาการนอนหลับเนื่องจากนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที
 (คำถามข้อ 9.1)

<u>การแปลผล</u>	ไม่เป็นปัญหาเลย	เท่ากับ 0	คะแนน
มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1		คะแนน
มีปัญหาน้อยกว่า 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2		คะแนน
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ 3		คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

0	ให้คะแนน	0	คะแนน
1 – 2	ให้คะแนน	1	คะแนน
3 - 4	ให้คะแนน	2	คะแนน
5 – 6	ให้คะแนน	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (ใช้คำถามข้อ 4)

<u>การแปลผล</u>	มากกว่า 7	ชั่วโมง เท่ากับ 0	คะแนน
	6 - 7	ชั่วโมง เท่ากับ 1	คะแนน
	5 - 6	ชั่วโมง เท่ากับ 2	คะแนน
	น้อยกว่า 5	ชั่วโมง เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4)
ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติวิสัย คำนวณจากชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4)
หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาที่ตื่นนอน (จากข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน
(จากข้อ 1)

<u>การแปลผล</u>	มากกว่า 85%	เท่ากับ 0	คะแนน
	75 – 85 %	เท่ากับ 1	คะแนน
	65 – 74 %	เท่ากับ 2	คะแนน
	น้อยกว่า 65%	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 9.2 – 9.10)

การแปลผล

ไม่มีปัญหา	เท่ากับ 0	คะแนน
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
1- 2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน

3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 3 คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 9.2 – 9.10 เท่ากับ

0	คะแนน	ให้	0	คะแนน
1-9	คะแนน	ให้	1	คะแนน
10 -18	คะแนน	ให้	2	คะแนน
19-27	คะแนน	ให้	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้นานอนหลับ (ใช้คำถาม ข้อ 6)

<u>การแปลผล</u>	ไม่เคยใช้เลย	เท่ากับ	0	คะแนน
	ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ	1	คะแนน
	ใช้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ	2	คะแนน
	ใช้ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และข้อ 8)

1. การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามข้อ 7)

<u>การแปลผล</u>	ไม่เคยมีอาการ	เท่ากับ	0	คะแนน
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ	1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ	2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	3	คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

<u>การแปลผล</u>	ไม่เป็นปัญหาเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
	มีปัญหานเล็กน้อย	เท่ากับ	1	คะแนน
	มีปัญหาพอสมควร	เท่ากับ	2	คะแนน
	เป็นปัญหามาก	เท่ากับ	3	คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

0	คะแนน	ให้	0	คะแนน
1 - 2	คะแนน	ให้	1	คะแนน
3 - 4	คะแนน	ให้	2	คะแนน
5 - 6	คะแนน	ให้	3	คะแนน

ผลรวมที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

การแปลผล

คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน มีคะแนนระหว่าง 0 – 21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Buysse et al., 1989)

คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าความเชื่อ มีค่า Sensitivity เท่ากับ 89.6 % และค่า specificity เท่ากับ 86.5 % ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยต้องทำความรู้จักที่มสุขภาพในหอผู้ป่วยเด็กเป็นขั้นตอนแรกก่อน โดยผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศิริราชและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาอย่างเป็นทางการ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจัดทำ การเก็บข้อมูล ด้วยการแจกแบบสอบถามโดยตรงแก่กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือแล้ว ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยได้รับความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชศาสตร์ ในการ

เก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ใช้เวลาช่วงพักของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อมิให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามไม่เกิน 10 นาที ทั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล ทั้งหมด 1 ปี เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในทุกคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS ดังนี้

นำข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์หาค่าสถิติพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุमानในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ ไค - สแควร์ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้ t-test และวิเคราะห์พหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้าและความปวด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง จำนวน 36 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2552 ถึง เดือน ตุลาคม 2553 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

- บัณฑิตศึกษา
- บัณฑิตศึกษา

ส่วนที่ 2 ระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

- คุณภาพการนอนหลับที่ดี
- คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- มีภาวะซึมเศร้า
- มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดเรื้อรัง คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

- ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล
- ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง
- ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง
- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดเรื้อรัง อายุระหว่าง 10 – 15 ปี ในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 36 ราย จำแนกตาม เพศ อายุ แบบแผนการนอนหลับ อาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน ภาวะเจ็บป่วย สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ลักษณะของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว มีรายละเอียดดังตารางที่ 2-3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุแบบแผนการนอนหลับ อาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน และภาวะเจ็บป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=36)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	55.6
หญิง	16	44.4
อายุ (ปี) (Min = 10 ปี , Max = 15 ปี , \bar{X} = 12.92 , S.D. = 1.296)		
อายุ 10 ปี	2	5.6
อายุ 11 ปี	2	5.6
อายุ 12 ปี	9	25
อายุ 13 ปี	11	30.6
อายุ 14 ปี	8	22.2
อายุ 15 ปี	4	11.1
แบบแผนการนอนหลับ		
นอนหลับไม่สนิท	6	16.7
ตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง	15	41.7
ตื่นกลางคืน 2 ครั้ง	4	11.1
ตื่นกลางคืน 1 ครั้ง	7	19.4
ไม่ตื่นกลางคืนเลย	4	11.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ อายุ แบบแผนการนอนหลับ อาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน และภาวะเจ็บป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (N=36)	ร้อยละ
อาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน		
ไม่เลย	3	8.3
เล็กน้อย	8	22.2
ปานกลาง	6	16.7
ค่อนข้างมาก	14	38.9
มาก	3	8.3
มากที่สุด	2	5.6
ภาวะเจ็บป่วย		
ความปวดจากกลุ่มโรคมะเร็ง	7	19.4
ความปวดจากกลุ่มโรคข้อ	8	22.2
ความปวดจากกลุ่มโรคอื่นๆ	21	58.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.6 มีอายุ 13 ปี ร้อยละ 30.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดจากกลุ่มโรคอื่นๆ (ปวดท้อง, ปวดศีรษะ) ร้อยละ 58.3 มีแบบแผนการนอนหลับแบบตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ นอนหลับไม่สนิท คิดเป็นร้อยละ 16.7 และมีอาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน ค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 38.9

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนครอบครัว จำแนกตาม สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ลักษณะของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว

ปัจจัยส่วนครอบครัว	จำนวน (N=36)	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	19	52.8
ครอบครัวขยาย	17	47.2
สถานภาพสมรสของพ่อ - แม่		
อยู่ด้วยกัน	20	55.6
แยกกันอยู่	12	33.3
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	4	11.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	16	44.4
5000 – 9,999	9	25
10,000 – 14,999	4	11.1
มากกว่า 20,000	7	19.4

จากตารางที่ 3 พบว่า ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 52.8 สถานภาพสมรสของพ่อแม่เป็นแบบอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 55.6 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.4

ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับอาการปวด	จำนวน (N=36)	ร้อยละ
ไม่ปวด	0	0
ปวดเล็กน้อย	0	0
ปวดพอทนได้	8	22.2
ปวดมาก	10	27.8
ปวดรุนแรงมาก	12	33.3
ปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้	6	16.7

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดมากถึงระดับรุนแรงมากจนทนไม่ได้ จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.8

ส่วนที่ 3 คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี โดยจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

องค์ประกอบของการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
	จำนวน (n=8)	ร้อยละ	จำนวน (n=28)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย				
ดีมาก	6	75.00	10	35.71
ดี	2	25.00	10	35.71
ไม่ค่อยดี	-	-	6	21.44
ไม่ดีเลย	-	-	2	7.14
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ				
น้อยกว่า 15 นาที	4	50.00	3	10.72
ประมาณ 16 - 30 นาที	2	25.00	12	42.85
ประมาณ 31 - 60 นาที	2	25.00	10	35.71
มากกว่า 60 นาที	-	-	3	10.72
ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน				
มากกว่า 7 ชั่วโมง	6	75.00	17	60.71
ประมาณ 6 - 7 ชั่วโมง	2	25.00	7	25.00
ประมาณ 5 - 6 ชั่วโมง	-	-	1	3.57
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	-	-	3	10.72

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี โดยจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

องค์ประกอบของการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
	จำนวน (n=8)	ร้อยละ	จำนวน (n=28)	ร้อยละ
ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย				
มากกว่า 85 เปอร์เซนต์	2	25.00	6	21.44
ประมาณ 74 - 84 เปอร์เซนต์	-	-	-	-
ประมาณ 65 - 74 เปอร์เซนต์	1	12.50	4	14.26
น้อยกว่า 65 เปอร์เซนต์	5	62.50	18	64.30
การใช้ยานอนหลับ				
ไม่เคยใช้	7	87.50	25	89.28
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	1	12.50	3	10.72
ใช้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	-	-	-	-
ใช้ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	-	-	-	-
ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน				
<i>การรบกวนหรือเมื่อยหลับ</i>				
ไม่เคยเลย	5	62.50	9	32.14
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	2	25.00	14	50.00
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	1	12.50	2	7.14
3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	-	-	3	10.72

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี โดยจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในเวลากลางวัน

องค์ประกอบของการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
	จำนวน (n=8)	ร้อยละ	จำนวน (n=28)	ร้อยละ
ผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในเวลากลางวัน				
<i>ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงาน</i>				
<i>ให้สำเร็จ</i>				
ไม่เป็นปัญหา	6	75.00	4	14.26
เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย	1	12.50	18	64.30
เป็นปัญหาพอสมควร	1	12.50	5	17.87
เป็นปัญหามาก	-	-	1	3.57

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.8 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีคุณภาพการนอนหลับดีร้อยละ 22.2 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดีมาก คิดเป็นร้อยละ 75 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับนานประมาณ 15 นาที ถึงร้อยละ 50 มีระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 75 และมีประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยน้อยกว่า 65 % ร้อยละ 64.30 และร้อยละ 89.28 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ไม่เคยง่วงหลับหรือเผลอหลับขณะทำงานกิจกรรมในเวลากลางวัน ร้อยละ 62.50 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ร้อยละ 75

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และไม่ดีจำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ

ลักษณะสิ่งรบกวน	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
	จำนวน (n = 8)	ร้อยละ	จำนวน (n = 28)	ร้อยละ
ตื่นกลางคืนบ่อยครั้งหรือตื่นเช้ากว่าปกติ				
ไม่มี	5	62.50	7	25.00
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2	25.00	6	21.44
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	1	12.50	8	28.56
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	7	25.00
ตื่นเข้าห้องน้ำ				
ไม่มี	4	50.00	7	25.00
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2	25.00	10	35.71
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	2	25.00	6	21.44
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	5	17.85
หายใจขัด				
ไม่มี	7	87.50	16	57.15
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	1	12.50	9	32.14
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	2	7.14
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	1	3.57
ไอ				
ไม่มี	7	87.50	19	67.85
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	1	12.50	6	21.44
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	2	7.14
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	1	3.57
รู้สึกหนาวเกินไป				
ไม่มี	6	75.00	13	46.43
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2	25.00	6	21.44
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	8	28.56
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	1	3.57
รู้สึกร้อนเกินไป				
ไม่มี	4	50.00	12	42.87
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	4	50.00	8	28.57
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	5	17.85
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	3	10.71

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และไม่ดี จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ

ลักษณะสิ่งรบกวน	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	
	จำนวน (n = 8)	ร้อยละ	จำนวน (n = 28)	ร้อยละ
ฝันร้าย				
ไม่มี	4	50.00	13	46.40
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	3	37.50	11	39.40
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	1	12.50	2	7.10
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	2	7.10
เจ็บหรือปวดตามร่างกาย				
ไม่มี	4	50.00	8	28.6
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	4	50.00	4	14.30
1 -2 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	7	25.00
3 ครั้งต่อสัปดาห์	-	-	9	32.14

จากตารางที่ 6 พบว่าอาการเจ็บหรือปวดตามร่างกาย รบกวนการนอนหลับมากที่สุด โดยรบกวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 50 และ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ถึง คิดเป็นร้อยละ 32.1

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7-8

ตารางที่ 7 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (N=36)	ร้อยละ	\bar{X} คะแนนภาวะ ซึมเศร้า	S.D.
ไม่มีภาวะซึมเศร้า(น้อยกว่า 15 คะแนน)	12	33.3	8.83	3.73
มีภาวะซึมเศร้า(คะแนน 15 - 20)	11	30.6	18	1.8
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(คะแนนมากกว่า 20 ขึ้นไป)	13	36.1	24.76	3.72
รวม	36	100	51.59	9.25

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือร้อยละ 36.1 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 24.76 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.72 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 30.1 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 18 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.8

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนภาวะซึมเศร้าจำแนกตามรายด้าน

ภาวะซึมเศร้ารายด้าน	คะแนนภาวะซึมเศร้า		—	S.D.
	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน ที่ได้		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 12)				
ด้านอารมณ์	0 - 12	0 - 4	1.61	1.26
ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ	0 - 8	0 - 4	1.07	1.25
ด้านการมองตนเองในแง่ลบ	0 - 10	0 - 2	0.84	0.89
ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น	0 - 8	0 - 3	1.69	1.10
ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย	0 - 16	0 - 7	3.0	2.12
มีภาวะซึมเศร้า (n = 11)				
ด้านอารมณ์	0 - 12	0 - 7	3.38	2.32
ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ	0 - 8	1 - 4	2.92	1.60
ด้านการมองตนเองในแง่ลบ	0 - 10	0 - 4	1.46	1.19
ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น	0 - 8	2 - 4	2.23	1.23
ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย	0 - 16	3 - 7	4.69	2.42
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (n = 13)				
ด้านอารมณ์	0 - 12	3 - 8	5.38	1.44
ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ	0 - 8	1 - 7	3.92	1.49
ด้านการมองตนเองในแง่ลบ	0 - 10	0 - 5	3.15	1.57
ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น	0 - 8	2 - 6	3.76	1.48
ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย	0 - 16	6 - 13	8.53	2.18

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนของภาวะซึมเศร้าเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกายมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3, 4.69, 8.53 ตามลำดับ โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์สูงรองลงมา คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 และ 5.38 ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าด้านการมองเห็นตนเองในแง่ลบมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดเรื้อรัง คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

- ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล
- ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง
- ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง
- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=36)	ปวดพอทนได้		ปวดมาก		ปวดรุนแรงมาก		ปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้		รวม	p-value
	n=8	ร้อยละ	n=10	ร้อยละ	n=12	ร้อยละ	n=6	ร้อยละ		
เพศ										
ชาย	2	25	5	50	7	58	6	100	20	0.008*
หญิง	6	75	5	50	5	42	0	0	16	
รวม	8	100	10	100	12	100	6	100	36	
อายุ(ปี)										
อายุ 10 ปี	0	0	1	10	0	0	1	17	2	0.001*
อายุ 11 ปี	0	0	0	0	2	17	0	0	2	
อายุ 12 ปี	2	25	1	10	4	33	2	33	9	
อายุ 13 ปี	3	38	4	40	2	17	2	33	11	
อายุ 14 ปี	1	12	3	30	3	25	1	17	8	
อายุ 15 ปี	2	25	1	10	1	8	0	0	4	
รวม	8	100	10	100	12	100	6	100	36	

*p<0.05

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=36)	ปวดพอทนได้		ปวดมาก		ปวดรุนแรงมาก		ปวดรุนแรงมากจน ทนไม่ได้		รวม	p-value
	n=8	ร้อยละ	n=10	ร้อยละ	n=12	ร้อยละ	n=6	ร้อยละ		
ภาวะการเจ็บป่วย										
ความปวดจากกลุ่มโรคมะเร็ง	1	12	2	20	3	25	1	17	7	0.89*
ความปวดจากกลุ่มโรคข้อ	4	50	1	10	1	8	0	0	6	
ความปวดจากกลุ่มโรคอื่นๆ	3	38	7	70	8	67	5	83	23	
รวม	8	100	10	100	12	100	6	100	38	
ลักษณะของครอบครัว										
ครอบครัวเดี่ยว	3	37	5	50	8	67	3	50	19	0.85*
ครอบครัวขยาย	5	63	5	50	4	33	3	50	17	
รวม	8	100	10	100	12	100	6	100	36	

*p<0.05

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=36)	ปวดพอทนได้		ปวดมาก		ปวดรุนแรงมาก		ปวดรุนแรงมากจน ทนไม่ได้		รวม	p-value
	n=8	ร้อยละ	n=10	ร้อยละ	n=12	ร้อยละ	n=6	ร้อยละ		
สถานภาพสมรสของพ่อแม่										
อยู่ด้วยกัน	5	63	5	50	6	50	4	67	20	0.32*
แยกกันอยู่	3	37	4	40	3	25	2	33	12	
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	0	0	1	10	3	25	0	0	4	
รวม	8	100	10	100	12	100	6	100	36	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว(บาท)										
ต่ำกว่า 5,000	2	25	6	60	6	50	1	17	15	0.32*
5,000-9,999	3	38	3	30	2	17	2	33	10	
10,000-14,999	2	25	0	0	1	8	1	17	4	
มากกว่า 20,000	1	12	1	10	3	25	2	33	7	
รวม	8	100	10	100	12	100	6	100	36	

*p<0.05

จากตารางที่ 9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความปวด โดยใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ภาวะการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรสของพ่อแม่ และ รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Simple Linear Regression

ระดับคุณภาพการนอน * ระดับความปวด (N=36)	คุณภาพการนอนหลับไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี		p - value
	จำนวน (n=28)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ	
ระดับความปวด					
ปวดพอทนได้	7	25.0	1	12.5	0.00*
ปวดมาก	8	28.6	2	25.0	
ปวดรุนแรงมาก	8	28.6	4	50.0	
ปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้	5	17.8	1	12.5	

*p<0.05 (B=0.034)

จากตารางที่ 10 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยอย่างง่าย (Simple linear Regression) พบว่าคุณภาพการนอนหลับและความปวดมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและภาวะซีมีเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบ Simple Linear Regression

ระดับความปวด *ภาวะซีมีเศร้า (N=36)	ไม่มีภาวะซีมีเศร้า		มีภาวะซีมีเศร้า		มีภาวะซีมีเศร้า รุนแรง		p - value
	ซีมีเศร้า		ซีมีเศร้า		ซีมีเศร้า		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n=12)		(n=11)		(n=13)		
ระดับความปวด							
ปวดพอทนได้	3	25	3	27.3	2	15.4	0.002*
ปวดมาก	4	33.33	1	9.1	5	38.4	
ปวดรุนแรงมาก	4	33.33	4	36.3	4	30.8	
ปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้	1	8.34	3	27.3	2	15.4	

*p<0.05 (B=.39)

จากตารางที่ 11 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับภาวะซีมีเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression) พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียว (ค่า B = + 0.39) กับภาวะซีมีเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ศูนย์เวชศาสตร์พยากรณ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่12 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation

ระดับคุณภาพการนอน *ระดับภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า		มีภาวะ ซึมเศร้า		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n=12)		(n=24)		
คุณภาพการนอนหลับ					
คุณภาพการนอนหลับดี	5	41.67	3	12.5	0.009*
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	7	58.33	21	87.5	

Coefficiency)

*Correlation is significant at the 0.01(2-tailed) (r=0.132)

จากตารางที่ 12 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) พบว่า
คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01, r =
.0132

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก จำนวน 36 คน อายุระหว่าง 10 – 15 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และ ข้อมูลครอบครัว แบบประเมินความปวด อาการปวดในเด็กโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) และ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลและดัดแปลงจาก The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2553

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA ทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และ ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สถิติประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำเสนอด้วยตารางประกอบเรียง สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.6 มีอายุ 13 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.6 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความปวดจากกลุ่มโรคอื่นๆ (ปวดท้อง, ปวดศีรษะ) ร้อยละ 58.3 มีแบบแผนการนอนหลับแบบตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ นอนหลับไม่สนิท ร้อยละ 16.7 และมีอาการปวดรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 เดือน ค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 38.9

1.2 ข้อมูลส่วนครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 52.8 คือมีเพียงพ่อและแม่ มีสถานภาพสมรสของพ่อแม่เป็นแบบอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 55.6 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวอยู่ระดับต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 44.4

2. ระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดรุนแรงมากร้อยละ 33.3 รองลงมาคือมีความปวดมาก ร้อยละ 27.8 และมีความปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้ ร้อยละ 16.7 ($X = 6.72$, $S.D. = 2.02$)

3. คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีความปวดเรื้อรังส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 77.8 จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ คือ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยพบว่า มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยที่ไม่ค่อยดี คิดเป็นร้อยละ 21.44 โดยร้อยละ 42.85 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับนานประมาณ 16 – 30 นาที และร้อยละ 64.3 มีประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย น้อยกว่า 65 เปอร์เซ็นต์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.28 ไม่มีการใช้ยานอนหลับ แต่พบว่ามีอาการง่วงนอนหรือผลหลับขณะทำกิจกรรมประจำวันน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 64.30 มีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จบ้างเล็กน้อย

เมื่อพิจารณาสิ่งที่รบกวนการนอนหลับพบว่า อาการเจ็บหรือปวดตามร่างกาย รบกวนการนอนหลับมากที่สุด โดยรบกวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ถึง ร้อยละ 32.14 ส่วนตื่นกลางคืนบ่อยครั้งหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นเข้าห้องน้ำ หายใจขัด ใจ รู้สึกหนาวเกินไป รู้สึกร้อนเกินไป และฝันร้าย พบว่าส่วนใหญ่ไม่เป็นปัญหา

4. ภาวะซีมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซีมเศร้าถึง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ มีภาวะซีมเศร้ารุนแรงร้อยละ 36.1 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าเท่ากับ 24.76 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.76 รองลงมาคือมีภาวะซีมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 30.1 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซีมเศร้า เท่ากับ 18 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.8

ภาวะซีมเศร้าเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าทั้ง 3 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซีมเศร้า มีภาวะซีมเศร้า และมีภาวะซีมเศร้ารุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกายมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3, 4.69, 8.53 ตามลำดับ โดยกลุ่มที่มีภาวะซีมเศร้า และมีภาวะซีมเศร้ารุนแรง จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์สูงรองลงมา คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 และ 5.38 ตามลำดับ ส่วนภาวะซีมเศร้าด้านการมองเห็นตนเองในแง่ลบมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดเรื้อรัง คุณภาพการนอนหลับและภาวะซีมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างทุกระดับความปวดมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่ระดับความปวดมากถึงปวดรุนแรงมาก มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 22.20

กลุ่มตัวอย่างทุกระดับความปวดมีภาวะซีมเศร้า โดยที่ระดับความปวดมาก พบมีภาวะซีมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 13.90

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีภาวะซีมเศร้า โดยพบว่ามีระดับภาวะซีมเศร้ารุนแรงร้อยละ 36.10 รองลงมาคือ มีภาวะซีมเศร้าร้อยละ 22.20

อภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะซีมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง จำนวน 36 คน พบว่ามีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (ได้คะแนน CDI 15 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 24 ราย

ในจำนวนนี้ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 36.1 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 24.76 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.76 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 30.1 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 18 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.8 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเบื่อหน่ายและมีอาการทางกาย ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 และ 8.53 ตามลำดับ และมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 5.38 ตามลำดับ ผลกระทบทั้งด้านความเบื่อหน่ายและมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือนอนไม่หลับบ่อยๆ ร่วมกับด้านอารมณ์ สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ในอนาคต การพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kashikar และคณะ ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดประมาณร้อยละ 15 มีอาการของภาวะซึมเศร้า (Kashikar-Zuck et.al, 2001) อย่างไรก็ตาม การศึกษาภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้พอสมควร ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและความช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้จากทุกฝ่าย โดยเฉพาะทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรให้ความสนใจต่อปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยควบคู่กับปัญหาทางด้านร่างกาย ทั้งนี้การได้รับความร่วมมือจากบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วย เช่น บิดามารดา ญาติ ของผู้ป่วย ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีภาวะอารมณ์ที่ปกติได้

2. คุณภาพการนอนหลับในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.8 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยมีสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ คือ ตื่นกลางดึกบ่อยครั้งหรือตื่นเช้ามากกว่าปกติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 28.56 ตื่นเข้าห้องน้ำน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 35.71 สำหรับหายใจขัด ไอ รู้สึกหนาวหรือร้อนเกินไป ผื่นร้าย พบว่าไม่เป็นปัญหา ส่วนอาการเจ็บหรือปวดตามร่างกาย พบว่า มีมากถึงร้อยละ 32.14 ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีการเจ็บป่วยมักจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Buysse et al., 1989) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและการนอนหลับนั้นค่อนข้างมีความซับซ้อน จากการศึกษาที่ผ่านมานักวิจัยมีความเชื่อว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังมักจะทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับ (Stafal et al., 2006) สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ เช่น งานวิจัยโดย นายแพทย์ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ นายแพทย์ วรวิญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์ ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 461 คน ด้วยแบบสอบถาม The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย พบว่า

พยาบาลประจำการที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 73 และยังไม่มีการวิจัยคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง จากการศึกษาของ Anna C. และคณะ(Anna et.al., 2008) โดยศึกษาภาวะนอนหลับยากในเด็กวัยเรียนที่มีความปวดเรื้อรัง (กลุ่มตัวอย่างอายุ 8 – 12 ปี, แผนกผู้ป่วยนอก) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะนอนหลับยากร้อยละ 53 และภาวะนอนหลับยากนี้สามารถพยากรณ์ถึงภาวะสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จึงพอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ O. Bruni และคณะ (O. Bruni et.al., 2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับและอาการปวดศีรษะของเด็กและวัยรุ่น โดยศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 8 – 15 ปี ในโรงเรียน พบว่า กลุ่มเด็กที่มีอาการปวดศีรษะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ จึงพอที่จะอธิบายได้ว่า ความปวดเรื้อรังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและมีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 36.10 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.20 การศึกษาเรื่องการนอน Kupferและคณะ(1985) ศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มี Rapid Eye Movement(REM) latency สั้นลง เพิ่ม REM density คลื่นสมองช้ากว่าปกติ และประสิทธิภาพการนอนลดลง Emslie และคณะ(1990) และ Puig – Antich (1987) ศึกษาในเด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษาขัดแย้งกับ Kupfer แต่ได้มีผู้ศึกษาต่อมา เพื่อยืนยันว่าความผิดปกติของการนอนสามารถพบได้ในเด็กและวัยรุ่น ดังเช่นการศึกษาของ Tonya and Kiska (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในวัยรุ่น โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในคลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 86 คน พบว่า ความปวดเรื้อรังเป็นสิ่งรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ส่งผลมีปัญหาด้านอารมณ์ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และ ระดับคุณภาพชีวิตลดลง จะเห็นได้ว่า แบบแผนการนอนหลับที่ถูกรบกวน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือความปวดอาจเป็นสาเหตุให้เกิดได้ทั้งภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความปวดเป็นปัจจัยอันหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพยากรณ์ได้ว่าอาจทำให้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงตามไปด้วย ดังนั้นการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ เป็นวิธีการที่อาจช่วยลดความรุนแรงของปัญหานี้ได้

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรค คือ

1. จากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย คือคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 10 -15 ปี ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลายาวนาน

2. จำนวนผู้ป่วยที่รับการรักษาในตึกผู้ป่วยในมีจำนวนลดลง เนื่องจากระบบการรับผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยเข้ารักษา ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ต้นสังกัดการรักษา เป็นต้น ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากเกณฑ์เดิมที่คำนวณไว้เบื้องต้น (คำนวณได้ N= 95 เก็บได้จำนวน 36)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นกระทำในตึกผู้ป่วยใน ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังเข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ย 50-150 รายต่อปี และบางรายเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมที่เคยเก็บไปแล้ว กลับมา Admitใหม่ซ้ำ เป็นเหตุให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลานาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเรื่องนี้ เช่น เพิ่มจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผลการศึกษา มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง เช่น อายุ เพศ สภาพทางสังคม เป็นต้น

3. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง เช่น วิธีลดความกลัว วิธีลดความวิตกกังวล ตลอดจนการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนแก่ผู้ปกครองของเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง น่าจะเป็นแนวทางช่วยเหลือและให้มีการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับความปวดได้ดี

รายการอ้างอิง

- กุสุมาลย์ รามศิริ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- เกศินี บุญยวัฒน์นางกุล. การดูแลด้วยหัวใจในเด็กโรคมะเร็ง. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: <http://gotoknow.org/blog/childcancercare/158006>. [2552, กันยายน 21].
- จักรพันธ์ สุศิระ. ปัญหาการนอนหลับในเด็ก. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: http://www.sirirajsleepcenter.com/artcle_detail.php?aid=3§ion=2&p=1. [2552, กันยายน9].
- จรรย์ สุนสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- เจือกุล อโนธารมณ. การประเมินความปวดในเด็ก. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: http://www.si.mahidol.ac.th/KM/cop/pain_management/admin/knowledge/chilclassess_expertpain.pdf. [2552, กันยายน9].
- ชนกพร จิตปัญญา. บทความวิชาการ: มโนคติและการวัดการนอนหลับ Conceptual and Measurement of sleep. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(1), 2543: 1-9.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. การนอนหลับ. แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13(1), 2538: 10-18.
- ดาริกา ไชยคุณ. ผลของกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของเด็กวัยเรียนที่ผ่าตัดช่องท้อง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- ดาร์สนี โพธารส. ทำอย่างไรเมื่อนอนไม่หลับ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 4(1), 2539: 13-18.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก. การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท, 2546.

- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, (กรกฎาคม – กันยายน), 2540: 42.
- นที รัชดาวรรณ. ธรรมชาติของการนอนหลับในเด็ก. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: <http://www.motherandchild.in.th/content/view/99/1/>. [2552, กันยายน9].
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 42, 2540: 35-49.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- พรณี วาสิกานนท์และคนอื่นๆ. ปัญหาการนอนหลับในเด็ก. การดูแลรักษาในปัจจุบัน, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545: หน้า129–145.
- พีรศักดิ์ ศิริสวัสดิ์. การนอนหลับกับประโยชน์นานัปการ. [ออนไลน์]. 2553.แหล่งที่มา: <http://tulip-on-me.exteen.com/20100227/entry>. [2553, กุมภาพันธ์12].
- พูลสุข ศิริพูล. การจัดการความปวดในเด็ก Hypnosis & Biofeedback และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- พงศ์ภารดี เจาทะเลษตริน และคนอื่นๆ. ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่ม 1. กรุงเทพฯ: บริษัททิมส์ (ประเทศไทย) จำกัด, 2547.
- โจจน์ สุวรรณสุทธิ และ ศิริธรรม ธนะภูมิ. การใช้จิตบำบัดร่วมกับการปฏิบัติธรรมในพระพุทธศาสนาเพื่อรักษาผู้ป่วยจิตเวช: รายงานผู้ป่วย 2 ราย, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 35, (เมษายน-มิถุนายน 2533): 83-91.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกูร. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545.
- วาริรัตน์ หอมโกศล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- วิทยา เสศวิริยะกุล. การระงับปวดในเด็ก: ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พัชรินทร์ ผลิพัฒน์. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์, 24, 2542: 122-127.

- วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ. การประเมินและแนวทางรักษาความปวดเฉียบพลัน. ใน IASP NEWS, 12 (3), 2001: 2-3.
- วิไลลักษณ์ กฤษณคฤหาสน์. ประสบการณ์ของครอบครัวและเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรังต่อการเผชิญความปวด: กรณีศึกษาในบริบทสังคมอีสาน, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- ศิริอร ฤทธิ์ไตรรัตน์. ความชุกและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- ศิริไชย หงส์สงวนศรี.. Depressive disorder in children and adolescence. [ออนไลน์]. 2544. แหล่งที่มา: <http://www.go to / ramamental.com>. [2552, กันยายน9].
- สันต์ หัตถิรัตน์. การตรวจรักษาการนอนหลับไม่ปกติ. หมอชาวบ้าน, 13(143), 2535: 26-28.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. ความรู้สึกลึ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็งกับการพยาบาล, วารสารพยาบาลศาสตร์, 7(2), 2532: 74-82.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปอง, 2527.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ. หนังสือประกอบการอบรมเรื่องจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสู่ศวรรษใหม่. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2542.
- สุพร พลยานันท์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์อักษรไทย, 2526.
- อลิสา วัชรสินธุ์. ปัญหาและความผิดปกติทางจิตเวชที่แสดงออกโดยอาการทางกาย. ใน: วันเพ็ญ บุญประกอบ อัมพล สุอำพัน และนางพงา ลีมีสุวรรณ (บรรณาธิการ). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์, 2538.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขชนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก: การใช้Children's Depression Inventory. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 2539: 221 - 230.
- อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวชเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.

- Alessi, M.D., and others. The Effects of Staffing on In-Bed Times of Nursing Home Residents, Journal of the American Geriatrics Society, 52(6), 2004: 931-938.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994a.
- Andrykowski, M. A., and Carpenter, J. S. Energy level and sleep quality following bone marrow transplantation, Bone marrow transplantation, 20(8), 1997: 669-379.
- Angold, A. Childhood and adolescent depression I. Epidemiological and aetiological aspects. The British Journal of Psychiatry, 152, 1998: 601-617.
- Anna, C. Long, Vidhya Krishnamurthy and Tonya M. Palemo. Sleep disturbances in School-age Children with Chronic Pain. Journal of Pediatric Psychology, 33(3), 2008: 258-268.
- Beck, A.T., Depression, Clinical experimental and theoretical aspects. New York, 1967: 228-240.
- Beck SL. Measuring Sleep. In M. Frank-Stroborg(Ed). Instruments of clinical nursing research. Norwalk, 1992: 255-267.
- Beverly Sokel, Sean Devance, and Arnon Bentovim, Getting better with honor: Individualized relaxation/self-hypnosis techniques for control of recalcitrant abdominal pain in children, Family systems & Health, 9(1), 1991: 83-91.
- Brazelton, T.B. and Nugent J.K. The Neonatal Behavioral Assessment Scale. Mac Keith Press, Cambridge, 1995.
- Buysse, J., Reynold F., Monk H, Berman, R. and Kopfer, J. The Pittsbergh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. Psychiatry Research, 28,1989: 193-213.
- Carpenito L.J., Fatigue, In: Carpenito L.J., Handbook of Nursing Diagnosis, 5th ed. Lippincott Company, Philadelphia, 1993.
- Clark, D.M. and Fairburn C.G. Panic disorder and social phobia. Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford University Press, 1997.
- Closs, S.J. Assessment of sleep in hospital patient: A review of methods. Journal of Advanced Nursing, 13(4), 1988: 501-510.
- Cytryn L., and Macknew D. Proposed classification of Childhood depression. New York, 1972.

- Dines-Kalinoswski, C.M. Nature's nurse: Promoting sleep in the ICU. Dimens Critical Care Nursing, 21(1), 2002: 32-34.
- Ebersole, P., and Herr, P. Toward healthy aging: Human needs and nursing response (5th ed.). Philadelphia: Mosby, 1998.
- Echols, J. A. Development of an observational tool to identify a patient's sleep Behavior, Unpublished master's thesis, Catholic University of America, Washington, DC, 1968.
- Eilles B, Johns MW, Lancaster R, and Raptopoulos P. Angelopoulos N, First RG. The St. Marry's hospital sleep questionnaire: A study of reliability Sleep, 4(1), 1981: 93-97.
- E. J. Paavonen and others. Poor sleep and psychiatric symptoms at school: an epidemiological study, European, Child and Adolescent Psychiatry; 11(1), 2002: 10–17.
- Engel, J.M., Radoff, M.A., and Pressman,A.R., Long-term follow-up of relaxation training for pediatric headache disorders. Headache, 32, 1992: 152-156.
- Englert, S. and Linden, M. Difference in self reported sleep complaints in elderly persons living in the community who do or not take sleep medication. Journal Clinical of Psychiatry, 59(3), 1998: 137-143.
- Gabor and others. Sleep disruption in the intensive care unit, Current Opinion in Critical Care, 7(1), 2001: 21-27.
- Fontaine, D.K., Sleep and the critically ill patient. In M.R. Kinnney, D.R. Packa., and S.B. Dunbar. AACN's clinical reference for critical care nursing (3rd ed.), 1993: 351-364.
- Fowler-Kerry, S. Adolescent oncology survivors' recollection of pain. In: Tyler DC, Krane EJ, editors. First International Pain Symposium, Seattle, Washington, July 1988. Pediatric pain.Vol.15. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press, Ltd., 1990: p. 365-72.
- Frisk U, Nordstrom G, Patients' sleep in an intensive care unit – patients' and nurses' perception. Intensive Critical Care Nurse, 19, 2003: 342-349.
- Fuller,J., and Schaller - Ayers,J.S. Health assessment: A nursing approach. Philadelphia: J.B. Lippincott., 1990.

- Haesler, E.J. Systematic review: Effectives of strategies to manage sleep in resident of aged care facilities. Joanna Briggs Institute Reports, 2(4), 2004: 115-164.
- Hilton, B. A. Quality and quality patients' sleep disturbing factors in respiratory intensive care unit. Journal of Advanced Nursing, 1(3), 1976: 453-463.
- Hodgson, L. A., Why do we need sleep?. Relating theory to nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 16(12), 1991: 1503–1510.
- Holditch-Davis, D., Edwards, L. J., and Wigger, M. C. Pathologic apnea and brief respiratory pauses in preterm infants: Relation to sleep state. Nursing Research, 43(5), 1994: 293–300.
- International Association for Study of Pain, Pain term: a list with definitions and note on usage. Pain, 6, 1997: 249 – 252.
- Jeans, M. E., and Melzack, R. Conceptual basis of nursing practice: Theoretical foundations of pain. In J. H. Watt-Watson and M. I. Donovan (Eds.), Pain management. Nursing perspective, 1992: pp. 11-35.
- Johns, M. W. Factor analysis of objective and subjective characteristics of a night's woman. Applied Nursing Research, 4(4), 1975: 43-418.
- Kecklund G, and Akerstedt T. Objective components of individual differences in subjective sleep quality. J Sleep Res, 6, 1997: 217–220.
- Kupfer, D.J and others. Application of automated REM and slow wave sleep analysis. II. Testing the assumptions of the two process model of sleep regulation in normal and depression subjects. Psychiatry Research, 13, 1985: 335-343.
- Landis, C. Sleep and method of assessment. The Nursing Clinical of North America, 37(4), 2002: 583 – 597.
- Marchette, L, Main R, Redick E, Bagg A, and Leatherland J. Pain reduction Interventions during neonatal circumcision. Nursing Research. 40, 1991: 241-244.
- Mc Bride M. Can you tell where it hurt? : Assessing children with pain. Pediatric Nursing, 3(4), 1977: 7-8.
- McCaffery, M., Beebe, A. Pain: Clinical manual for nursing practice. St. Louis, MO: C. V. Mosby, 1989.

- Murray, E.J., Lamnin A. and Carver, C. Emotional expression in written essays and psychotherapy. Journal of Social and Clinical Psychological, 8, 1989: 414–429.
- O. Bruni, P.M. Russ, R. Ferri, L. Novelli, F. Galli and V. Guidetti. Relationships between headache and sleep in a non-clinical population of children and adolescents. Sleep medicine, 9, 2008: 542-548.
- Palermo TM. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning a critical review of the literature. Journal of developmental and behavioral pediatrics, 21(1), 2000: 58-59.
- Richardson, S.J., A comparison of tools for the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. Dimension of Critical Care Nursing, 16(5), 1997: 226-239.
- Riemahn, D. and Hohagen, F. Test-retest reliability and validity of Pittsburgh sleep quality index for primary insomnia. Journal of Psychosomatic Research, 53(3), 2002: 737-740.
- Sadeh, A., Gruber, R. and Raviv A. Sleep Neurobehavioral Functioning, and Behavior Problems in School-Age Children. Child Development, 73(2), 2002: 405–417.
- Sadeh, A., and others. Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. J. Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 34(6), 1995: 813-819.
- Susmita Kashikar-Zuck and others. Depression and Functional Disability in Chronic Pediatric Pain. The Clinical Journal of Pain, 17, 2001: 341-349.
- Schwab, R.J. Disturbances of sleep in the intensive care unit. Critical Care Clinics, 10(4), 1994: 681-691.
- Spitz, R. A., The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. New York: International Universities Press, 1965.
- Stefan Lautenbacher, Bernd Kundermann, and Jurgen-Christian Krieg. Sleep deprivation and Pain perception. Sleep Medicine, 10, 2006: 357-369.
- Sternbach, R.A., Deem L.M., Timmerman, and G., Huey, L.Y. On the sensitivity of the tourniquet pain test. Pain, 3(2), 1977: 105-110.

- Stevens, B. Acute pain management in infants in the neonatal intensive care unit; In Finley, G.A. and McGrath, P.J. (Eds.), *Acute and procedure pain in infants and children*. Seattle, IASP Press, 2001.
- Sweet. S.D., and McGrath, P.J. Physiological measures of pain. In GA Finley and PJ McGrath (Eds). *Management of pain in infants and children, progress in pain research and management*, Vol. 10, 1998: pp. 59-81.
- Taylor, C., Lillis, C., and LeMone, P. Fundamental of Nursing: The art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott, 1989.
- Tonya Palermo, and Kiska. Subjective Sleep disturbance in adolescence with Chronic Pain Relationship to Daily Functioning and Quality of Life. The Journal of Pain, 6(3), 2005: 201- 207.
- Webster, R.A. and Thompson, D.R. Sleep in hospital. Journal of Advanced Nursing.11, 1986: 447-457.
- Weiss, Weisz, Han, Granger, and Morton, Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents Revisited: A meta-analysis of Treatment outcome Studies, *Psychological Bulletin*, 117(3), 1988: 450-458.
- Wiggs, L., and Stone, G. Severe sleep disturbance and daytime challenging behaviour in children with severe learning disabilities. Journal of Intellectual Disability Research, 40(6), 1996: 518-528.
- Williams, A. C., Facial expression of pain: An evolutionary account. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 2003: 439-455.
- Whaley, LF and Wong OL. Nursing care infants and children 5th ed. St. Louis: Most by Year Book, 1997.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.



IRB No. 285/52

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

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : คุณภาพการนอนหลับและการซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง


เลขที่โครงการวิจัย :

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอังสนา เบญจนิรันดร์

สังกัดหน่วยงาน : นิสิตหลักสูตรวท.ม.สาขาสุขาภพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

เอกสารรับทราบ :

- สำเนาเอกสารคำอธิบายชี้แจงแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัยวิจัยวิจัย

ลงนาม  ลงนาม 
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สีนลีนวงศ์) (รองศาสตราจารย์ไฉกิต ธรรมอาวี)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับทราบ : 15 ธันวาคม 2552

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 086/2010

ชื่อโครงการภาษาไทย : คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง

รหัสโครงการ : 595/2552(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอังสนา เญญะมินทร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงการวิจัย ฉบับวันที่ 16 ธันวาคม 2552
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. การแสดงความสมัครใจหลังจากได้รับทราบข้อมูลแล้ว และข้อมูลสำหรับเด็กที่มีอายุ 12-15 ปี
6. แบบสอบถาม ฉบับวันที่ 16 ธันวาคม 2552
7. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 10 กุมภาพันธ์ 2553

วันหมดอายุ : 9 กุมภาพันธ์ 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม 12 กุมภาพันธ์ 2553
(ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงจรรยา เต็ยธรรมอนันต์) วันที่
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 17 กุมภาพันธ์ 2553
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์) วันที่
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Page 1 of 2

ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง”

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อเก็บข้อมูลทางการวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง” ในผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 10 – 15 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง โรงพยาบาลศิริราช

การตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด จึงขอให้ท่านหรือผู้ปกครองช่วยดูแลบุตรหลานของท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งคำตอบที่ได้จากแบบสอบถาม จะนำไปวิเคราะห์เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะที่เป็นภาพรวม ไม่มีการนำไปเปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ส่วนบุคคลและครอบครัว)

ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

หากท่านผู้ปกครองมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอความกรุณาท่านผู้ปกครองเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และช่วยดูแลบุตรหลานของท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ด้วย เมื่อบุตรหลานของท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาค้นเอกสารทั้งหมดนี้ให้แก่ผู้วิจัย

จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาวอังสนา เบญจมินทร์)

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือ เติมคำในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง

1. เพศ (sex)

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ (age)

อายุ _____ ปี _____
เดือน

3. เมื่อคืนนอนหลับสนิทเพียงใด (deep_sl)

1. ไม่สนิท
 2. ตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง
 3. ตื่นกลางคืน 2 ครั้ง
 4. ตื่นกลางคืน 1 ครั้ง
 5. ไม่ตื่นกลางคืนเลย

4. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวด รบกวนการนอนหลับของหนูหรือไม่ (dis_sl)

1. ไม่เลย
 2. เล็กน้อย
 3. ปานกลาง
 4. ค่อนข้างมาก
 5. มาก
 6. มากที่สุด



ข้อมูลส่วนครอบครัว

5. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ (marr)

- 1. อยู่ด้วยกัน
- 2. แยกกันอยู่
- 3. พ่อหรือแม่เสียชีวิต

6. ลักษณะของครอบครัว (fami)

- 1. ครอบครัวเดี่ยว(มีเฉพาะ พ่อ แม่ และ ลูก ภายในบ้านหลังเดียวกัน)
- 2. ครอบครัวขยาย(มีทั้ง ปู่ ย่า ตา ยาย หรือ ลุง ป้า น้า อา อยู่รวมกันในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียงกัน)

7. รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน) (inco)

- 1. ต่ำกว่า 5, 000
- 2. 5,000 – 9,999
- 3. 10,000- 14,999
- 4. 15,000 -19,999
- 5. 20,000 ขึ้นไป





ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง: ให้หนูสำรวจความรู้สึกของตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อากา
หรือ ความคิดเห็นและความรู้สึกของหนูในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ว่าอยู่ในระดับใด จากนั้น ทำเครื่องหมาย ✓ หมายถึง ในช่อง ที่ตรงกับ
ความรู้สึกของหนูมากที่สุด

1.

- ก. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขนานๆ ครั้ง
- ข. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขบ่อยครั้ง
- ค. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขตลอดเวลา

2.

- ก. ฉันไม่ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ
- ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี
- ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน

3.

- ก. ฉันทำกิจกรรมต่างๆ ได้ค่อนข้างดี
- ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
- ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด

4.

- ก. ฉันรู้สึกสนุกกับชีวิตประจำวัน
- ข. ฉันรู้สึกสนุกกับชีวิตประจำวันบางครั้ง
- ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน

5.

- ก. ฉันพูดและกระทำไม่ดีต่อพ่อแม่เสมอ
- ข. ฉันพูดและกระทำไม่ดีต่อพ่อแม่บ่อยครั้ง
- ค. ฉันพูดและกระทำไม่ดีต่อพ่อแม่มานานๆ ที่

6.

- ก. นานๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้น กับฉัน
- ข. ฉันกังวลว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น กับฉัน
- ค. ฉันมั่นใจว่าจะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น กับฉันแน่ๆ

7.

- ก. ฉันเกลียดตัวเอง
- ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
- ค. ฉันชอบตัวเอง

8.

- ก. ภาวะการเจ็บป่วยทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
- ข. ภาวะการเจ็บป่วยหลายสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของฉัน
- ค. ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มักไม่ใช่ความผิดของฉัน

9.

- ก. ฉันไม่คิดจะทำร้ายตัวเอง
- ข. ฉันคิดถึงการทำร้ายตัวเอง
- ค. ฉันต้องการทำร้ายตัวเอง

10.

- ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน
- ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
- ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง

11.

- ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจทุกวัน
- ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
- ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ครั้ง

12.

- ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น
- ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
- ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย

13.

- ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง
- ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ลำบาก
- ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ง่าย

14.

- ก. ฉันเป็นคนหน้าตาสวย
- ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยสวย
- ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด

15.

- ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างมากทุกครั้งที่ทำกรบ้าน
- ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างมากบ่อยครั้งเวลาทำกรบ้าน
- ค. การทำกรบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน

16.

- ก. ฉันนอนหลับยากทุกคืน
- ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
- ค. ฉันนอนหลับสบายทุกคืน

17.

- ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆ ครั้ง
- ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
- ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา

18.

- ก. มีหลายมือที่ฉันไม่รู้สึกรอยากกินอาหาร
- ข. มีบางมือที่ฉันไม่รู้สึกรอยากกินอาหาร
- ค. ฉันกินอาหารได้ดีทุกมือ

19.

- ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย
- ข. ฉันรู้สึกไม่สบายใจกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
- ค. ฉันรู้สึกไม่สบายใจกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา



20.

- ก. ฉันไม่รู้รู้สึกเหงา
- ข. ฉันรู้รู้สึกเหงาบ่อย ๆ
- ค. ฉันรู้รู้สึกเหงาตลอดเวลา

21.

- ก. ฉันไม่รู้รู้สึกสนุกเลย เวลาอยู่ที่โรงเรียน
- ข. ฉันรู้รู้สึกสนุกนานๆ ครั้งเวลาอยู่ที่โรงเรียน
- ค. ฉันรู้รู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาอยู่ที่โรงเรียน

22.

- ก. ฉันมีเพื่อนมาก
- ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้
- ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย

23.

- ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้
- ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
- ค. การเรียนของฉันแย่มาก

24.

- ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น
- ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
- ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้ว



25

- ก. ไม่มีใครรักฉันจริง
- ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
- ค. ทุกคนรักฉัน

26.

- ก. ฉันทำตามคำสั่งของพ่อแม่ที่ได้รับเสมอ
- ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งพ่อแม่บ่อยครั้ง
- ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่งพ่อแม่

27.

- ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี
- ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
- ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบางครั้งที่ถูกขัดใจ



ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หรือ เติมข้อความ แต่ละข้อที่ตรงกับ

การนอนหลับ ส่วนใหญ่ของหนูในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. หนูเข้านอนเวลาประมาณ _____ น.
2. หนูหลับหลังจากเข้านอนแล้วประมาณ _____ นาที
3. หนูตื่นนอนตอนเช้าเวลาประมาณ _____ น.
4. หนูดูรายการโทรทัศน์ใดก่อนเข้านอน
 - 1. ข่าว 2 ทุ่ม
 - 2. ละคร
 - 3. รายการเกมส์โชว์
 - 4. หนังสั้ดรอบดึก
5. หนูคิดว่ในแต่ละคืน หนูนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่
 - 1. ตื่นเช้าแล้วรู้สึกสดชื่น
 - 2. ตื่นเช้าแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย
 - 3. ตื่นเช้าแล้วรู้สึกปวด มีน ศีรษะ
 - 4. ตื่นเช้าแล้วรู้สึกปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน



6. หนูใช้ยานอนหลับ (โดยแพทย์สั่ง) เพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยครั้ง
เพียงใด
- 1. ไม่เคยใช้เลย
 - 2. ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3. ใช้ 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 4. ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
7. หนูรู้สึกง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน
เช่น รับประทานอาหาร นั่งเรียนหนังสือ หรือ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น
- 1. ไม่เคยเลย
 - 2. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3. 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 4. 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
8. หนูมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้น ในการทำงานหรือทำกิจกรรมให้
สำเร็จด้วยดีหรือไม่ อย่างไร
- 1. ไม่มีปัญหาเลย
 - 2. มีปัญหาบ้างเล็กน้อย
 - 3. มีปัญหาพอสมควร
 - 4. มีปัญหามาก



9. สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ของ
คำถามแต่ละข้อตามหมายเลขดังต่อไปนี้ (กรุณาตอบทุกข้อ)
- 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลยในช่วง 1 เดือน
- 1 หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 หมายถึง มีปัญหา 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 หมายถึง มีปัญหา 3 ครั้งต่อสัปดาห์

หนูมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจาก สาเหตุเหล่านี้บ่อย เพียงใด	0	1	2	3
9.1 หนูรู้สึกนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 หนูตื่นกลางคืน หรือ ตื่นเช้ากว่าปกติ				
9.3 หนูตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หนูมีหายใจขัด ขณะนอนหลับ				
9.5 หนูตื่นเพราะมีอาการไอ				
9.6 หนูรู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 หนูรู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 หนูเคยฝันร้าย				
9.9 หนูเจ็บหรือปวดตามตัวหลังจากนอนไปแล้ว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ ถ้ามี (โปรด ระบุ).....				

ศูนย์วิทยุสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค.

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับเด็กที่เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยเรียนที่มีความปวดเรื้อรัง”

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอังสนา เบญจมินทร์

ที่อยู่ 14/48 ถ.สุขุมวิท ซอย 1 ต.ห้วยกะปิ อ.เมือง จ.ชลบุรี 20130

ที่ทำงานและมือถือ หอผู้ป่วย เจ้าฟ้ามหาจักรี ชั้น 6 เลขที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช ถ.พราณนก
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง ผลจากการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์โดยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนแนวทางการดูแลและให้การรักษา ผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง ดังนั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการทำวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีความยินดีและตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลและให้การรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรังต่อไป

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบ ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ(วัน/เวลา)..... เพื่อ ทำการตอบแบบสอบถาม

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากท่าน โดยท่านจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆ เนื่องจากเป็นเพียงการตอบแบบสอบถามที่ทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกตอบคำถามบางข้อ หรือมีความประสงค์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการบริการ หรือ การรักษาที่พึงจะได้รับแต่ประการใดๆ

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมโครงการวิจัย

สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติคือ

- ท่านต้องให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ท่านต้องแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในโครงการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้สนับสนุนโครงการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน การเซ็นชื่อในเอกสารฉบับนี้ ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมาย ตามปกติที่

ท่านพึงมี ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถ ติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวอังสนา เบญจมินทร์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ผู้ทำวิจัย
- ท่านรับประทานยาที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการศึกษา

การปกป้องรักษาข้อมูลของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยมีสิทธิ์สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้ตลอดเวลาแม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่.....(ที่อยู่ในประเทศไทย)

** (หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก)

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์

รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นๆหรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษาในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลเสียใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 หรือ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2-2564455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบพระคุณในความกรุณา

(นางสาวอังสนา เบญจมินทร์)
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ปกครองของเด็กที่เข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เด็กในปกครองของข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

การวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยเรียนที่มีความปวดเรื้อรัง”

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอังสนา เบญจมินทร์

สถานที่ทำวิจัย หอผู้ป่วยใน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช (อน.3, อน.6, เจ้าฟ้าฯ 5, เจ้าฟ้าฯ 6)

โดยเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ ดังต่อไปนี้

เนื่องด้วยโครงการวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง” เป็นโครงการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ ในเด็ก ดังนั้น จึงมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย อันจะนำไปถึงการหาแนวทางในการปฏิบัติงานวิจัย และเป็นประโยชน์สูงสุดของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อไป

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย

1. ผู้ป่วยเด็ก อายุ 10- 15 ปี
2. เป็นผู้ป่วยในความดูแลของโรงพยาบาลศิริราช
3. สามารถสื่อสาร(ฟังหรืออ่าน , พูดหรือเขียน) ได้
4. บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ถูกต้องตามกฎหมายของเด็ก เช่นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. ผู้ป่วยเด็กยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
6. ไม่มีความผิดปกติทางจิต (ตามการวินิจฉัยของแพทย์)

- ซึ่งบุตรหลานของท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน มีความเหมาะสม จึงได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้
- โครงการวิจัยนี้จะทำการสอบถามจากผู้ป่วยเด็กเป็นเวลาไม่เกิน 30 นาที โดยจะให้ตอบแบบสอบถามที่มีผู้วิจัยคอยเป็นผู้อธิบายเพิ่มเติมตลอดเวลาของการทำแบบสอบถาม เมื่อได้รับความยินยอมจากบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครองตามกฎหมายแล้ว
 - เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กตอบ ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองอาจมีความกังวลเกี่ยวกับการรักษาข้อมูลเป็นความลับ หรือ อาจจะหงุดหงิดเนื่องจากต้องเสียเวลาในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามที่ถามเฉพาะข้อมูลที่จำเป็น เพื่อไม่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องใช้เวลาอันยาวนานเกินไป ผู้วิจัยจะชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบก่อนว่าการเข้าร่วมวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับอันยิ่งยวด และ ข้อมูลที่จะนำไปเผยแพร่จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปของการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย
 - ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่า การเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง” นี้ มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม ที่คณะผู้ทำวิจัยได้พยายามสร้างแบบสอบถามให้กระชับเพื่อที่จะไม่รบกวนผู้ป่วยมากจนเกินไป ซึ่งการจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนั้น เป็นไปโดยความสมัครใจ และไม่มีผลเกี่ยวข้องกับการรักษาใดๆของตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราชทั้งสิ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แม้จะไม่เข้าร่วมการวิจัย
 - การตอบรับเข้าร่วมการวิจัยของท่านในวันนี้ จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อท่านเองในอนาคต คือ หากมีการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ อาจก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กดีขึ้น ไม่เพียงแต่ตัวท่านเองที่อาจจะได้รับผลประโยชน์นี้ แต่ยังสามารถส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็กรายอื่นๆ อีกด้วย
 - การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เป็นเพียงแค่การตอบแบบสอบถามเท่านั้น ไม่มีการให้การรักษาพยาบาลหรือให้ยาใดๆเพิ่มเติมนอกเหนือจากปกติที่แพทย์เจ้าของไข้ของท่านได้กำหนดไว้
 - ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนของงานวิจัยใดๆทั้งสิ้น
 - หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการ หรือ การรักษาที่พึงจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-256-4455 หรือ 02-2564493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว โดยขอให้ผู้วิจัยงดการเปิดเผยชื่อ ประวัติ ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า แก่ผู้อื่นได้รับทราบ แต่จะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม / วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง

การวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยเรียนที่มีความปวดเรื้อรัง”

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....

(ชื่อ-นามสกุลผู้แทนโดยชอบธรรม)ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้า

ยินยอมให้ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุลของ

ผู้เข้าร่วมวิจัย)เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมโครงการมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและอาสาสมัครสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัย ดังกล่าวผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย(และจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วม

ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้า
ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถ
สืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัว
ของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ โดย
ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทาง

วิทยาศาสตร์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย
วันที่เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้
ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลง
นามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยสำหรับเด็ก

การวิจัยเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยเรียนที่มีความปวดเรื้อรัง”

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า(ด.ช./ด.ญ.).....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัย จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในเอกสารยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้น ได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอังสนา เบญจมินทร์ เกิดวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2526 ที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2548 หลังจากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2551 เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกในตำแหน่ง พยาบาลปฏิบัติการ งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช หลังจากนั้นปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมนารมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย