

ความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษา
แบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
และปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง



นายแพทย์ ปฎิรพ ปองประพฤทธิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**PREVALENCE OF DIFFICULT PATIENT AT INPATIENT UNIT
DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL AND
CORRELATED DEPRESSIVE AND ANXIETY CONDITIONS**



Mr. Patirop Pongprapruet

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Psychiatry**

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความซุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษา
 แบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัย
 ด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง

โดย นายแพทย์ปฏิรูป ปองประพสุทธิ์


สาขาวิชา จิตเวชศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีรักษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
 ส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรปริญญาโท


 คณบดี คณะแพทยศาสตร์
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อศิสร ภัทรกุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


 ประธานกรรมการ
 (อาจารย์ นายแพทย์ นิพัทธ์ กาญจนธนาติก)


 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
 (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีรักษ์)


 กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
 (พันเอก นายแพทย์ พงศธร เนตราคม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปฏิรูป ปองประพดฤทธิ์ : ความซุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับ
การรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัยด้านภาวะ
ซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง (PREVALENCE OF DIFFICULT PATIENT AT
INPATIENT UNIT DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL AND CORREIATED DEPRESSIVE AND
ANXIETY CONDITIONS) อ.ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนุรณี กาญจนฉวีชัย
,115 หน้า

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความซุกและปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับ
แพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมถึงปัจจัยด้าน
ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาหนึ่ง
โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1.
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Patient Variables) 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (Illness
variables) 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตสังคมสภาพแวดล้อม (Psychosocial variables) 4. ภาวะวิตกกังวล
และภาวะซึมเศร้า 5. แบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย(DDPQ-10) สถิติที่ใช้
คือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ one way ANOVA, independent t-test, chi-square ,pearson's correlation ,
logistic regression analysis and multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยจำนวน 102 คน มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ 10 คน หรือ
ร้อยละ 9.8 ค่าคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเท่ากับ 23.71
โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง คุณภาพ
การนอนไม่ดี อาการปวด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณภาพการ
นอนไม่ดี และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล

ภาควิชา...จิตเวชศาสตร์.....

สาขาวิชา...จิตเวชศาสตร์.....

ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิติศ.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

วิภา งามประพดฤทธิ์

Dr. Pr

4974743830 : MAJOR PSYCHIATRY

KEYWORD : DIFFICULT PATIENT

PATIROP PONGPRAPRUET : PREVALENCE OF DIFFICULT PATIENT AT
INPATIENT UNIT DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE KING
CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL AND CORRELATED DEPRESSIVE
AND ANXIETY CONDITIONS : THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR
BURANEE KANCHANATAWAN, 115 pp.

The purpose of this research were to examine the prevalence and factors correlated with difficult patients at inpatient unit department of internal medicine at King Chulalongkorn Memorial hospital which include the factors of depressive and anxiety conditions. The research design was a cross sectional descriptive study. The samples were 102 medical inpatients of department of internal medicine at King Chulalongkorn Memorial Hospital selected by random sampling . The instruments consisted of 5 parts : 1. Patient variables, 2. Illness variables, 3. Psychosocial variables, 4. Thai HADS questionnaires of Anxiety and Depression variables and 5. Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire(DDPQRQ-10). All data were analyzed with one way ANOVA, independent t test, chi-square , pearson's correlation , logistic regression analysis and multiple regression analysis

The results of this study were as following : Prevalence of difficult patients were 9.8% base on DDPQRQ-10 with the average score 23.71 . The factors which statistically significant at $P < 0.05$ correlated with difficult patient were income, quality of sleep, pain , depressive and anxiety conditions. Risk factor that analyzed by logistic regression was quality of sleep and the factors that predicted difficult patients was anxiety conditions

DepartmentPsychiatry.....

Field of study ...Psychiatry...

Academic year ...2007.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Patirap Pongprapruet

B. Kanchanatawan

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความเอื้อเฟื้อของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณอาจารย์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาให้แนวทาง ข้อคิดเห็น คำแนะนำ แก่ผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งเสมอมา รวมถึงการตรวจทานแก้ไขวิทยานิพนธ์นี้

กราบขอบพระคุณ อ.นพ. นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ ผู้ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพอ. นพ. พงศธร เนตราคม ผู้ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์นี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งผู้วิจัยจะระลึกถึงตลอดไป

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณณภัทรวรรต บัวทอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี ลีถันนาวิระ ผู้ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้านสถิติให้แก่ผู้วิจัยโดยมีรู้จักเห็นดีเห็นชอบ จนผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้

สุดท้ายนี้ขอกราบด้วยความเคารพอย่างสูงสุดแก่ คุณพ่อปองศักดิ์ และ คุณแม่ทัศนีย์ ปองประพฤษ์ ที่ให้ชีวิต จิตวิญญาณ และเป็นแบบอย่าง

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง | ฅ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| คำถามการวิจัย | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 2 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 2 |
| ข้อตกลงเบื้องต้น | 5 |
| ข้อจำกัดในการวิจัย | 5 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย | 6 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 7 |
| ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | 7 |
| ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล | 11 |
| ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า | 19 |
| ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 26 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 30 |
| รูปแบบการวิจัย | 30 |
| ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง | 30 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 32 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 34 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 35 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 36 |
| ผลการวิเคราะห์ | 37 |
| ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | 55 |

| | | |
|---------|---|-----|
| | ผลการวิเคราะห์ปัจจัย | 56 |
| บทที่ 5 | สรุปผลการวิจัย การอภิปราย และข้อเสนอแนะ | 80 |
| | ผลการวิเคราะห์ | 80 |
| | ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | 83 |
| | ผลการวิเคราะห์ปัจจัย | 83 |
| | อภิปรายผล | 86 |
| | ข้อจำกัดของการทำวิจัย | 88 |
| | ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 89 |
| | รายการอ้างอิง | 91 |
| | ภาคผนวก | 94 |
| | ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 105 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | รายละเอียดของตาราง | หน้า |
|----------|---|------|
| 1 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคล | 37-9 |
| 2 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคลด้านประวัติโรคสุขภาพจิต | 40 |
| 3 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคลด้านประวัติโรคทางกายอื่นๆที่นอกเหนือจากโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน | 41 |
| 4 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคลด้านประวัติการใช้สารเสพติด | 42 |
| 5 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคลด้านสิทธิการรักษาพยาบาล | 43 |
| 6 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในครั้งนี..... | 44-5 |
| 7 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านคุณภาพการนอนและการใช้ยานอนหลับและอาการปวดขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล | 46 |
| 8 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการรับประทานอาหารขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล..... | 47 |
| 9 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการใส่สายนำอาหารทางจมูก(NG)และการใส่สายท่อช่วยหายใจขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล | 47 |
| 10 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเองขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล | 48-9 |
| 11 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านสภาพห้องผู้ป่วย | 50 |
| 12 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านประวัติการถูกผูกมัดและการถูกฉีดยาให้หลับ(sedate)ขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล | 51 |
| 13 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านจำนวนครั้งที่ญาติที่มาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์และสถานภาพทางการเงิน | 52 |
| 14 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) | 53 |

| ตารางที่ | รายละเอียดของตาราง | หน้า |
|----------|---|-------|
| 15 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) | 54 |
| 16 | แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | 55 |
| 17 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test | 56-8 |
| 18 | แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยพื้นฐานบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test | 59 |
| 19 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคลกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน | 60 |
| 20 | แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | 61 |
| 21 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test | 62-4 |
| 22 | แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test | 65 |
| 23 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน | 66 |
| 24 | แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการปวดกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้วิธี One-Way ANOVA | 67 |
| 25 | แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของความแตกต่างของอาการปวดกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย วิเคราะห์โดย Post Hoc Analysis ใช้วิธีของ Bonferroni | 68 |
| 26 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test | 69-70 |

| ตารางที่ | รายละเอียดของตาราง | หน้า |
|----------|---|------|
| 27 | แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสถานภาพทางการเงินกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | 71 |
| 28 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test | 72 |
| 29 | แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test | 73 |
| 30 | แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะวิตกกังวลกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | 74 |
| 31 | แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของความแตกต่างของภาวะวิตกกังวลกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย วิเคราะห์โดย Post Hoc Analysis | 74 |
| 32 | แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้วิธี One- Way ANOVA | 75 |
| 33 | แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยวิเคราะห์โดย Post Hoc Analysis | 76 |
| 34 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน | 77 |
| 35 | แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) | 78 |
| 36 | แสดงปัจจัยทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยต่างๆ และคะแนนคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) | 79 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะที่ผู้ป่วยและแพทย์เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์นั้นสามารถพบได้ในเวชปฏิบัติ และอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย รวมถึงญาติ แพทย์และทีมผู้ดูแลรักษา เนื่องจากว่าอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งในด้านการรักษา ความร่วมมือ การสื่อสารต่อกัน ซึ่งทำให้มีผลต่อกระบวนการและผลของการรักษาพยาบาล ดังนั้นการศึกษาถึงปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อสามารถทำให้มีความเข้าใจต่อสถานการณ์นี้ยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วย รวมถึงญาติ แพทย์และทีมผู้ดูแลรักษา ในปัจจุบันเรื่องนี้ยังไม่ได้มีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเท่าใดนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ โดยศึกษาถึงความซุกซนของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยจากภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล เนื่องจากว่าความซุกซนของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในประเทศไทยนั้นพบได้มากแม้ในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเองนั้นก็ทำให้เกิดผลต่อผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนจะเกิดภาวะที่ไม่สนใจอะไรเลย (anhedonia) ความคิดที่สิ้นหวัง (hopelessness) ความคิดที่รู้สึกว่ามีใครช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (helplessness) ความคิดที่ว่าตัวเองนั้นไร้ค่า (worthlessness) เป็นต้น ซึ่งความคิดและภาวะเหล่านี้เองต่างก็ทำให้ผู้ป่วยเองไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดปัญหากับทีมแพทย์ผู้รักษา จนอาจถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patients) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งญาติและทีมแพทย์ อาจทำให้เกิดผลต่อกระบวนการและผลของการรักษาพยาบาล การศึกษาถึงความซุกซนของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย สื่อสารให้ทีมแพทย์ผู้รักษา บุคลากร และญาติได้ตระหนักถึงปัญหาและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และร่วมหาแนวทางในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้การดูแลได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความซุกซนของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

อายุ

เพศ

สถานภาพ

ศาสนา

อาชีพ

รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยและครอบครัว

ระดับการศึกษา

สิทธิการรักษา

ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ

ประวัติโรคทางจิตเวช

ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ประวัติการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย

ระยะเวลาที่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ปัญหาอาการปวด

ปัญหาการนอนหลับ

ปัญหาการรับประทานอาหาร

ประวัติการใส่ สายอาหาร(NG feed)

ประวัติการใส่ ท่อช่วยหายใจ(ET-tube)

ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตัวเอง

การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว
ลูกจากที่นอนหรือเตียง ไปยังเก้าอี้

การใช้ห้องสุขา

การอาบน้ำ

การกลืนอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การกลืนปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ปัจจัยทางจิตสังคม

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะวิตกกังวล

สถานะห้องผู้ป่วย

ประวัติการถูกผูกมัด

ประวัติการได้ยาคิดในการสงบพฤติกรรม

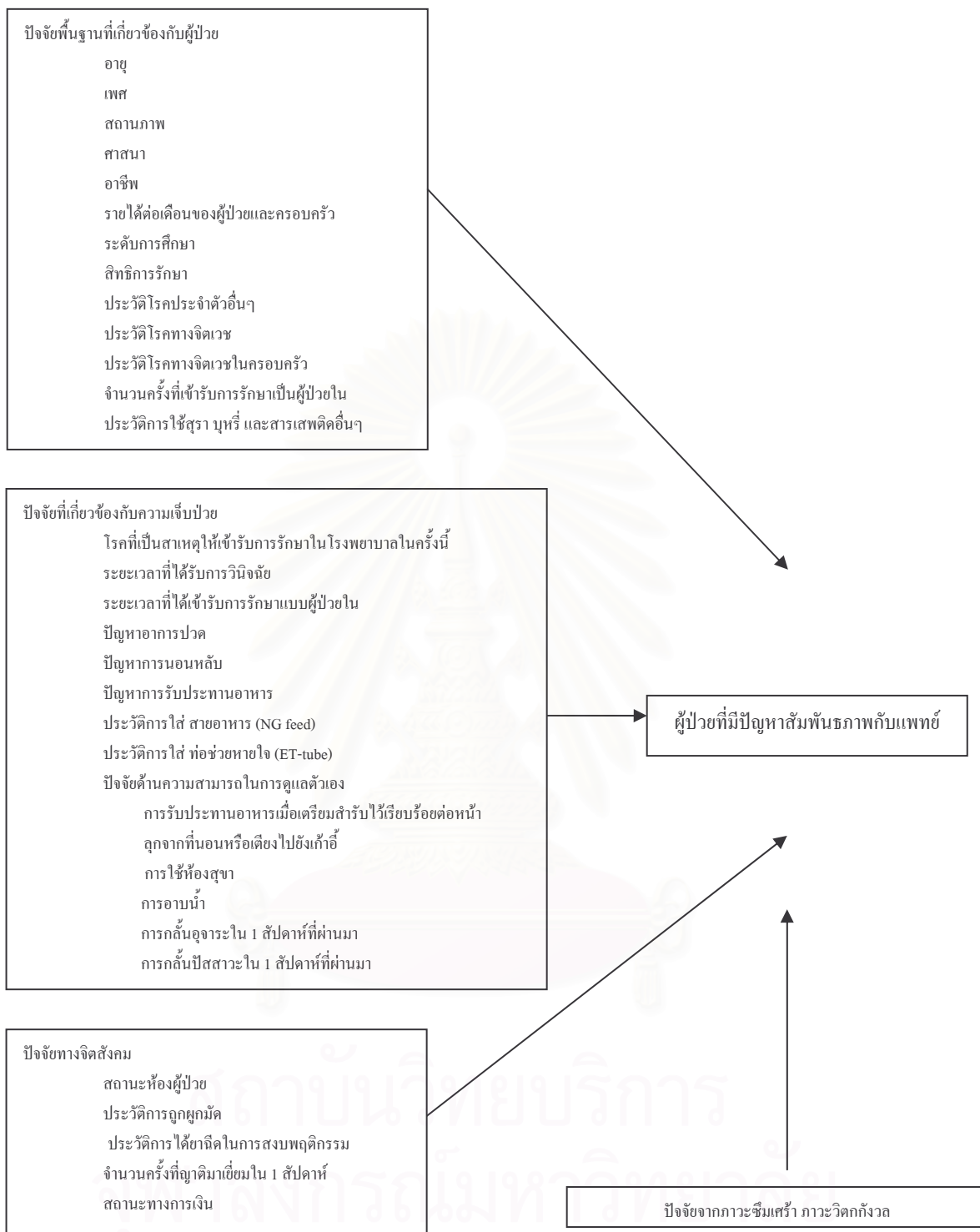
จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์

สถานะทางการเงิน

ตัวแปรตาม(dependent variable)

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้จะกระทำเฉพาะในผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ พฤศจิกายน 2550 ถึงเดือนธันวาคม 2550 จนครบตามจำนวนและขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้จะกระทำเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรผู้ป่วยทั้งหมดได้ นอกจากนี้การวิจัยนี้มีการเก็บข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เป็นผู้ป่วยใน โดยได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ไม่ใช่คนเดียวกันเสมอไปซึ่งอาจมีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันที่อาจจะส่งผลต่อการประเมินผู้ป่วยที่มี ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ (Difficult patient) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ โดยวัดจากการที่ได้คะแนนจากการประเมินแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire, 10-Item Version (DDPRQ-10) มากกว่า 30 คะแนน

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง คิดอยากตาย และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเจ็บซึมและสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง ในการศึกษานี้จะใช้เครื่องมือในการวัดภาวะซึมเศร้า คือ Hospital anxiety depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

ได้แก่ภาวะที่มีความกังวลเกินกว่าเหตุ จนทำให้เกิดอาการทางกายต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. autonomic nervous system hyperactivity ได้แก่ อาการใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ตาพร่า เหงื่อแตก มือเท้าเย็น ปั่นป่วนในท้อง
2. Muscle tension ได้แก่ อาการปวดตึงศีรษะ ขมับ ท่ายทอย ปวดตึงกล้ามเนื้อตามตัว
3. Cognitive hypervigilance ได้แก่ อาการหงุดหงิด ตกใจง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ในการศึกษานี้จะใช้เครื่องมือในการวัดภาวะวิตกกังวล คือ Hospital anxiety depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ถือว่ามีภาวะวิตกกังวล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย สื่อสารให้ทีมแพทย์ผู้รักษา บุคลากร และญาติได้ตระหนักถึงปัญหาและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และหาแนวทางในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยสำหรับผู้สนใจในเรื่องนี้ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient)
2. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล
3. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง(Review of Related Literatures)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient)

สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษากับผู้ป่วยที่มารับการรักษา โดยความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. The paternalistic model

แพทย์จะเป็นผู้มอบหมายหลักในการรักษา และถือว่าเป็นผู้รู้ดีที่สุดในการรักษา ผู้ป่วยจะถูกคาดหวังว่าจะไม่ถามคำถาม แพทย์จะเป็นผู้ถามเป็นส่วนใหญ่ เป็นรูปแบบที่อาจมีประโยชน์ในบางสถานการณ์ เช่น ภาวะฉุกเฉิน การช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน เป็นต้น

2. The informative model

แพทย์จะเป็นผู้แจ้งข้อมูลเพียงอย่างเดียว การตัดสินใจจะอยู่ที่ผู้ป่วย รูปแบบนี้อาจพบได้ในการเป็นที่ปรึกษาที่ผู้ป่วยจะกลับไปหาแพทย์ประจำตัวเพื่อทำการรักษาหรือตัดสินใจ รูปแบบนี้ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าการแพทย์ห่างเหินและเย็นชา

3. The interpretive model

แพทย์จะมีความเข้าใจและรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดีรวมถึงสภาพรอบๆตัวผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์จะให้ทั้งข้อมูลและคำแนะนำ การตัดสินใจจะเป็นลักษณะทำร่วมกัน

4. The deliberative model

แพทย์จะมีลักษณะเป็นเหมือนเพื่อนหรือที่ปรึกษา ไม่ใช่ให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวแต่แพทย์จะมีการกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการกระทำหรือตัดสินใจ มักใช้กับความต้องการที่จะให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายกับตัวผู้ป่วย เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังที่กล่าวนี้เป็นเพียงแนวทางให้เห็นภาพที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยวิธีหนึ่งเท่านั้น โดยความเป็นจริงแล้วอาจแบ่งในแนวทางอื่นๆได้ และในการปฏิบัตินั้นแพทย์อาจใช้ทั้ง 4 รูปแบบนี้กับการพบกับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง และแต่ละรูปแบบนั้นก็ไม่ได้ถือว่ารูปแบบไหนดีกว่าหรือแย่กว่ารูปแบบอื่นๆ โดยแต่ละแบบนั้นก็มีความเหมาะสมแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญคือ การนำไปปฏิบัติของแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่ยึดติดกับแบบใดแบบหนึ่งมากเกินไป

สัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนี้รวมถึงความรู้สึกที่ทั้งแพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งเป็นความรู้สึกในมุมมองของแต่ละฝ่าย แต่สำหรับ คำว่า difficult patient หรือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์นั้นในการศึกษาวิจัยในต่างประเทศมักจะใช้ในการแสดงออกถึงความรู้สึกที่แพทย์มีต่อผู้ป่วย หรือสรุปความหมายได้ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ (difficult patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์เกิดความรู้สึกว่ามีความยากลำบากในการดูแลรักษาและก่อให้เกิดความรู้สึกในแง่ลบ เช่น วิตกกังวล กระวนกระวายใจ โดยเฉพาะส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์

ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีพฤติกรรมเรียกร้อง เอาแต่ใจ ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อตัวเอง เช่น ไม่รวมมือในการรักษา มีการใช้ยาที่ผิดวัตถุประสงค์ มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เป็นต้น

การประเมินว่าผู้ป่วยจัดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ (difficult patient) หรือไม่ นั้น Hahn et al.⁽¹⁾ ได้พัฒนาแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย หรือ Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire ขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยโดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยประมาณ 10.3%-20.6% จัดเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ (difficult patient) โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการ psychosomatic และความผิดปกติของบุคลิกภาพ

ผลกระทบของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ (difficult patient)

จากการศึกษาถึงปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยพบว่าอาจก่อให้เกิดปัญหาได้ ดังนี้

1. แพทย์รู้สึกว่าต้องใช้พลังงานอย่างมากและทำให้มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน
2. พบว่ามีการลางานและการเปลี่ยนหน้าที่ของแพทย์ที่สูงขึ้น
3. ทำให้กระบวนการการรักษาและประสิทธิภาพของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร
4. ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและร่วมมือในการรักษาน้อยลง
5. การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยผิดพลาดและไม่ตรงกันมากขึ้น

กลุ่มของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient)

ได้มีการพยายามในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient) ซึ่งอาจมองได้ในหลายรูปแบบ โดยจากการศึกษาของ James Groves⁽²⁾ ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. Dependent clingers

ผู้ป่วยจะมีความต้องการอย่างมากที่จะได้รับคำยืนยันอยู่เสมอๆ ถึงแม้จะไม่มีข้อมูลหรือแนวทางใดๆเพิ่มเติม

2. Entitled demanders

ผู้ป่วยจะเริ่มด้วยการแสดงความต้องการที่จะเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็นแต่ต่อมาในเวลานานก็จะแสดงความไม่พอใจอย่างมาก มีพฤติกรรมก้าวร้าวและคาดหวังเกินจริง

3. Manipulative help-rejecters

ผู้ป่วยจะดูไม่พอใจในทุกๆความช่วยเหลือและมองในแง่ร้ายกับผลการรักษา

4. Self-destructive deniers

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่จะขัดขวางกับกระบวนการและความพยายามในการรักษา เช่น การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรารายมาก

ความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient)

จากการศึกษาดังที่ได้กล่าวถึงผลกระทบของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient) แล้วนั้น ในทางตรงกันข้ามพบว่าความสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่ดีนั้นจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษา ความร่วมมือกันของทั้งแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงส่งผลดีต่อประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ อันได้แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของ Platt and Gordon ในปี 1999⁽³⁾ พบว่า ปัจจัยที่ทำนายถึงการที่ผู้ป่วยติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องมากที่สุด ก็คือ สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังนั้นการตระหนักถึงปัญหานี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ และการหาแนวทางการแก้ไขและพัฒนาจึงเป็นสิ่งจำเป็นและช่วยให้กระบวนการรักษาการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลดีแก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการพัฒนาแก้ไขผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient)

สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่ดีเป็นสิ่งสำคัญดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงและหาแนวทางการปฏิบัติในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย รวมถึง การ

พัฒนาแก้ไขกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ จากการศึกษาของ Platt and Gordon ในปี 1999⁽³⁾ พบหลักสำคัญ 3 ประการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ได้แก่

1. Trust

คือ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อถือ เชื่อใจ แพทย์ผู้รักษา

2. Empathy

คือ การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

3. Confidence

คือ เคารพในสิทธิและความลับของผู้ป่วย

นอกจากหลัก 3 ประการนี้แล้วยังมีองค์ประกอบอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอีกหลายประการ อาทิ จากการศึกษาของ Ekkehard Othmer และ Sieglinde Othmer ได้ให้แนวทางในการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีไว้ดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในการพบปะและการสัมภาษณ์
2. ค้นหาปัญหาและให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา
3. ประเมินถึงความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย
4. แสดงออกถึงความเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ผู้ป่วยรับรู้
5. สร้างสถานะภาพความเป็นผู้รักษาและช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย
6. ทำให้มีความสมดุลระหว่างการเป็นผู้ฟังอย่างเข้าใจ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้รักษา

จากการศึกษาของ Coulehan et al.⁽⁴⁾ เกี่ยวกับแนวทางในการแสดงออกถึงความเข้าใจผู้ป่วย (empathy) ได้แนะนำถึงการแสดงออกของแพทย์ด้วยคำพูดต่างๆ นั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเข้าใจผู้ป่วย(empathy) ของแพทย์ได้ เช่น “ผมสามารถจินตนาการได้ว่าผมจะรู้สึกอย่างไร” Gillette⁽⁵⁾ ได้แนะนำว่านอกจากแพทย์จะต้องเข้าใจถึงจุดอ่อนจุดแข็งของตนในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแล้ว แพทย์จะต้องพัฒนาทักษะทางการสื่อสารเบื้องต้น รวมถึง ความอดทน และการไม่มีอคติต่อผู้ป่วย

ในขั้นตอนกระบวนการสัมภาษณ์และซักประวัติผู้ป่วย Lipkin jr M et al.⁽⁶⁾ ได้แนะนำการสร้างสัมพันธภาพที่ดีไว้ ดังนี้

1. รับรู้ถึงรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น
2. ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องของเข
3. รับฟัง ใส่ใจ และอดทนต่อความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมา
4. แสดงความสนใจ จริงใจ เข้าใจ และให้กำลังใจอย่างเหมาะสม
5. ใส่ใจกับความรู้สึกอี้อัด วิตกกังวลของผู้ป่วย
6. ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการรักษา

นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาหลายๆการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ นั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยที่พบได้ในหลายการศึกษาคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพผิดปกติ ภาวะย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น ดังนั้น แพทย์จึงควรที่จะตระหนักและทำการตรวจประเมินค้นหาภาวะต่างๆดังกล่าว เพื่อช่วยในการรักษาและจัดการต่อไป ซึ่งจะช่วยให้ปัญหาของผู้ป่วยลดน้อยลง และอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ และผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล

Kaplan และ Sadock ⁽⁷⁾ อธิบายว่า เป็นกลุ่มอาการที่วิตกกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุ โดยมีอาการแสดงร่วมกับอาการทางกายต่างๆ แยกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การทำงานมากเกินไปผิดปกติ ของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic hyperactivity) เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิ่ม เหงื่อออกมากผิดปกติ รู้สึกปั่นป่วนในท้อง ปวดปัสสาวะทันที
2. การเกิดอาการตึงเครียดของระบบการเคลื่อนไหว (Motor tension) เช่น ปวดศีรษะ ปวดตึงกล้ามเนื้อตามตัว กระสับกระส่าย ลุกลุกกลน กลืนลำบาก แขนขาสั่น
3. การรับรู้และความคิดเปลี่ยนไป (Cognitive hyper vigilance) เช่น หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ⁽⁸⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักมีอาการตึงเครียด ระวังระวัง บางครั้งอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นแรง หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorders) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

รวีวรรณ นิวัตพันธุ์ ⁽⁹⁾ ให้ความหมายว่า อาการวิตกกังวล เป็นกลุ่มอาการที่รู้สึกว่าตนเองไม่สบาย กระวนกระวายใจ และมีอาการไม่สบายต่างๆ เช่น จุกแน่น อึดอัดในอกหรือหัวใจ เหงื่อออกตามแขนขา ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะทันที (ANS disturbance) ลุกลุกกลน เดินไปมา แขนขาสั่น นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังเป็นผลต่อการรับรู้ต่างๆ และความคิด (cognition) โดยทำให้สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี และการแปลความหมายสิ่งที่ได้รับมาผิดพลาดได้ สิ่งที่วิตกกังวลนี้ได้หลายอย่าง เช่น รู้สึกร้อนรุ่มในใจโดยมีสาเหตุชัดเจน เป็นความวิตกกังวลโดยรวมของหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น สุขภาพความสำเร็จของหน้าที่การงาน ปัญหาของชีวิตแต่งงาน คู่สมรส เป็นต้น

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ไม่มีความมั่นคง ไม่มีความปลอดภัย เกิดความกดดัน รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย ไม่สบายใจ ความสนใจและการรับรู้ข้อมูลใหม่ลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ และการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าปีศาจอะบอยขึ้น ประเมินได้จากการสังเกต การแสดงออกและภาษากายของผู้ป่วย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย เสียง มือสั่น ไม่ยอมสบตา ถอนหายใจ พูดเร็วหรือร้องไห้ บอกเล่าความรู้สึกกลัว หรือความไม่สบายใจ

ภาวะวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งจะมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับความรู้ การคาดการณ์ล่วงหน้า และการคิดประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้มีลักษณะของความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ⁽¹⁰⁾

ภาวะวิตกกังวล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น อาการและอาการแสดง ได้แก่ หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น การไหลเวียนของเลือดยังสมองเพิ่มขึ้น แน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดศีรษะ เป็นลม ถอนหายใจบ่อย ๆ หายใจถี่และเร็ว หน้าหน้าวุ้นววมืด หน้าแดงหรือซีด เหงื่อออกมาก ม่านตาขยาย ท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะและประจำเดือนผิดปกติ และเกิดความเครียดที่ระบบการเคลื่อนไหว (Motor tension) ทำให้เกิดอาการสั่น งุ่มง่าม ควบคุมการเคลื่อนไหวได้ยาก มีอาการเกร็ง ไม่สามารถผ่อนคลายได้ นอกจากนี้ภาวะวิตกกังวลยังเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนบางชนิด ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ ภายในร่างกายโดยต่อมหมวกไตจะหลั่งฮอร์โมน Epinephrine และ Norepinephrine มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันเลือดสูงขึ้นและกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ซึ่งหากมีปริมาณมากจะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวมากจนไม่อาจควบคุมได้ และ Glucocorticoid หากหลั่งมากจะทำให้ร่างกายหมดแรง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธ ตื่นเต้นตกใจง่าย รู้สึกว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้ จึงอาจมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ยังทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเมื่อมีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง พูดจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม บ่นจู้จี้ ไม่อดทน ถอดกตาไปมา หลบตา หรือพยายามหนี และไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ⁽¹¹⁾

สาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ละสาเหตุมีผลกระทบซึ่งกันและกัน Wallace (อ้างถึงใน ทิภาพร อังคกุล)⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลได้ 3 ประการ ดังนี้

1. ภาวะวิตกกังวลจากพัฒนาการของชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ หรือจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวล
2. ภาวะวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน
3. ภาวะวิตกกังวลจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย ความขัดแย้งระหว่างบุคคล

เมื่อนำทฤษฎีมาอธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล สามารถอธิบายได้ดังนี้⁽¹²⁾

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

มี 3 ทฤษฎีที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Theories) ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theories) และ ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychological Theories)

จากการศึกษาของฟรอยด์ ได้ให้ข้อเสนอว่า ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณของ Ego ที่แสดงถึงการไม่ยอมรับต่อแรงผลักดันใด ๆ ในระดับจิตสำนึก จึงเกิดการเก็บกดให้เข้าไปอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกแทนความวิตกกังวล จึงเป็นผลจากการเก็บกดนั้น แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่บอกว่า ego ถูกคุกคาม ซึ่งถ้าความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากความวิตกกังวลจากที่เคยมีอยู่ในระดับต่ำ ก็จะเกิดการกระตุ้นอย่างรุนแรง จนกลายเป็นความวิตกกังวลอย่างท่วมท้น (panic attack) ต่อมาฟรอยด์พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาของ ego ต่อแรงขับทางสัญชาตญาณ (instinctual force) ที่มาจาก id ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมก็จะอันตรายต่อตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการถูกลงโทษจากสังคมภายนอก หรือจากคุณธรรม (superego) ที่มีอยู่ภายในจิตใจของตน ความวิตกกังวลจึงเกิดจาก ego เอง และทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวให้สัญญาณว่า กำลังเกิดอันตราย และกระตุ้นให้ ego ได้ใช้การเก็บกด หรือกลไกการป้องกันทางจิตอื่น ๆ เพื่อที่จะควบคุมแรงขับและอารมณ์ต่าง ๆ ดังนั้น ความวิตกกังวล จึงไม่ใช่ผลของการเก็บกด แต่กลายเป็นสาเหตุของการเก็บกด

1.2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Theories)

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ หรือ ทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล เป็นที่มาของวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวล ทฤษฎีทาง

พฤติกรรมศาสตร์กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะอย่างยิ่งที่มากระตุ้น เช่น ในการเรียนรู้เงื่อนไขแบบคลาสสิก คนที่ไม่เคยแพ้อาหารอะไรเลย เมื่อมีการเจ็บป่วยหลังจากได้รับประทานอาหารทะเล ในร้านอาหารที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าไป หลังจากนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารทะเล และอาจ generalized ไปเป็นว่า เกิดความไม่ไว้วางใจทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหารที่ผู้อื่นทำ อีกประการหนึ่งที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล คือ การที่บุคคลมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยเลียนแบบการตอบสนองจากผู้ปกครอง (เป็น Social Learning Theory)

เมื่อไม่นานมานี้ กลุ่มนักทฤษฎีทางพฤติกรรม ได้สนใจแนวคิดทางด้านความนึกคิดและความเข้าใจ (cognitive approach) มากขึ้น ทฤษฎีนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลที่ปราศจากความกลัว (nonphobic anxiety states) เช่น อาการ panic attack, free-floating หรือ generalized anxiety ว่า เป็นรูปแบบความคิดที่ผิด (faulty) บิดเบือน (distorted) เป็นความคิดในเชิงลบ (negative) หรือไม่สร้างสรรค์ (counterproductive thinking) ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรม หรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยกลุ่มโรค Anxiety disorder มักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินกว่าความเป็นจริง และประเมินความสามารถของตนในการต่อสู้กับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วย Generalized anxiety disorder นั้น จะมีความคิดบิดเบือนไป จะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า มาคุกคามต่อความสุขทางร่างกาย หรือสังคมของตน

1.3 ทฤษฎีความมีอยู่เป็นอยู่ (Existential Theories)

ทฤษฎีนี้เป็นรูปแบบที่ดี ในการอธิบายการเกิดความวิตกกังวล ว่าไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า อะไรคือสิ่งกระตุ้นเฉพาะ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแท้จริง ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บุคคลที่ตระหนักว่า ชีวิตคนไม่มีความหมาย รู้สึกว่าจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการยอมรับเรื่องความตายที่ทุกคนหนีไม่พ้น ความวิตกกังวลจึงเกิดจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ยังคงมีอยู่เป็นอยู่

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้ศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับเรื่องประสาทสรีรวิทยา (neurophysiology) จิตประสาทเอนโดครินวิทยา (Psychoneuroendocrinology) และสรีรวิทยาของโรค Panic disorder เป็นจำนวนมาก ขณะที่การศึกษาในเชิงชีววิทยาของโรค Generalized anxiety disorder กลับได้รับความสนใจไม่มากนัก แม้ว่าอาการแสดงทางร่างกายของความวิตกกังวลจะมีความชุกสูง และมีความสำคัญก็ตาม แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถบอกสาเหตุทางประสาทสรีรวิทยา และประสาทเคมีของโรคนี้ได้เลย แต่พอจะสรุปปัจจัยทางชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับอาการเกิดความวิตกกังวลได้ ดังนี้ คือ

2.1 พันธุกรรม (Genetic)

ประมาณ 25% ของญาติสายตรง (first-degree relatives) จะได้รับถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มแฝด ในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin) พบ 50% และแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin) พบ 15%

2.2 การศึกษาในเชิงประสาทกายวิภาคศาสตร์ (Neuroanatomical considerations)

Limbic system ระบบประสาทลิมบิกจะรับ input จาก locus ceruleus และ raphe nuclei ซึ่งจะมีส่วนที่เป็นพื้นที่ ที่จะจับกับ Benzodiazepine อยู่ค่อนข้างมาก ถ้าเกิดการแยกขาดจากกันเอง Limbic system และ Temporal cortex จะเป็นผลให้ระดับความกลัว และความก้าวร้าวลดลง แต่ถ้ามีการกระตุ้นตรงส่วนนี้ จะทำให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมหวาดกลัว และก้าวร้าว มีการตั้งสมมติฐานว่า Septohippocampal pathway มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการเกิดความวิตกกังวล โดยถ้ามีการกระตุ้นการทำงานจะทำให้เกิดความวิตกกังวล

Cerebral cortex ส่วนหน้าของ cerebral cortex จะอยู่ติดกับ parahippocampal region, the cingulate gyrus และ hypothalamus ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการเกิดความวิตกกังวล บริเวณด้านข้างของ cerebral cortex ก็มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดพยาธิสภาพ เมื่อเกิดความวิตกกังวล ด้วยเช่นกัน ความสัมพันธ์นี้เองเป็นพื้นฐานของความเหมือนกันในการแสดงออกของอาการ และเห็นได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าของร่างกายในผู้ป่วยที่เป็น Temporal lobe epilepsy และผู้ป่วย Obsessive-compulsive disorder

2.3 สารสื่อประสาท (Neurotransmitters)

พื้นฐานทางด้านประสาทวิทยาเกี่ยวกับความวิตกกังวลนั้น มักเกิดจากการทดลองในสัตว์เกี่ยวกับแบบอย่างของพฤติกรรม และสารที่เป็นตัวกระตุ้นของระบบประสาทหลายกัณฑ์ (เช่น benzodiazepines) จะเป็นตัวทำลายพฤติกรรมตอบสนองของสัตว์ มีสารสื่อประสาท 3 ชนิด ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ Neurepinephrine, aminobutyric acid (GABA) และ Serotonin

จากทฤษฎีของ James-Lange ได้ตั้งสมมติฐานว่า ความรู้สึกวิตกกังวลของบุคคล เป็นการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ปัจจุบันนี้มีแนวความคิดว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากระบบประสาทส่วนกลางจะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการแสดงออกของความวิตกกังวลตามมา ยกเว้นกรณีที่มีสาเหตุชัดเจน เช่น Pheochromocytoma ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความวิตกกังวลชนิดท่วมท้น (Panic disorders) ระบบประสาทอัตโนมัติจะยับยั้งการเกิดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการปรับตัวช้า ต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำ ๆ และตอบสนองอย่างมากต่อการกระตุ้นในระดับปานกลาง

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

Lader และ Marks (อ้างถึงในฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์)⁽¹²⁾ ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A model of normal anxiety) ที่ได้อธิบายว่า ความวิตกกังวลอาจเกิดขึ้นจากพันธุกรรม ประสบการณ์ ในอดีตที่ผ่านมา และสถานการณ์ในปัจจุบัน องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีปฏิสัมพันธ์กันทำให้เกิดเป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (Trait anxiety) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีส่วนสัมพันธ์กับเหตุการณ์ภายนอกที่มากกระตุ้นด้วย ถ้าเหตุการณ์ภายนอกที่มากกระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่คุกคามสำหรับบุคคล องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ ก็จะถูกระตุ้นและแสดงออกมาให้เห็นโดย

1. ระบบประสาทส่วนกลางถูกระตุ้นผ่านทาง Reticular formation ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก
2. เกิดความวิตกกังวลที่แสดงออกเห็นชัดเจน (State anxiety) โดยผ่านทางศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Limbic system)
3. แสดงออกโดยการใช้กลไกทางจิต (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่ละเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (A-state) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากกระตุ้น บุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลที่ต่ำกว่า
2. ความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะบางอย่างเกิดขึ้น หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากกระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ ซึ่งสามารถจะสังเกตได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วน

หนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตและของแต่ละบุคคล

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นจะมีระดับความรุนแรงมากน้อยต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความวิตกกังวล ที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว ประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหา และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลนั้น ๆ เผชิญ Peplau ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลในระดับอ่อน (Mild anxiety) ความวิตกกังวลนี้พบได้ทั่วไป เช่น ความตึงเครียด จากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา มีการรับรู้ที่ว่องไว ความจำดี สมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนไปจากปกติมากนักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ฝ่ามือมีเหงื่อออก การเคลื่อนไหวเร็วขึ้น บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับตัวเองได้ อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย เช่น ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ต้องการความสะดวก ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้และเข้าใจ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ความสนใจน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลยังมีความพยายามที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถกระทำได้นี้เนื่องจากความพยายามนั้น

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มีความรุนแรงมากขึ้นกว่าปกติ มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลงมาก ทำให้หมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องใดได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงและทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ เกิดความสับสนบ่อยครั้ง พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองมีมากขึ้น และมักเป็นพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่สังเกตได้ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุต่อต้าน ตื่นกลัว ตัวสั่น เกร็ง และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ท้องเดินหรือท้องผูก นอนไม่หลับ ความวิตกกังวลระดับนี้เป็นระดับที่บุคคลต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. ความวิตกกังวลระดับท่วมท้นหรือตื่นกลัวสุดขีด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มีผลให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรง อาจเรียกว่าเป็นความกลัวสุดขีด เนื่องจากพลังงานที่เกิดในตัวบุคคลมีมากที่สุด ทำให้บุคคลขาดการควบคุมตนเอง สามารถแสดงพฤติกรรมที่ไม่มีในยามปกติ เช่น

การกรี๊ดร้องและวิ่งหนีไปอย่างไร้จุดหมาย หรือตกตะลึงแน่นิ่งหมดสติทันทีทันใด ระดับนี้บุคคลจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองไม่สามารถทำภารกิจเหมือนคนปกติได้

ผลกระทบจากภาวะวิตกกังวล

Zung ให้ข้อคิดเห็นว่า การที่จะระบุว่าใครคนใดคนหนึ่งมีภาวะวิตกกังวลหรือไม่ และมีในระดับมากน้อยเพียงใดนั้นเป็นเรื่องที่ยาก แต่ภาวะวิตกกังวลก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าภาวะวิตกกังวลมีมากถึงระดับหนึ่ง ก็จะเป็นเหตุให้บุคคลไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่นได้อย่างเต็มที่ ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ เนื่องจากมีอาการทางกายเป็นสาเหตุที่นำมา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ชีวเคมี และสรีรวิทยา ทำให้การควบคุมสมดุลของเกลือแร่ต่าง ๆ การเผาผลาญอาหารและระบบกล้ามเนื้อ มีการทำงานที่ผิดปกติไปจากเดิม ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และถ้ามีอาการเจ็บป่วยอยู่เดิมก็จะทำให้เกิดอาการของโรครุนแรงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต กล้ามเนื้อเกร็งปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร เหงื่อออก นอนไม่หลับ ม่านตาขยาย ตัวสั่น เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย หวาดหวั่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปยั้งภัยและอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน

3. ด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือ มือสั่น นอนไม่หลับ พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม เป็นต้น ทั้งนี้เพราะบุคคลนั้นจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดภาวะวิตกกังวลนั้นเสีย พฤติกรรมการแสดงออกจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

Acting-out behavior พฤติกรรมที่เป็นการบ่งแสดงความรู้สึกภายในออกอย่างเปิดเผย (overt behavior) ได้แก่ ความหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาชวนทะเลาะ ท่าทางกระสับกระส่าย ส่วนพฤติกรรมแบบซ่อนเร้น (covert behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตรที่เก็บซ่อนไว้ และแสดงออกในรูปอื่น เช่น พาก Psychotic และ Neurotic behavior

Somatizing เป็นการลดภาวะวิตกกังวล โดยการเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วย Psychosomatic disorder, Conversion reaction เป็นต้น

Freezing to the spot คือ การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (withdrawal) เก็บกคความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้นๆ (regression)

Using the anxiety in the service of learning มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของภาวะวิตกกังวล และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัด ไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์นี้ และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิตกกังวลเมื่อเกิดเหตุการณ์แบบนั้นอีก

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาละติน มาจากคำว่า Depressive มีความหมายว่า กดต่ำลงหรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทางจิตเวช ทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และหน้าที่การงานถูกทำลายลงไป บางครั้งมีความรุนแรงและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ต่างๆ ได้

Beck ได้ให้ความหมายว่า ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ทำให้บุคคลแสดงออกโดยการดำหนิและลงโทษตัวเอง มองตนเองว่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่าเกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สิ้นหวัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมแยกตัวจากสถานการณ์ต่างๆ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง

Priest ให้ความหมายว่า หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลที่เกิดจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก ทรัพย์สิน อาชีพการงาน ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่นๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย เกิดความรู้สึกลึ้มเหลว ซึมเศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นาน ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมของบุคคล

สุกัญญา⁽¹³⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทางจิตเวช ทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และหน้าที่การงานถูกทำลายลงไป บางครั้งมีความรุนแรงและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ ได้

อลิสตา วัชรสินธุ⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกที่เศร้าเสียใจธรรมดา

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (Dysphoric mood) และมีความรู้สึก

เบื่อหน่ายไม่สนุกสนาน (Loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด ฯลฯ

ดวงใจ กษานติกุล⁽¹⁶⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึมนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลง หรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์เพศ กิดอยากตายเป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

อาการทางกาย เช่น รับประทานไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยรุ่นสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ (atypical)

พฤติกรรมคำพูด ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติด ต้องเดินไปเดินมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

ความคิดกังวล คิดเรื่องร้ายๆ มองโลก มองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิและขาดความมั่นใจ วิดกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แน่นหน้าอก หรือย่ำคิดย่ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง หนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหา แต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (affect or state) ซึ่งใครๆ ก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (mood or trait) คือคงนานและระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (adjustment mood) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่างๆ (secondary depression)

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (primary affective disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (mood disorders) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะซึมเศร้า หรือ hypomania ถึง mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่

อาการทางจิตสรีระ (psychophysiology) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

อาการทางความคิด (cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ จี๋หลงจี๋ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้วย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

อาการทางพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (psychomotor) เช่น เชื่องซึม หรือกระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัยหลายอย่างรวมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้น และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยเสริม (Predisposing factors)
 - 1) พันธุกรรม
 - 2) ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต ได้แก่ ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)
 - 3) บุคลิกภาพ (Depressive personality) ได้แก่ ขี้กังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง
2. ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)
 - 1) ความพิการทางกาย (physical loss)
 - 2) สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty) ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แดกแยก ฟืน้องไม่ปรองดองกลมเกลียว
 - 3) ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
 - 4) ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
 - 5) มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน
 - 6) หดความภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem)
 - 7) ถูกกลั่นแกล้งทางเพศ
3. ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)
 - 1) บุคลิกภาพ การปรับตัว
 - 2) ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
 - 3) แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว (high expressed emotion- EE)
 - 4) ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม (ญาติใกล้ชิด- ชั้นแรกป่วยทางจิตชนิดรุนแรง)

โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีหลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวความคิดทางทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพิจารณาถึงสาเหตุภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพ โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง

อธิบายโดยใช้ ทฤษฎีชีวภาพ (Biochemical theory of depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ได้แก่

1.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สามเอมีน (biogenic amine) หรือ จูดรีบประสาท (Receptors) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic) เชื่อว่าความเครียดความคับแค้นใจ (stress) จากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพราก ชักนำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ panic ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetatives) ของภาวะซึมเศร้า (stress anxiety depression = SAD) นั่นคือภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีทิศทางเดียวกัน

1.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อย

1.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสาร โดปามีนและ โพรเทคซิมินในและนอกประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพลาร์

2. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

อธิบายโดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory of depression) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (superego) ก่อร่างขึ้นแล้วหรืออาจกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงตัวเอง หรือรักตัวเอง (narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าเสียใจและความโกรธ เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย ที่อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง เมื่อเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเองว่าเป็น

ความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นความโกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้บุคคลเศร้ามาก มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายใดๆ ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

Abraham ตั้งสมมติฐานว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายคือ ทั้งรักและเกลียด (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รัก และเป็นทั้งสิ่งพึงทางอารมณ์ของผู้ป่วย แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้กับผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ Abraham ยังอธิบายถึงภาวะ mania ว่าผู้ป่วยเคยประสบกับภาวะสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย ที่เรียกว่า primal depression และในเวลาต่อมาผู้ป่วยปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าที่รื่นเริงและครื้นเครงของภาวะ hypomania หรือ mania

ทฤษฎีเกี่ยวกับ Superego Development

Melanie Klein เชื่อว่า superego เกิดขึ้นในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรก ทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในสัมพันธภาพกับมารดา ซึ่งอาการซึมเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษ หรือการทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตไร้สำนึก

Otto Kernberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือน เรียนรู้วามารดา มีทั้งข้อดีและข้อไม่ดี แต่จะมองว่าดีทั้งหมด หรือไม่ดีทั้งหมดอย่างเด็ดขาด และเขาเริ่มรับรู้ถึงความก้าวร้าวของเขาต่อมารดา (แสดงโดยการกัด เช่น การกัดหัวนม) ทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำอันตรายต่อผู้ที่มีความสำคัญต่อตัวเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมี infantile deprivation และ frustration ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตนเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ ego เองที่ไม่สามารถบรรลึง ego ideal มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ ego กับบุคคลอื่น โดยมองว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขั้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง ภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ (fight) หรือหนี (flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกท้อถอยและหมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่

Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้ได้รับความรักหรือจากการสูญเสียหรือจากพราก ความต้องการพึ่งพิงไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

Adolf Meyer อธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพชีวิตที่คับแคบ เช่นการสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการทำงาน เป็นต้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับปมขัดแย้งในจิตใจ

Julian เชื่อกันว่า ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆรวมทั้งโรคซึมเศร้า

Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal care) จะช่วยให้ primary narcissism พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์ จะส่งผลให้ sense of self แตกสลาย หดความภาคภูมิใจ และรู้สึกซึมเศร้า

3.สาเหตุจากการมีความคิดแง่ลบ (Negative cognition)

อธิบายโดยทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive learning theory) Beck กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล มีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้สภาพจิตใจท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า บุคคลคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ขาดความภาคภูมิใจ

มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ และถูกคาดหวังจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

4.สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavior models) มีแนวคิด 2 แบบ คือภาวะซึมเศร้าเกิดจาก

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (No positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัลหรือการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย และไร้ความสุข

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอารมณ์ ทำให้เกิดอันตรายต่อ ภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรง และทางอ้อมต่อสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ผลกระทบทางตรง ได้แก่

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่น ฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย จะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ

1.2 มีการหลงลืม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะบอกว่าสมาธิไม่ดี ไม่สามารถสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆ จะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความจำจะเสื่อมลง จำอะไรไม่ค่อยได้

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะตั้งเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย

ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ เบื่ออาหาร หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้เกิดการขาดสารอาหารรุนแรง

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากความเจ็บป่วยช้ากว่าปกติ อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากขึ้น สุดท้ายทำให้การมีชีวิตรอดอยู่สั้นลง เนื่องจากสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือสนใจต่อสิ่งรอบข้างน้อยลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความยากลำบากในการนอนหลับ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลียเหนื่อยล้า

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลนั้นจะแยกตนเองสนใจบุคคลอื่นน้อยลง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือ การแก้ปัญหาต่างๆ จากบุคคลอื่น

2.6ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และมีความบกพร่องในการพูด

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะที่คล้ายกับภาวะซึมเศร้าหลายประการ ซึ่งภาวะทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์กัน โดยภาวะซึมเศร้าจะเกิดตามมาหลังจากภาวะวิตกกังวล ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ อาจกล่าวได้ว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะที่มีอาการสำคัญร่วมกันของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คือ มีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น คิดมาก กังวล ไม่มีสมาธิ ปะปนกับความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่าและเฉื่อยชา ไม่อยากทำอะไร รวมถึงมีอาการเช่น อ่อนเพลีย มือสั่น เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ปวดท้อง นอนไม่หลับ ฯลฯ อาจมีอาการเพียงเล็กน้อยจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติหน้าที่ได้บ้างแต่ไม่อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น Anxiety-depressive disorder ซึ่งเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไปเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันหรือความตึงเครียด

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

จากการศึกษาของ David G. Didden, John T. Philbrick, John B. Schorling ในปี 2001 ใน Anxiety and depression in an internal medicine resident continuity clinic : difficult diagnoses*⁽¹⁷⁾ พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ General internal medicine resident's clinic ที่ University of Virginia Health System พบมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา และจำนวนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยนี้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ โดยพบผู้ป่วยที่เป็น Major depressive disorder 26%, Dysthymic disorder 16%, Major depressive disorder ในช่วง partial remission 9%, Generalized anxiety disorder 13%, และ Panic disorder 7% ในส่วนของความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา 129 คนมีผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์โดยใช้แบบประเมิน Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire, 10-Item Version (DDPRQ-10) จำนวน 30 คน หรือคิดเป็น 23 % และในจำนวนนี้ 47 % มีปัญหาในเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวล และรวมถึงภาวะที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น Panic disorder อย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยมากกว่าเมื่อเทียบกับ 37 % ของผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์

จากการศึกษาของ Hahn SR , Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. Journal of General Internal Medicine 1996;11:1-8⁽¹⁸⁾ พบว่าความชุกของผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์อยู่ที่ 15% ค่า Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire, 10-Item Version (DDPRQ-10) เฉลี่ยอยู่ที่ 20.8 คะแนน โดยในผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์จะพบภาวะปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ ภาวะวิตก

กังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะที่เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมถึง somatoform disorder ได้ถึง 65% มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่มีเพียง 35%

การศึกษาของ Jackson JL , Kroenke K Difficult patient encounters in the ambulatory clinic. Clinical predictors and outcomes. Archives of Internal Medicine 1999;159:1069-1075.⁽¹⁹⁾ พบว่า ความชุกของผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อยู่ที่ 15% และ การศึกษาของ Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, et al. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. Journal of Clinical epidemiology 1994;47:647-657⁽¹⁾ ได้ทำการพัฒนาแบบทดสอบ Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire, 10-Item Version (DDPRQ-10) ขึ้นมาโดย ประกอบด้วยคำถามสำหรับแพทย์ผู้ดูแลรักษาทั้งหมด 10 ข้อ

จากการศึกษาของ Steven R. Hahn ในปี 2001⁽²⁰⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วย 627 คน ในสถานพยาบาลขั้นต้น (Primary care clinics) จำนวน 4 แห่ง ที่มีการประเมินโดยแพทย์จำนวน 27 คน โดยใช้แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (DDPRQ-10) พบผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็น ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์จำนวน 96 คน หรือคิดเป็น 15 % และพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหลายๆอาการ โดยเฉพาะอาการปวดท้อง ท้องเสีย ใจสั่น และปัญหาทางการนอน รวมถึงมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางจิตเวช

จากการศึกษาของ Jeffrey L. Jackson และคณะในปี 2003⁽²¹⁾ ซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยทางด้านเพศและอาการแสดงทางกายที่ผู้ป่วยมี พบว่าในผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษาจำนวน 528 คน เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ 15 % และไม่มีความแตกต่างกันในทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

การทบทวนวรรณกรรมของ Rollin W. Nagel และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และการบริการทางการแพทย์ในปี 2003 พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอยู่ที่ 17.9

ในการศึกษาของ Jeffrey L. Jackson และคณะในปี 1999⁽²³⁾ ที่ได้ศึกษาถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ ในด้านที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยบ่งชี้และผลลัพธ์ในการรักษา พบว่าจากการศึกษาผู้ป่วย 500 คน ประมาณ 15% ถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ และพบว่าจะสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางจิตเวช อาการเจ็บป่วยทางกายที่แสดงออกมากและหลายอาการ รวมถึงมีความพึงพอใจน้อยกับการบริการรักษาและมีการเข้ารับการบริการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

สำหรับการศึกษาในแอฟริกาใต้โดย Maunder Robert G. และคณะในปี 2006⁽²⁴⁾ ซึ่งได้ศึกษาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่าประมาณ 10-20 % ของผู้ป่วยจะถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ และจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบของการแสดงออกในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วย

ในการศึกษาของ Lin EH, Katon และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยประมาณ 15% ถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ ซึ่งสัดส่วนจะใกล้เคียงกับ 2 วรรณกรรมก่อนหน้า

การศึกษาของ Sandra Dunkelberg และคณะในปี 2003⁽²⁶⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในเวชปฏิบัติทั่วไป พบว่าผู้ป่วยประมาณ 20% จะถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวจะมี ภาวะปัญหาทางจิตเวช และการเข้ารับการบริการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยไม่ได้ถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์

การศึกษาของ Karin Wiefferink และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่าในผู้ป่วย Somatization disorder จะมีคะแนนของแบบวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สูงกว่าผู้ป่วยปกติ (ค่าเฉลี่ย 34 คะแนน เทียบกับ 23 คะแนน)

ในการศึกษาของ Jeffrey L. Jackson ในปี 1999⁽²⁸⁾ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างทหารและพลเรือนในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คนที่มารับการตรวจรักษา พบว่าผู้ป่วยที่เป็นทหาร 11% ถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นพลเรือน 15% ถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ แต่ก็ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปริมาณภาวะอาการทางกายที่มีมากกว่า 5 อาการ และภาวะปัญหาทางจิตเวชเดิม รวมถึงภาวะวิตกกังวล

การศึกษาโดย Edward A. Walker และคณะในปี 1997⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อที่ทำการตรวจรักษาที่คลินิกโรคข้อ จำนวน 68 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์และผู้ป่วยอยู่ที่ 29.3 และค่าคะแนนนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ รวมถึงประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย และ ภาวะ Fibromyalgia แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคุณภาพการนอน

จากการศึกษาของ Christiane bieber และคณะในปี 2006⁽³⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย Fibromyalgia โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลการรักษา และกลุ่มที่ได้รับโครงการการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทางผู้ศึกษาได้มีการใช้ แบบวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์และผู้ป่วยอยู่ที่ 33.5 คะแนนในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลการรักษา สำหรับในกลุ่มที่ได้รับโครงการการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์และผู้ป่วยอยู่ที่ 29.3 คะแนน

การศึกษาแบบ Case-Control trial ของ Jeffrey L. Jackson และคณะในปี 1999⁽²³⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย 500 คน โดยแบ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มที่สองให้เป็นกลุ่มที่ใช้แพทย์ที่ได้รับการอบรมด้าน ความคาดหวัง ความกังวล และ ภาวะปัญหาทางจิตเวชของผู้ป่วย มาเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย โดยทั้ง 2 กลุ่มแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบวัด

ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และผู้ป่วย (DDPRQ-10) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วย จะถูกประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ 20.4% ในขณะที่กลุ่มซึ่งใช้แพทย์ที่ได้รับการอบรมด้าน ความคาดหวัง ความกังวล และ ภาวะปัญหาทางจิตเวชของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกประเมินว่า เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ 10.9 % และพบว่ากรณีที่แพทย์ตระหนักถึงภาวะดังกล่าวนี้จะ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยในการได้รับการบริการรักษา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Study) โดยศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง(Cross –sectional)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sampling)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ได้แก่ ผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรที่จะทำการศึกษา (Population to be studied) ได้แก่ ผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจภาษาไทย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง จนทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ โดยเริ่มตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึงธันวาคม 2550

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ได้แก่ ผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจภาษาไทย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง จนทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ โดยเริ่มตั้งแต่ พฤศจิกายน 2550 ถึง ธันวาคม 2550

เกณฑ์เข้าการศึกษา

1. Inclusion Criteria

- 1.1 ผู้ป่วย ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่เป็นผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 1.2 มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจภาษาไทย สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้

2. Exclusion Criteria

- 2.1 ไม่สมัครใจเข้ารับการศึกษา
- 2.2 มีปัญหาสติสัมปชัญญะ ความเข้าใจภาษาไทย อาการทางจิต หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง จนทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95%

P = ความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์กับแพทย์อ้างอิงจากการศึกษา David G. Didden, John T. Philbrick, John B. Schorling ในปี 2001⁽¹⁷⁾

Q = 1-p

d = acceptable error = 0.1

p = 0.23

n = $(1.96)^2 (0.23)(0.77) / (0.1)^2$

= 68.034

เพิ่ม 10%

= 75

การสังเกตและการวัด (Observational measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยและครอบครัว ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ประวัติการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปัญหาอาการปวด ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร ประวัติการใส่ สายอาหาร(NG feed) ประวัติการใส่ ท่อช่วยหายใจ(ET-tube)

ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตัวเอง

การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับ ไว้เรียบร้อยแล้วล่วงหน้า ลูกจากที่นอนหรือเตียงไป ยังก่ออี้ การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การกลั้น ปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ปัจจัยทางจิตสังคมและสภาพแวดล้อม

สถานะห้องผู้ป่วย ประวัติการถูกผูกมัด
ประวัติการถูก sedate ด้วยยาฉีด จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์
สถานะทางการเงิน

ปัจจัยจากภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล

2. ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurements)

- 1.แบบสอบถามปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยและครอบครัว ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติโรคประจำตัว อื่นๆ ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ประวัติการใช้สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ
- 2.แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วย และอ้างอิงจากเวชระเบียนประวัติ ผู้ป่วยมีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปัญหาอาการปวด ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการรับประทานอาหาร ประวัติการใส่ สายอาหาร(NG feed) ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ(ET-tube) รวมถึง แบบสอบถามปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตัวเอง ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยจะเป็นสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยจะแบ่งคำถามเป็น 6 ข้อย่อย ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว

หน้า การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การกลืนอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การกลืนปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3. แบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคม ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยจะเป็นสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วย และอ้างอิงจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยมีทั้งหมด 7 ข้อประกอบด้วย

สถานะห้องผู้ป่วย ประวัติการถูกผูกมัด ประวัติการถูก sedate ด้วยยานี้ด จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์ สถานะทางการเงิน
4. แบบสอบถามปัจจัยจากภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ใช้ Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือเป็นคำถามถึงภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดย Thai-HADS นี้ได้รับการแปลและได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบสอบถาม จาก Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond AS โดย ธนา นิลชัยโกวิท และ คณะ⁽³¹⁾ แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อมีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน
 - การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน
 - คะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
 - คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)
 - คะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช
 - ในการศึกษาที่ใช้ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
5. แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยแบบสอบถามนี้ได้แปลมาจาก Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire, 10-Item Version (DDPRQ-10) สำหรับแบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Hahn SR และคณะ⁽¹⁾ เพื่อใช้ในการประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำการประเมินด้วยการทำแบบสอบถามนี้ซึ่งมีทั้งหมด 10 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 1-6 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนคือ ในข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7,9

1 = ไม่มีภาวะดังกล่าวในข้อนี้ๆ -----> 6 = มีภาวะดังกล่าวในข้อนี้ๆมากที่สุด

โดยจะให้คะแนนกลับกันข้อ 1, 8, และ 10

1 = มีภาวะดังกล่าวในข้อนี้ๆมากที่สุด -----> 6 = ไม่มีภาวะดังกล่าวในข้อนี้ๆ

หลังจากทำการประเมินแล้วจะนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันและถ้าพบว่ามีความมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน ถือว่า เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (difficult patient) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นพบว่า แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (DDPRQ-10) ได้ถูกนำมาศึกษาในผู้ป่วยหลายกลุ่ม ในเรื่องของความชุกของปัญหาดังกล่าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่เคยมีการศึกษาถึงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามนี้มาก่อน ทางผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามนี้มาใช้เพื่อการศึกษาถึงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ทั้งในด้านความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแปลเป็นภาษาไทยและได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) ทำวิจัยนำร่อง (Pilot study) จากตัวอย่าง 30 ราย เพื่อหาความคงที่ โดย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้วิธีการหาค่าด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach

จากการศึกษานำร่อง(Pilot study) จากตัวอย่าง 30 รายที่เป็นผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้ใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายในด้วยวิธีครอนบาค หรือสัมประสิทธิ์แอลฟา (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.914 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ จึงนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากหนังสือ วารสาร วิทยานิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขึ้นต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อทำการเก็บข้อมูลในช่วงตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึงธันวาคม 2550 โดยสุ่มเลือกตัวอย่างให้

- ผู้ป่วยทุกรายในทุกหอผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรมมีโอกาสได้รับเลือกเท่าเทียมกัน
5. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยจะให้คำอธิบายต่อแพทย์ผู้ดูแลก่อนทำการเก็บข้อมูลเสมอ จากนั้นให้แพทย์ผู้ดูแลตอบในส่วนของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย(DDPRQ-10) ซึ่งผู้วิจัยได้แปลมาเป็นภาษาไทยแล้ว
 6. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยจะให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยก่อนทำการเก็บข้อมูลเสมอ ในส่วนของแบบสอบถามปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้ถาม และให้ผู้ป่วยตอบ รวมถึงอ้างอิงจากเวชระเบียนในส่วนของแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยแบบสอบถามปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตัวเองแบบสอบถามปัจจัยทางจิตสังคม แบบสอบถามปัจจัยจากภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า
 7. ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ขึ้นกับแพทย์ผู้ดูแลแต่ละคน และผู้ป่วยแต่ละคน
 8. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, Chi-square test และ F-test (One-way ANOVA) เพื่อสรุปผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์, Pearson's Correlation ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อการเกิดภาวะภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์, กังวล ใช้สถิติถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และ Multiple regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายถึงภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 102 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2550 ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการวิจัย และแบ่งนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์

- 1.1 ข้อมูลพื้นฐานบุคคล
- 1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- 1.3 ข้อมูลทางจิตสังคมและสภาพแวดล้อม
- 1.4 ข้อมูลด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 2 ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

- 2.1 ความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และค่าคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
 - 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
 - 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
 - 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
 - 3.5 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
 - 3.6 ปัจจัยที่ทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคล

| | ปัจจัย | จำนวน (n=102) | ร้อยละ |
|---|-----------------------------|---------------|--------|
| เพศ | | | |
| | ชาย | 56 | 54.9 |
| | หญิง | 46 | 45.1 |
| อายุ | | | |
| | < 40 ปี | 41 | 40.2 |
| | 40-60 ปี | 44 | 43.1 |
| | > 60 ปีขึ้นไป | 17 | 16.7 |
| (Mean = 44.36, S.D. 15.789, Min = 18, Max = 93) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | |
| | โสด | 31 | 30.4 |
| | แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน | 68 | 66.6 |
| | แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง | 2 | 2.0 |
| | คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว | 1 | 1.0 |
| ศาสนา | | | |
| | พุทธ | 97 | 95.1 |
| | คริสต์ | 3 | 2.9 |
| | อิสลาม | 2 | 2.0 |

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคล

| ปัจจัย | จำนวน (n=102) | ร้อยละ |
|-------------------------------|---------------|--------|
| การศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 5 | 4.9 |
| ประถมศึกษา /ต่ำกว่าประถมศึกษา | 30 | 29.4 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 6 | 5.9 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 20 | 19.6 |
| อาชีวศึกษาตอนต้น | 6 | 5.9 |
| อาชีวศึกษาตอนปลาย | 8 | 7.8 |
| อุดมศึกษาหรือสูงกว่า | 27 | 26.5 |
| อาชีพ | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 14 | 13.7 |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน | 11 | 10.8 |
| ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้าง | 19 | 18.6 |
| นักเรียน/นักศึกษา | 6 | 5.9 |
| ข้าราชการ | 10 | 9.8 |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 4 | 3.9 |
| พนักงานบริษัท | 12 | 11.8 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 12 | 11.8 |
| อื่นๆ | 14 | 13.7 |
| รายได้ (ต่อเดือน) | | |
| รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท | 59 | 57.8 |
| 10,000 – 30,000 บาท | 38 | 37.3 |
| 30,000บาทขึ้นไป | 5 | 4.9 |

(Mean = 11,436.27 , S.D. 15,483.250 , Min = 0 , Max = 100,000)

ตารางที่ 1 (ต่อ)แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคล

| ปัจจัย | จำนวน (n=102) | ร้อยละ |
|---|---------------|--------|
| รายได้รวมของครอบครัว(ต่อเดือน) | | |
| รายได้ต่ำกว่า 15,000บาท | 27 | 26.5 |
| 15,000 – 35,000 บาท | 52 | 51.0 |
| 35,000 บาทขึ้นไป | 23 | 22.5 |
| (Mean = 27,882.35 , S.D. 23,514.286 , Min = 0 , Max = 150,000) | | |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน | | |
| น้อยกว่า 3 คน | 45 | 44.1 |
| 3-6 คน | 44 | 43.1 |
| 6 คนขึ้นไป | 13 | 12.8 |
| (Mean = 4.009 , S.D. 1.842 , Min = 0 , Max = 10) | | |

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่(ร้อยละ43.1) มีอายุอยู่ในช่วง40- 60 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย คือ 44.36 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน(ร้อยละ 66.7) นับถือศาสนาพุทธ(ร้อยละ95.1) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า(ร้อยละ29.4) ประกอบอาชีพใช้แรงงานหรือรับจ้าง(ร้อยละ 18.6) มากที่สุด ร้อยละ 57.8 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,36.27 บาท โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1,5483.25 รายได้รวมครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15 000,- 35,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51) รายได้เฉลี่ยรวมครอบครัวต่อเดือน 27,882.35 บาท โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23,514.28 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 3 คนโดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกับในช่วง 3-6 คน (ร้อยละ 44.1 และร้อยละ 43.1 ตามลำดับ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคล ด้านประวัติโรคสุขภาพจิต

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม (n = 102) | | |
| ไม่มี | 98 | 96.1 |
| มี | 4 | 3.9 |
| <u>โรคทางจิตเวช (n=4) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u> | | |
| - โรคซึมเศร้า | 1 | 25.0 |
| - โรคเครียดวิตกกังวล | 3 | 75.0 |
| ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (n=4) | | |
| < 5 ปี | 0 | 0.0 |
| > 5 ปีขึ้นไป | 1 | 25.0 |
| ไม่ระบุ | 3 | 75.0 |
| ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว(n = 102) | | |
| ไม่มี | 92 | 90.2 |
| มี | 10 | 9.8 |
| <u>โรคทางจิตเวชในครอบครัว(n=10)ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u> | | |
| - โรคซึมเศร้า | 3 | 30.0 |
| - โรคเครียดวิตกกังวล | 4 | 40.0 |
| - โรคอารมณ์แปรปรวน | 2 | 20.0 |
| - ไม่แน่ใจ | 1 | 10.0 |

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.1) ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม มีเพียงร้อยละ 3.9 เท่านั้นที่มีประวัติโรคทางจิตเวช โดยในกลุ่มนี้มี โรคเครียดวิตกกังวล(ร้อยละ 75.0) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 25.0) ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุข้อมูลไว้(ร้อยละ 75)

กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.2) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช มีเพียงร้อยละ 9.8 ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ซึ่งในกลุ่มนี้ พบว่ามีประวัติครอบครัว เป็น โรคเครียดวิตกกังวล (ร้อยละ 40.0) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 30.0) โรคอารมณ์แปรปรวน (ร้อยละ 20.0) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 10.0)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคล ด้านประวัติโรคทางกายอื่นๆที่นอกเหนือจากโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของแผนก อายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในครั้งนี้

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ประวัติโรคประจำตัวทางกายอื่นๆ | | |
| ไม่มี | 53 | 52.0 |
| มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | 49 | 48.0 |
| ความดันโลหิตสูง | 15 | 17.1 |
| เบาหวาน | 13 | 5.4 |
| โรคหัวใจขาดเลือด | 4 | 2.7 |
| โรคไขมันในเลือด | 14 | 11.7 |
| โรคอื่น ๆ เช่น เกาต์, หอบหืด , ภูมิแพ้, เส้นเลือดสมอง, ไมเกรน, ไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ, ข้อเสื่อม, โลหิตจาง เป็นต้น | 12 | 14.4 |

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) ไม่มีโรคประจำตัวทางกายอื่นๆนอกเหนือจากโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ส่วนสัดส่วนของกลุ่มที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 48.0 โดยพบสัดส่วนของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด (ร้อยละ 17.1) รองลงมาได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.7) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 5.4) โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 2.7) ตามลำดับ ส่วนสัดส่วนของผู้มีโรคประจำตัวอื่นเท่ากับร้อยละ 14.4 ซึ่งได้แก่ โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคเส้นเลือดสมอง โรคไมเกรน โรคฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคโลหิตจาง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคลด้าน ประวัติการใช้สารเสพติด

| | ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------------|-------|--------|
| ประวัติการใช้สารเสพติด (n=102) | | | |
| | ไม่มี | 47 | 46.1 |
| | มี | 54 | 52.9 |
| | Missing | 1 | 1.0 |
| ประวัติการดื่มสุรา(n=101) | | | |
| | ไม่มี | 56 | 54.5 |
| | มี | 46 | 45.5 |
| ประวัติการสูบบุหรี่(n=101) | | | |
| | ไม่มี | 68 | 66.4 |
| | มี | 34 | 33.6 |
| ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ(n=101) | | | |
| | ไม่มี | 99 | 98.1 |
| | มี(ยาบ้า) | 2 | 1.9 |

ประวัติการใช้สารเสพติดพบว่า กลุ่มประชากรที่มีการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 52.9) ใกล้เคียงกับ กลุ่มที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด (ร้อยละ 46.1) โดยพบว่า มีผู้ที่มีประวัติการดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 45.5) รองลงมาคือการสูบบุหรี่ (ร้อยละ33.6) และมีประวัติการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ได้แก่ ยาบ้า เท่ากับ ร้อยละ 1.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานบุคคลด้าน
สิทธิการรักษาพยาบาล

| ปัจจัย | จำนวน (n=102) | ร้อยละ |
|---|---------------|--------|
| สิทธิการรักษา | | |
| จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง | 8 | 7.8 |
| บัตร 30 บาท | 41 | 40.2 |
| ประกันสังคม | 30 | 29.4 |
| เบิกต้นสังกัด | 17 | 16.7 |
| เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | 5 | 4.9 |
| อื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับสนับสนุนจากองค์กร มูลนิธิ | 1 | 1.0 |

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.2) มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตร
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) มากที่สุด รองลงมาคือใช้ประกันสังคม (ร้อยละ 29.4) และมี
จำนวนร้อยละ 7.8 ที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาในขณะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้

| | ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|--------------------------|-------|--------|
| โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | | |
| (n = 102) | | | |
| | โรคติดเชื้อ | 25 | 24.5 |
| | โรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ | 15 | 14.7 |
| | โรกระบบทางเดินอาหาร | 17 | 16.7 |
| | โรคเลือด | 11 | 10.8 |
| | โรกระบบต่อมไร้ท่อ | 7 | 6.9 |
| | โรกระบบประสาท | 6 | 5.8 |
| | โรกระบบขับปัสสาวะและไต | 10 | 9.8 |
| | โรกระบบทางเดินหายใจ | 7 | 6.9 |
| | โรกระบบอื่นๆ | 4 | 3.9 |
| ระยะเวลาตั้งแต่อนโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน (n = 102) | | | |
| | < 10 วัน | 70 | 68.6 |
| | 10-20 วัน | 22 | 21.6 |
| | > 20 วันขึ้นไป | 10 | 9.8 |
| (Mean = 8.970 , S.D. 6.898 , Min = 2 , Max = 34) | | | |
| จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (n = 102) | | | |
| | < 3 ครั้ง | 53 | 52.0 |
| | 3-5 ครั้ง | 45 | 44.1 |
| | >5 ครั้งขึ้นไป | 4 | 3.9 |
| (Mean = 2.794 , S.D. 1.792 , Min = 1 , Max = 15) | | | |

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (n = 102) | | |
| น้อยกว่า 1 เดือน | 42 | 41.2 |
| >1 เดือน -6 เดือน | 22 | 21.6 |
| >6 เดือนขึ้นไป | 38 | 37.2 |
| (Mean = 15.153 , S.D. 29.677 , Min = 0.03 , Max = 216) | | |

จากตารางที่ 6 พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 24.5) ได้แก่ โรคติดเชื้อ รongลงมาได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และโรคเลือด (ร้อยละ 16.7 , 14.7 , 10.8 ตามลำดับ) โดยมีระยะเวลาดังแต่่อนโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง < 10 วัน (ร้อยละ 68.6) จำนวนวันเฉลี่ย 8.97 วัน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.89 สำหรับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในน้อยกว่า 3 ครั้ง และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.2) อยู่ในช่วง น้อยกว่า 1 เดือน มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 15.15 เดือน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29.67

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านคุณภาพการนอนและการใช้ยานอนหลับและอาการปวดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

| | ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|------------------------------|-------|--------|
| คุณภาพการนอนหลับในโรงพยาบาล (n = 102) | | | |
| | ดีมาก | 51 | 50.0 |
| | ดี | 23 | 22.5 |
| | ไม่ค่อยดี | 26 | 25.5 |
| | ไม่ดีเลย | 2 | 2.0 |
| การใช้ยานอนหลับในโรงพยาบาล (n = 102) | | | |
| | ไม่เคยใช้ | 80 | 78.5 |
| | ใช้1-2ครั้งต่อสัปดาห์ | 19 | 18.6 |
| | ใช้3-4ครั้งต่อสัปดาห์ | 3 | 2.9 |
| | ใช้มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ | 0 | 0 |
| อาการปวด (n = 102) | | | |
| | ไม่มี | 36 | 35.3 |
| | ปวดน้อย | 36 | 35.3 |
| | ปวดปานกลาง | 28 | 27.4 |
| | ปวดมาก | 2 | 2.0 |

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ดีมาก (ร้อยละ 50.0) รองลงมาได้แก่ คุณภาพการนอนดี และไม่ค่อยดี (ร้อยละ 22.5 และ ร้อยละ 25.5 ตามลำดับ) สำหรับการใช้นอนหลับในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ (ร้อยละ 78.5) และไม่พบว่ามีในกลุ่มประชากรมีการใช้นอนหลับเกินกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับอาการปวดพบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวด คือมีอาการปวดน้อย ปวดปานกลางและปวดมากรวมกันคิดเป็น ร้อยละ 64.7 โดยมีอาการปวดน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 35.3)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการรับประทานอาหารขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| การรับประทานอาหาร (n = 102) | | |
| ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหาร สามารถทานได้ปกติ | 71 | 69.6 |
| ทานได้ลดลง | 18 | 17.6 |
| ทานได้น้อยมาก | 6 | 5.9 |
| ทานไม่ได้เลย | 0 | 0 |
| แพทย์สั่งห้ามรับประทานอาหาร(NPO) | 7 | 6.9 |

สำหรับปัญหาการรับประทานอาหารในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.6) ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหาร สามารถทานได้ปกติ รองลงมา คือทานได้ลดลง (ร้อยละ 17.6) และมีร้อยละ 6.9 ที่แพทย์สั่งห้ามรับประทานอาหาร (NPO)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการใส่สายนำอาหารทางจมูก(NG)และการใส่สายท่อช่วยหายใจขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| การใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) (n = 102) | | |
| ไม่มี | 94 | 92.1 |
| เคยใส่ แต่ถอดออกแล้ว | 7 | 6.9 |
| ยังใส่อยู่ | 1 | 1.0 |
| การใส่สายท่อช่วยหายใจ (n = 102) | | |
| ไม่มี | 100 | 98.0 |
| เคยใส่ แต่ถอดออกแล้ว | 1 | 1.0 |
| ยังใส่อยู่หรือได้รับการเจาะคอแทน | 1 | 1.0 |

จากตารางที่ 9 พบว่าสำหรับการใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.2) ไม่มีประวัติการใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) มีเพียงร้อยละ 7.9 ที่มีประวัติการใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) โดยมีร้อยละ 1 ที่ยังใส่อยู่ ในส่วนของการใส่สายท่อช่วยหายใจ(ET)กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.0) ไม่มีประวัติการใส่สายท่อช่วยหายใจ(ET) มีเพียงร้อยละ 2 ที่เคยมีประวัติการใส่ ใส่อยู่หรือได้รับการเจาะคอแทน

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลตนเองขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ความสามารถในการดูแลตนเอง(n = 102) | | |
| การรับประทานเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว | | |
| ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้ | 0 | 0 |
| ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตักเตรียมให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆล่วงหน้า | 3 | 2.9 |
| ดักอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ | 99 | 97.1 |
| การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ | | |
| ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือต้องใช้ 2 คนช่วยยกขึ้น | 0 | 0 |
| ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือคนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงนั่งได้ | 0 | 0 |
| บอกให้ทำตามหรือพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย | 9 | 8.8 |
| ทำได้เอง | 93 | 91.2 |

ตารางที่ 10(ต่อ) แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้าน
ความสามารถในการดูแลตนเองขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| การใช้ห้องสุขา | | |
| ช่วยตัวเองไม่ได้ | 0 | |
| ทำได้เองบ้างอย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จ | 5 | 4.9 |
| ตั้งแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง | | |
| ช่วยตัวเองได้ | 97 | 95.1 |
| การอาบน้ำ | | |
| ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ | 4 | 3.9 |
| อาบน้ำได้เอง | 98 | 96.1 |
| การกลั้นอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา | | |
| กลั้นไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระเสมอ | | |
| กลั้นไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) | 3 | 2.9 |
| กลั้นได้ปกติ | 99 | 97.1 |
| การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา | | |
| กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแล | 0 | 0 |
| เองได้ | | |
| กลั้นไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) | 2 | 2 |
| กลั้นได้เป็นปกติ | 100 | 98 |

จากตารางที่ 10 แสดงในส่วนที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ใน 6 หัวข้อพบว่า

1. การรับประทานเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว (ร้อยละ 97.1) สามารถรับประทานอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่ต้องมีคนช่วย

2. การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 91.2) สามารถทำได้เองตามปกติ มีเพียงร้อยละ 8.8 ที่ต้องบอกให้ทำตามหรือพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. การใช้ห้องสุขา กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 95.1) สามารถช่วยตัวเองได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 4.9 ทำได้เองบ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

4. การอาบน้ำ กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 96.1) อาบน้ำได้เอง มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่ต้องมีคนช่วย

5. การกลืนอาหารภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 97.1) สามารถกลืนได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่กลืนไม่ได้บางครั้ง

6. การกลืนยีสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 98.0) สามารถกลืนได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 2.0 ที่กลืนไม่ได้บางครั้ง

1.3 ข้อมูลทางจิตสังคมและสภาพแวดล้อม

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านสภาพห้องผู้ป่วย

| | ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------|---------------|-------|--------|
| สถานะห้องผู้ป่วย (n = 102) | | | |
| สภาพอากาศ | | | |
| | ห้องปรับอากาศ | 42 | 41.2 |
| | ห้องธรรมดา | 60 | 58.8 |
| สภาพห้อง | | | |
| | ห้องเดี่ยว | 12 | 11.8 |
| | ห้องรวม | 90 | 88.2 |

จากตารางที่ 4 พบว่าสถานะของห้องในกลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นห้องธรรมดา (ร้อยละ 58.8) นอกจากนั้นเป็นห้องปรับอากาศ (ร้อยละ 41.2) โดยสภาพห้องส่วนใหญ่เป็นห้องรวม (ร้อยละ 88.2) ที่เหลือเป็นห้องเดี่ยว (ร้อยละ 11.8)

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านประวัติการถูกผูกมัดและการถูกฉีดยาให้หลับ(sedate)ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

| | ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|------------------------------|-------|--------|
| ประวัติการถูกผูกมัดในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ (n = 102) | | | |
| | ไม่เคย | 100 | 98.0 |
| | เคยแต่ไม่ได้ถูกผูกมัดแล้ว | 2 | 2.0 |
| | เคยและยังต้องทำการผูกมัดอยู่ | 0 | 0 |
| ครั้งอื่นๆ | | | |
| | ไม่เคย | 101 | 99.0 |
| | เคย | 1 | 1.0 |
| ประวัติการถูกฉีดยาให้หลับ(sedate)ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (n = 102) ครั้งนี้ | | | |
| | ไม่เคย | 102 | 100.0 |
| | เคย | 0 | 0 |
| ครั้งอื่นๆ | | | |
| | ไม่เคย | 102 | 100.0 |
| | เคย | 0 | 0 |

จากตารางที่ 12 แสดงถึงประวัติการถูกผูกมัดในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้และในครั้งก่อนหน้าไม่เคยมีประวัติการถูกผูกมัดในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 98.0 และร้อยละ 99 ตามลำดับ)

สำหรับประวัติการถูกฉีดยาให้หลับ(sedate)ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้และในครั้งก่อนหน้าไม่เคยมีประวัติการถูกฉีดยาให้หลับ(sedate)ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านจำนวนครั้งที่ญาติที่มาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์และสถานภาพทางการเงิน

| ปัจจัย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| จำนวนครั้งที่ญาติที่มาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์ | | |
| ไม่มีญาติมาเยี่ยม | 8 | 7.8 |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 30 | 29.4 |
| 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ | 43 | 42.2 |
| มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ | 21 | 20.6 |
| สถานภาพทางการเงิน | | |
| พอใช้มีเงินเก็บ | 43 | 42.2 |
| พอใช้และไม่มีหนี้สิน | 33 | 32.3 |
| ไม่พอใช้และมีหนี้สิน | 24 | 23.5 |
| ไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่น | 2 | 2.0 |

จากตารางที่ 5 แสดงถึงจำนวนครั้งที่ญาติที่มาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์และสถานภาพทางการเงินของกลุ่มประชากรตัวอย่าง โดยจำนวนครั้งที่ญาติที่มาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.2) มีญาติมาเยี่ยม 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ รองลงมามีญาติมาเยี่ยม 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ สำหรับสถานภาพทางการเงินกลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) มีเงินพอใช้และมีเงินเก็บ รองลงมามีเงินพอใช้และไม่มีหนี้สิน

1.4 ข้อมูลด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

ความชุกของภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนน แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS)

| ภาวะวิตกกังวล ($\bar{X} = .718$, Min = 0, Max = 21, S.D. = 4.63) | จำนวน (n = 102) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| กลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (0-7 คะแนน) ($\bar{X} = 4.20$, Min = 0, Max = 7, S.D. = 1.87) | 63 | 61.8 |
| กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล | 39 | 38.2 |
| - doubtful cases(8-10 คะแนน) | 20 | 19.6 |
| - เป็นโรคเครียดวิตกกังวล(11-21 คะแนน) | 19 | 18.6 |

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 61.8) โดยความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 38.2 โดยแบ่งเป็น doubtful cases (ร้อยละ 19.6) และ ผู้ที่ถือว่าเป็นโรคเครียดวิตกกังวล(ร้อยละ 18.6) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 7.18 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 4.20 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและ doubtful cases เท่ากับ 12.00 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.56

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า(Thai - HADS)

| ภาวะซึมเศร้า | จำนวน | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| ($\bar{X} = 5.88$, Min = 0 , Max = 21, S.D. = 4.22) | (n = 102) | |
| กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-7 คะแนน) ($\bar{X} = 4.11$, Min = 0 , Max = 7, S.D. = 2.26) | 79 | 77.5 |
| กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า | 23 | 22.5 |
| ($\bar{X} = 11.95$, Min = 8 , Max = 21, S.D. = 3.75) | | |
| - doubtful cases(8-10 คะแนน) | 10 | 9.8 |
| - เป็นโรคซึมเศร้า(11-21 คะแนน) | 13 | 12.7 |

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 77.5) โดยความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักเป็นร้อยละ 22.5 โดยแบ่งเป็น doubtful cases (ร้อยละ 9.8) และ ผู้ที่ถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 12.7) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 5.88 ส่วนคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 4.11 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.26 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและ doubtful cases เท่ากับ 11.95 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.75

ส่วนที่ 2 ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

2.1 ข้อมูลความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ และค่าคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของประชากรตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

| ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ($X = 23.71$, $Min = 16$, $Max = 60$, $S.D. = 5.79$) | จำนวน ($n = 102$) | ร้อยละ |
|---|------------------------|--------|
| กลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วย (0-29 คะแนน) $(\bar{X} = 22.40$, $Min = 16$, $Max = 29$, $S.D. = 3.19$) | 92 | 90.2 |
| กลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วย (30-60คะแนน) $(\bar{X} = 35.80$, $Min = 31$, $Max = 60$, $S.D. = 9.65$) | 10 | 9.8 |

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (ร้อยละ 90.2) โดยความชุก ของกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 9.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยรวมของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 23.71 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.79 ส่วนคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วยเท่ากับ 35.80 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.65 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วยเท่ากับ 22.40 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.19

ส่วนที่ 3

ผลการวิเคราะห์ปัจจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|-----------------------------|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | | (n = 10) | | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 50 | (54.3) | 6 | (60.0) | 1.000 ^b |
| หญิง | 42 | (45.7) | 4 | (40.0) | |
| ศาสนา | | | | | |
| พุทธ | 88 | (95.6) | 9 | (90.0) | 0.410 ^b |
| อื่น ๆ | 4 | (4.4) | 1 | (10.0) | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด (แยกกันอยู่/หย่า/ม่าย) | 30 | (32.6) | 4 | (40.0) | 0.728 ^b |
| คู่(แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน) | 62 | (67.4) | 6 | (60.0) | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา | 62 | (67.4) | 5 | (50.0) | 0.305 ^b |
| ตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป | 30 | (32.6) | 5 | (50.0) | |

ตารางที่ 17(ต่อ)แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ (n = 92) | ปัญหาสัมพันธภาพ (n = 10) | ปัญหาสัมพันธภาพ (n = 92) | ปัญหาสัมพันธภาพ (n = 10) | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| อาชีพ | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 29 | (31.5) | 2 | (20.0) | 0.719 ^b |
| ประกอบอาชีพ | 63 | (68.5) | 8 | (80.0) | |
| ประวัติโรคทางจิตเวช | | | | | |
| ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช | 89 | (96.7) | 9 | (90.0) | 0.342 ^b |
| มีประวัติโรคทางจิตเวช | 3 | (3.3) | 1 | (10.0) | |
| ประวัติโรคทางกายอื่นๆ | | | | | |
| ไม่มีโรคทางกายอื่นๆ | 48 | (52.1) | 5 | (50.0) | 0.578 ^b |
| มีโรคทางกายอื่นๆ | 44 | (47.9) | 5 | (50.0) | |
| ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว | | | | | |
| ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว | 83 | (90.2) | 9 | (90.0) | 1.000 ^b |
| มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว | 9 | (9.8) | 1 | (10.0) | |
| ประวัติการใช้สารเสพติด (n=101) | | | | | |
| ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด | 42 | (46.1) | 5 | (50.0) | 0.305 ^b |
| มีประวัติการใช้สารเสพติด | 49 | (53.9) | 5 | (50.0) | |

ตารางที่ 17(ต่อ)แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|--|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | | (n = 10) | | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| ประวัติการใช้เครื่องดื่มAlcohol | | | | | |
| ไม่มีการใช้เครื่องดื่มAlcohol | 49 | (53.2) | 7 | (70.0) | 0.505 ^b |
| มีการใช้เครื่องดื่มAlcohol | 43 | (46.8) | 3 | (30.0) | |
| ประวัติการสูบบุหรี่ | | | | | |
| ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ | 63 | (68.4) | 5 | (50.0) | 0.295 ^b |
| มีประวัติการสูบบุหรี่ | 29 | (31.6) | 5 | (50.0) | |
| ประวัติสารเสพติดอื่นๆ (ยาบ้า) | | | | | |
| ไม่มีประวัติสารเสพติดอื่นๆ | 91 | (98.9) | 9 | (90.0) | 0.187 ^b |
| มีประวัติสารเสพติดอื่นๆ | 1 | (1.1) | 1 | (10.0) | |
| สิทธิการรักษา | | | | | |
| ออกค่าใช้จ่ายเอง | 6 | (6.5) | 2 | (20.0) | 0.176 ^b |
| มีสิทธิด้านการรักษา | 86 | (93.5) | 8 | (80.0) | |

b = Fisher `s exact

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 60.0 และ 40.0 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธมากกว่าศาสนาอื่นๆ คือ ร้อยละ 90.0 สถานะภาพส่วนใหญ่มีคู่(แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน) คือ ร้อยละ 60.0 เมื่อเทียบกับโสด (แยกกันอยู่/หย่า/

มาย) มีระดับการศึกษาเป็นสัดส่วนที่เท่ากันทั้งต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาและตั้งแต่อุดมศึกษาขึ้นไป และส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชและไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 90.0 มีประวัติการใช้สารเสพติด และ ประวัติการสูบบุหรี่ เป็นสัดส่วนเท่ากันทั้งเคยและไม่เคยใช้ สำหรับการใช้เครื่องดื่ม Alcohol นั้นส่วนใหญ่ไม่มีการใช้เครื่องดื่ม Alcohol คือร้อยละ 70.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ส่วนใหญ่มีสิทธิด้านการรักษา คือร้อยละ 80.0

แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยพื้นฐานบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test

| ปัจจัย | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ | | | | t | P-value |
|------------------------|--------------------------------------|------------|--------------|------------|--------|---------|
| | ไม่มี (n = 92) | | มี (n = 10) | | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | |
| อายุ | 45.03 ปี | 15.952 | 38.20ปี | 13.348 | -1.304 | 0.195 |
| รายได้ต่อเดือน | 10,798.91 บาท | 13,136.447 | 17,300.00บาท | 30,051.991 | 0.677 | 0.515 |
| รายได้ครอบครัวต่อเดือน | 27,641.30 บาท | 23,366.563 | 30,100.00บาท | 26,044.619 | 0.313 | 0.755 |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว | 4.08 คน | 1.855 | 3.30 คน | 1.636 | -1.287 | 0.201 |

จากตารางที่ 18 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยพื้นฐานบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-testพบว่าอายุ รายได้ต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับแพทย์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบุคคลกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มี
ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
(Pearson's product moment correlation coefficient)

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (γ) | P=value |
|----------------------------------|---|---------|
| อายุ | 0.012 | 0.903 |
| รายได้ต่อเดือน | 0.210* | 0.034 |
| รายได้รวมของครอบครัวต่อ เดือน | 0.118 | 0.236 |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว | -0.101 | 0.313 |

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 19 พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงปริมาณทางบวกกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ มีค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.210 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์สูง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำจะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ต่ำ

พบว่าอายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์เชิงปริมาณกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับ การรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้วิธี One- Way ANOVA

| โรคที่เป็นสาเหตุ (n=102) | จำนวน | Mean | S.D. | F | P-value |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| โรคติดเชื้อ | 25 | 23.76 | 4.205 | 1.304 | 0.251 |
| โรกระบบหลอดเลือด และหัวใจ | 15 | 22.26 | 4.382 | | |
| โรกระบบทางเดินอาหาร | 17 | 25.82 | 9.632 | | |
| โรคเลือด | 11 | 24.63 | 3.956 | | |
| โรกระบบต่อมไร้ท่อ | 7 | 23.71 | 4.347 | | |
| โรกระบบประสาท | 6 | 27.83 | 9.786 | | |
| โรกระบบขับปัสสาวะ และไต | 10 | 21.80 | 2.201 | | |
| โรกระบบทางเดินหายใจ | 7 | 20.85 | 2.734 | | |
| โรกระบบอื่นๆ | 4 | 21 | 3.162 | | |

จากตารางที่ 20 พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|--|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | | (n = 10) | | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| คุณภาพการนอนในโรงพยาบาล | | | | | |
| ไม่ดี | 22 | (23.9) | 6 | (60.0) | 0.024 ^b |
| ดี | 70 | (76.1) | 4 | (40.0) | |
| การใช้ยานอนหลับในโรงพยาบาล | | | | | |
| ไม่เคยใช้ | 74 | (80.4) | 6 | (60.0) | 0.216 ^b |
| เคยใช้ | 18 | (19.6) | 4 | (40.0) | |
| อาการปวดขณะอยู่ในโรงพยาบาล | | | | | |
| ไม่มี | 34 | (36.9) | 2 | (20.0) | 0.488 ^b |
| มี | 58 | (63.1) | 8 | (80.0) | |
| ปัญหาการรับประทานขณะอยู่ในโรงพยาบาล | | | | | |
| ไม่มี | 66 | (71.7) | 5 | (50.0) | 0.167 ^b |
| มี | 26 | (28.3) | 5 | (50.0) | |

ตารางที่ 21(ต่อ)แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับ
การรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square
และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|--|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | (n = 10) | (n = 10) | (n = 10) | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| ประวัติการใส่สายอาหารทางจมูก | | | | | |
| ไม่เคยใส่ | 88 | (95.6) | 9 | (90.0) | 0.410 ^b |
| เคยใส่/ใส่อยู่ | 4 | (4.4) | 1 | (10.0) | |
| ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ | | | | | |
| ไม่เคยใส่ | 91 | (98.9) | 9 | (90.0) | 0.187 ^b |
| เคยใส่/ใส่อยู่ | 1 | (1.1) | 1 | (10.0) | |
| ความสามารถในการดูแลตนเอง | | | | | |
| <u>การดูแลตนเองด้านการรับประทาน</u> | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 90 | (97.8) | 9 | (90.0) | 0.269 ^b |
| มีปัญหา | 2 | (2.2) | 1 | (10.0) | |
| <u>การดูแลตนเองด้านการลุกจากการนอน</u> | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 83 | (90.2) | 10 | (100.0) | 0.594 ^b |
| มีปัญหา | 9 | (9.8) | 0 | (0.0) | |

ตารางที่ 21(ต่อ)แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับ
การรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square
และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | | (n = 10) | | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| <u>การดูแลตนเองด้านการใช้สุรา</u> | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 87 | (94.5) | 10 | (100.0) | 1.000 ^b |
| มีปัญหา | 5 | (5.5) | 0 | (0.0) | |
| <u>การดูแลตนเองด้านการอาบน้ำ</u> | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 88 | (95.6) | 10 | (100.0) | 1.000 ^b |
| มีปัญหา | 4 | (4.4) | 0 | (0.0) | |
| <u>การดูแลตนเองด้านการกลืน</u> | | | | | |
| <u>อุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 90 | (97.8) | 9 | (90.0) | 0.269 ^b |
| มีปัญหา | 2 | (2.2) | 1 | (10.0) | |
| <u>การดูแลตนเองด้านการกลืน</u> | | | | | |
| <u>ปีสภาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> | | | | | |
| ไม่มีปัญหา | 90 | (97.8) | 10 | (100.0) | 1.000 ^b |
| มีปัญหา | 2 | (2.2) | 0 | (0.0) | |

b = Fisher's exact, * P < 0.05

จากตารางที่ 21 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มีคุณภาพการนอนใน
โรงพยาบาลไม่ดี คือร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 ไม่เคยใช้ยานอนหลับในโรงพยาบาล ส่วน
ใหญ่มีอาการปวดขณะอยู่ในโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 80.0 ปัญหาการรับประทานขณะอยู่ใน

โรงพยาบาลเป็นส่วนเท่ากันทั้งมีและไม่มี ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใส่สายอาหารทางจมูกและประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ คือร้อยละ 90.0 สำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง ในส่วนของการดูแลตนเองด้านการรับประทาน การดูแลตนเองด้านการกลืน อุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การดูแลตนเองด้านการลุกจากกรนอน การดูแลตนเองด้านการใช้สุขา การดูแลตนเองด้านการอาบน้ำ การดูแลตนเองด้านการกลืน ปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่มี

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 22 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดย ใช้สถิติ t-test

| ปัจจัย | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | t | P-value |
|--|-------------------------------------|--------|-------------|--------|--------|---------|
| | ไม่มี (n = 92) | | มี (n = 10) | | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | |
| ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล | 9.06 วัน | 7.008 | 8.10 วัน | 6.045 | -0.418 | 0.676 |
| จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน | 2.83 ครั้ง | 1.847 | 2.40 ครั้ง | 1.173 | -0.730 | 0.467 |
| ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย | 15.46 เดือน | 30.648 | 12.30 เดือน | 19.402 | -0.319 | 0.751 |

จากตารางที่ 22 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-testพบว่า ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (γ) | P=value |
|--|---|---------|
| ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล | 0.004 | 0.972 |
| จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน | -0.049 | 0.628 |
| ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย | -0.025 | 0.806 |

จากตารางที่ 23 พบว่าระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์เชิงปริมาณกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 24 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการปวด
กับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้
วิธี One- Way ANOVA

| คะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|---------|
| อาการปวด (n=102) | จำนวน | Mean | S.D. | F | P-value |
| ไม่มีอาการปวด | 36 | 21.41 | 35.16 | 3.861 | 0.012* |
| มีอาการปวดน้อย | 36 | 24.38 | 7.064 | | |
| มีอาการปวดปานกลาง | 28 | 25.96 | 5.473 | | |
| มีอาการปวดมาก | 2 | 21.50 | 6.363 | | |

* P< 0.05

ตารางที่ 25 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของความแตกต่างของอาการปวดกับ
คะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย วิเคราะห์โดย
Post Hoc Analysis ใช้วิธีของ Bonferroni

| อาการปวด (n=102) | ไม่มีอาการ ปวด | มีอาการปวด น้อย | มีอาการปวด ปานกลาง | มีอาการปวด มาก |
|-------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|
| ไม่มีอาการปวด | - | | | |
| มีอาการปวดน้อย | -2.972 | - | | |
| มีอาการปวดปานกลาง | -4.547* | -2.972 | - | |
| มีอาการปวดมาก | -0.833 | 1.778 | -4.463 | - |

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 24 และ 25 พบว่าผู้ที่มีระดับอาการปวดที่แตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มผู้ที่มีอาการปวดจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการปวด

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าผู้ที่มีอาการปวดปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|---|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | (n = 10) | (n = 92) | (n = 10) | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| สถานะห้องผู้ป่วย | | | | | |
| <u>สภาพอากาศ</u> | | | | | |
| ห้องปรับอากาศ | 39 | (42.3) | 3 | (30.0) | 0.519 ^b |
| ห้องธรรมดา | 53 | (57.7) | 7 | (70.0) | |
| <u>สภาพห้อง</u> | | | | | |
| ห้องเดี่ยว | 12 | (13.0) | 1 | (10.0) | 1.000 ^b |
| ห้องรวม | 80 | (87.0) | 9 | (90.0) | |
| ประวัติการถูกผูกมัดในโรงพยาบาล | | | | | |
| ไม่เคย | 91 | (98.9) | 9 | (90.0) | 0.187 ^b |
| เคย | 1 | (1.1) | 1 | (10.0) | |
| ประวัติการถูกผูกมัดในโรงพยาบาล ก่อนหน้าเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ | | | | | |
| ไม่เคย | 91 | (98.9) | 10 | (100.0) | 1.000 ^b |
| เคย | 1 | (1.1) | 0 | (0.0) | |

ตารางที่ 26(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มี
ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|--------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | | (n = 10) | | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์ | | | | | |
| ไม่มี/หรือไม่เกิน1-2ครั้ง | 33 | (35.8) | 5 | (50.0) | 0.494 ^b |
| ตั้งแต่3-4ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป | 59 | (64.2) | 5 | (50.0) | |
| สถานภาพทางการเงิน | | | | | |
| พอใช้ | 68 | (73.9) | 8 | (80.0) | 1.000 ^b |
| ไม่พอใช้ | 24 | (26.1) | 2 | (20.0) | |

b = Fisher `s exact

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ส่วนใหญ่สภาพห้องที่อยู่เป็นห้องธรรมดาและห้องรวม ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการถูกผูกมัดในโรงพยาบาลทั้งในครั้งนี้อยู่และครั้งก่อน จำนวนครั้งที่ญาติมาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์เป็นสัดส่วนไม่แตกต่างกันระหว่าง ไม่มี/หรือไม่เกิน1-2ครั้ง กับตั้งแต่3-4ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพทางการเงินพอใช้

แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 27 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสถานะภาพทางการเงินกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้วิธี One- Way ANOVA

| สถานะภาพทางการเงิน (n=102) | จำนวน | Mean | S.D. | F | P-value |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| พอใช้มีเงินเก็บ | 43 | 2.497 | 7.645 | 1.626 | 0.202 |
| พอใช้และไม่มีหนี้สิน | 33 | 227.5 | .3699 | | |
| ไม่พอใช้ | 26 | 23.04 | 3.972 | | |

จากตารางที่ 27 พบว่าสถานะภาพทางการเงินมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่มี ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับผู้ป่วย
ที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test

| ข้อมูล (n = 102) | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | P-value |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------|-----------------|----------|---------------------|
| | ไม่มี | | มี | | |
| | ปัญหาสัมพันธภาพ | | ปัญหาสัมพันธภาพ | | |
| | (n = 92) | | (n = 10) | | |
| | จำนวน | (ร้อยละ) | จำนวน | (ร้อยละ) | |
| ภาวะวิตกกังวล | | | | | |
| ไม่มีภาวะวิตกกังวล | 60 | (65.2) | 3 | (30.0) | 0.041 ^{b*} |
| doubtful case/ มีภาวะวิตกกังวล | 32 | (34.8) | 7 | (70.0) | |
| ภาวะซึมเศร้า | | | | | |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า | 74 | (80.4) | 5 | (50.0) | 0.044 ^b |
| doubtful case/ มีภาวะซึมเศร้า | 18 | (19.6) | 5 | (50.0) | |

b = Fisher's exact, * P < 0.05

สำหรับภาวะวิตกกังวลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ส่วนใหญ่จะ
จัดว่าเป็น doubtful case หรือ มีภาวะวิตกกังวล สำหรับภาวะซึมเศร้านั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธ
ภาพกับแพทย์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า กับเป็น doubtful case หรือ มีภาวะซึมเศร้า มีสัดส่วนที่เท่ากัน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์
โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัม
พันธภาพกับแพทย์ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ P < 0.05 ดังที่แสดงใน
ตาราง

ตารางที่ 29 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test

| ปัจจัย | ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ | | | | t | P-value |
|---|-------------------------------------|-------|-------------|-------|-------|---------|
| | ไม่มี (n = 92) | | มี (n = 10) | | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | |
| คะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) | 6.70 คะแนน | 4.259 | 11.60 คะแนน | 5.758 | 3.329 | 0.001** |
| คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) | 5.45 คะแนน | 3.583 | 9.80 คะแนน | 7.208 | 1.880 | 0.02* |

* P < 0.05, **P < 0.01

จากตารางที่ 29 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test พบว่าคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มีความแตกต่างกันกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) ของกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (11.60 เทียบกับ 6.70) และคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) ของกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (9.80 เทียบกับ 5.45)

ตารางที่ 30 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะวิตกกังวลกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้วิธี One- Way ANOVA

| คะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|---------|
| ภาวะวิตกกังวล (n=102) | จำนวน | Mean | S.D. | F | P-value |
| ไม่มีภาวะวิตกกังวล | 63 | 22.50 | 35.00 | 4.308 | 0.016* |
| doubtful case | 20 | 24.80 | 8.953 | | |
| มีภาวะวิตกกังวล | 19 | 26.57 | 6.801 | | |

* P < 0.05

ตารางที่ 31 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของความแตกต่างของภาวะวิตกกังวลกับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย วิเคราะห์โดย Post Hoc Analysis ใช้วิธีของ Bonferroni

| ภาวะวิตกกังวล | ไม่มีภาวะวิตกกังวล | doubtful case | มีภาวะวิตกกังวล |
|--------------------|--------------------|---------------|-----------------|
| ไม่มีภาวะวิตกกังวล | - | | |
| doubtful case | 2.292 | - | |
| มีภาวะวิตกกังวล | 4.071* | 1.778 | - |

* p < 0.05

จากตารางที่ 30 และ 31 พบว่าผู้ที่มีระดับภาวะวิตกกังวลแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่า กลุ่มที่เป็น doubtful case และผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลตามลำดับ

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 32 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยใช้วิธี One- Way ANOVA

| คะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|---------|
| ภาวะซึมเศร้า (n=102) | จำนวน | Mean | S.D. | F | P-value |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า | 79 | 23.03 | 55.15 | 3.944 | 0.022* |
| doubtful case | 10 | 23.80 | 3.705 | | |
| มีภาวะซึมเศร้า | 13 | 27.76 | 7.304 | | |

* $P < 0.05$

ตารางที่ 33 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ของความแตกต่างของภาวะซึมเศร้ากับคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย วิเคราะห์โดย Post Hoc Analysis ใช้วิธีของ Bonferroni

| เหตุการณ์ความเครียด ในชีวิต | ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า | doubtful case | มีภาวะซึมเศร้า |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า | - | | |
| doubtful case | 0.762 | - | |
| มีภาวะซึมเศร้า | 4.731* | 3.969 | - |

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 32 และ 33 พบว่าผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่า กลุ่มที่เป็น doubtful case และผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า ตามลำดับ

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (γ) | P=value |
|--|---|---------|
| คะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) | 0.344* | 0.000** |
| คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) | 0.272* | 0.006** |

** P< 0.01

จากตารางที่ 34 ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ คะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\gamma=0.344 : P<0.01$ และ $\gamma=0.272 : P<0.01$ ตามลำดับ) คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) สูงจะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์สูง และ ผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) สูง จะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์สูง ในทางกลับกันคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) และ คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) ต่ำ จะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ต่ำ

3.6 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 35 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

| Step1(a) | B | S.E. | Sig. | Exp(B) | 95.0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|--------|-----------|-------|----------|-----------------------|-------|
| | | | | | lower | upper |
| คุณภาพการนอน(1) | -1.662 | 0.761 | .029* | 0.190 | .043 | 0.844 |
| อาการปวด(1) | 19.457 | 25992.922 | .999 | 2.82E+08 | .000 | . |
| อาการปวด(2) | -0.463 | 0.985 | .638 | 0.630 | .091 | 4.336 |
| อาการปวด(3) | 0.294 | 1.025 | .774 | 1.342 | .180 | 9.997 |
| ภาวะวิตกกังวล(1) | -1.228 | 0.852 | .149 | 0.293 | .055 | 1.555 |
| ภาวะซึมเศร้า(1) | -0.750 | 0.883 | .363 | 0.472 | .094 | 2.381 |
| ค่าคงที่ (constant) | 3.818 | 0.883 | .000 | 45.525 | | |

*p<0.05

จากสมการ
$$\ln \left[\frac{P}{1-P} \right] = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

แทนค่าในสมการ
$$\ln \left[\frac{P}{1-P} \right] = 3.818 - 1.662 (\text{คุณภาพการนอน})$$

โอกาสที่จะพบภาวะซึมเศร้า
$$P = \frac{e^{3.818-1.662(1)}}{1+e^{3.818-1.662(1)}}$$

จากสมการอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนดีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เป็น 0.190 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนไม่ดี เมื่อตัวแปรอื่นคงที่ ซึ่งหมายถึงว่าความเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์จะลดลง

3.7 ปัจจัยที่ทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ตารางที่ 36 แสดงปัจจัยทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยต่างๆ และคะแนนคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression Analysis)

| ลำดับตัวแปร | R | R ² | B | T | P-value |
|--------------------|-------|----------------|--------|--------|---------|
| คะแนนภาวะวิตกกังวล | 0.344 | 0.118 | 0.430 | 3.663 | 0.000** |
| ค่าคงที่ | | | 20.625 | 20.574 | 0.000 |

** P< 0.01

จากตารางที่ 36 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ตัวแปรคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน คุณภาพการนอนหลับในโรงพยาบาล อาการปวด คะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล(Thai - HADS) คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) มาเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีเพียง 1 ตัวแปรที่มีผลต่อคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ P<0.01 คือคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล(Thai - HADS) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ร้อยละ 11.8 เมื่อนำตัวแปรนี้มาเข้าสมการ

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

จะได้ว่า

$$\text{ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์} = 20.625 + 0.430(\text{คะแนนภาวะวิตกกังวล})$$

แสดงว่าถ้าคะแนนภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีผลให้ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เพิ่มขึ้น 0.430 หรืออาจกล่าวได้ว่าภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.8

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์

1.1 ข้อมูลพื้นฐานบุคคล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่(ร้อยละ43.1) มีอายุอยู่ในช่วง40- 60 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย คือ 44.36 ปี ส่วนใหญ่แต่งงานหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน(ร้อยละ 66.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ95.1) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า(ร้อยละ29.4)อาชีพใช้แรงงาน หรือรับจ้าง(ร้อยละ 18.6) ร้อยละ 57.8 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 114,36.27 บาท โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1,5483.25 รายได้รวมครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15 000,- 35,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51) รายได้เฉลี่ยรวมครอบครัวต่อเดือน 27,882.35 บาท โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23,5.1428 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 3 คน โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกับในช่วง 3-6 คน (ร้อยละ 44.1 และ ร้อยละ 43.1 ตามลำดับ)

ส่วนใหญ่(ร้อยละ 96.1) ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชเดิม มีเพียงร้อยละ3.9 เท่านั้นที่มีประวัติโรคทางจิตเวช โดยในกลุ่มนี้มี โรคเครียดวิตกกังวล(ร้อยละ 75.0) , โรคซึมเศร้า(ร้อยละ25.0) ระยะเวลาที่ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุข้อมูลไว้(ร้อยละ75) รวมถึงส่วนใหญ่(ร้อยละ 90.2) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช มีเพียงร้อยละ 9.8 ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ซึ่งในกลุ่มนี้ พบว่ามีประวัติครอบครัว เป็น โรคเครียดวิตกกังวล(ร้อยละ 40.0) โรคซึมเศร้า(ร้อยละ 30.0) โรคอารมณ์แปรปรวน(ร้อยละ 20.0) และไม่แน่ใจ(ร้อยละ 10.0)

กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 52.0) ไม่มีโรคประจำตัวทางกายอื่นนอกเหนือจากโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สัดส่วนของกลุ่มที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ48.0 โดยพบสัดส่วนของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด(ร้อยละ17.1) รองลงมาได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง(ร้อยละ 11.7) โรคเบาหวาน(ร้อยละ 5.4) โรคหัวใจขาดเลือด(ร้อยละ 2.7)

ประวัติการใช้สารเสพติดพบว่า กลุ่มประชากรที่มีการใช้สารเสพติด(ร้อยละ 52.9) ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด(ร้อยละ 46.1) โดยพบว่าพบว่า มีผู้ที่มีประวัติการดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ45.5) รองลงมาคือการใช้ยาสูบหรือ (ร้อยละ33.6) และมีประวัติการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ได้แก่ ยาบ้าเท่ากับร้อยละ 1.9

กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 40.2) มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) มากที่สุด รองลงมาคือใช้ประกันสังคม (ร้อยละ 29.4) และมีจำนวนร้อยละ 7.8 ที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 24.5) ได้แก่ โรคติดเชื้อ รองลงมาได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และโรคเลือด (ร้อยละ 16.7 , 14.7 , 10.8 ตามลำดับ) โดยมีระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง < 10 วัน (ร้อยละ 68.6) จำนวนวันเฉลี่ย 8.97 วัน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.89 สำหรับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในน้อยกว่า 3 ครั้ง และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.2) อยู่ในช่วง 0-1 เดือน มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 15.15 เดือน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29.67

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนที่ดีมาก(ร้อยละ 50.0) รองลงมาได้แก่ คุณภาพการนอนดีและไม่ค่อยดี(ร้อยละ 22.5 และ ร้อยละ 25.5 ตามลำดับ) สำหรับการใช้นอนหลับในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ (ร้อยละ 78.4) และไม่พบว่าในกลุ่มประชากรมีการใช้นอนหลับเกินกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับอาการปวดพบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดคือมีอาการปวดน้อย ปวดปานกลางและปวดมากรวมกันคิดเป็น ร้อยละ 64.7 โดยมีอาการปวดน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 35.3)

สำหรับปัญหาการรับประทานอาหารในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นพบว่าส่วนใหญ่(ร้อยละ 69.6) ไม่มีปัญหาการรับประทานอาหาร สามารถทานได้ปกติ รองลงมา คือทานได้ลดลง(ร้อยละ 17.6) และมีร้อยละ 6.9 ที่แพทย์สั่งห้ามรับประทานอาหาร (NPO) การใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 92.2) ไม่มีประวัติการใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) มีเพียงร้อยละ 7.9 ที่มีประวัติการใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG) โดยมีร้อยละ1 ที่ยังใส่อยู่ ในส่วนของการใส่สายท่อช่วยหายใจ(ET)กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 98.0) ไม่มีประวัติการใส่สายท่อช่วยหายใจ(ET) มีเพียงร้อยละ 2 ที่เคยมีประวัติการใส่ ใส่อยู่หรือได้รับการเจาะคอแทน

ในส่วนที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลใน 6 หัวข้อพบว่า

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้วก่อนหน้า กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 97.1) สามารถดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่ต้องมีคนช่วย

2. การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 91.2) สามารถทำได้เองตามปกติ มีเพียงร้อยละ 8.8 ที่ต้องบอกให้ทำตามหรือพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. การใช้ห้องสุขา กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 95.1) สามารถช่วยตัวเองได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 4.9 ทำได้เองบ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

4. การอาบน้ำ กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 96.1) อาบน้ำได้เอง มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่ต้องมีคนช่วย

5. การกลืนอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 97.1) สามารถกลืนได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่กลืนไม่ได้บางครั้ง

6. การกลืนยีสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 98.0) สามารถกลืนได้ตามปกติ มีเพียงร้อยละ 2.0 ที่กลืนไม่ได้บางครั้ง

1.3 ข้อมูลทางจิตสังคมและสภาพแวดล้อม

พบว่าสถานะของห้องในกลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นห้องธรรมดา(ร้อยละ 58.8) นอกจากนั้นเป็นห้องปรับอากาศ(ร้อยละ 41.2) โดยสภาพห้องส่วนใหญ่เป็นห้องรวม(ร้อยละ 88.2) ที่เหลือเป็นห้องเดี่ยว(ร้อยละ 11.8) ส่วนใหญ่ทั้งในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้และในครั้งก่อนหน้าผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการถูกผูกมัดในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 98.0 และร้อยละ 99 ตามลำดับ)

สำหรับประวัติการถูกผูกมัดให้หลับ(sedate)ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้และในครั้งก่อนหน้าไม่เคยมีประวัติการถูกผูกมัดให้หลับ(sedate)ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่(ร้อยละ 42.2) มีญาติมาเยี่ยม 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ รองลงมามีญาติมาเยี่ยม 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 42.2) มีเงินพอใช้และมีเงินเก็บ รองลงมาไม่มีเงินพอใช้และไม่มีหนี้สิน

1.4 ข้อมูลด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวล(ร้อยละ 61.8) โดยความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 38.2 โดยแบ่งเป็น doubtful cases (ร้อยละ 19.6) และ ผู้ที่ถือว่าเป็นโรคเครียดวิตกกังวล(ร้อยละ 18.6) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 7.18 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 4.20 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและ doubtful cases เท่ากับ 12.00 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.56

สำหรับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า(ร้อยละ 77.5) โดยความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 22.5 โดยแบ่งเป็น doubtful cases (ร้อยละ 9.8) และ ผู้ที่ถือว่าเป็น

เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 12.7) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 5.88 ส่วนคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 4.11 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.26 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและ doubtful cases เท่ากับ 1 1.95 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.75

ส่วนที่ 2 ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

2.1 ความซุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และค่าคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (ร้อยละ 90.2) โดยความซุกของกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 9.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยรวมของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 23.71 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.79 ส่วนคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเท่ากับ 35.80 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.65 และคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเท่ากับ 22.40 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.19

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

สำหรับปัจจัยด้านพื้นฐานบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยพื้นฐานบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ และไม่มีโดยใช้สถิติ t-test พบว่าอายุ รายได้ต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

สำหรับการทดสอบโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่ารายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงปริมาณทางบวกกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ มีค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.210 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนสูงจะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์สูง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำ

จะมีภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ต่ำ ส่วนอายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์เชิงปริมาณกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

จากการศึกษาพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มีคุณภาพการนอนในโรงพยาบาลไม่ดี สำหรับปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-testพบว่าระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์เชิงปริมาณกับคะแนนแบบทดสอบผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทดสอบโดยใช้วิธี One- Way ANOVA พบว่าผู้ที่มีอาการปวดปานกลางมีค่าคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมและสภาพแวดล้อมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้วิธี One- Way ANOVA Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่มี

ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า กับภาวะผู้ป่วยที่มี ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact Test พบว่า มีความสัมพันธ์กับ ภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่มี ปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์และไม่มีโดยใช้สถิติ t-testพบว่าคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS)ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสัม พันธภาพกับแพทย์มีความแตกต่างกันกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยคะแนนเฉลี่ย แบบสอบถามภาวะวิตกกังวล(Thai - HADS) ของกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ (11.60 เทียบกับ 6.70) และคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามภาวะวิต กังวลซึมเศร้า (Thai - HADS) ของกลุ่มที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาสัม พันธภาพกับแพทย์ (9.80 เทียบกับ 5.45)

เมื่อทดสอบโดยใช้วิธี One- Way ANOVAพบว่าผู้ที่มีระดับภาวะวิตกกังวลแตกต่างกัน มีค่า คะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แตกต่างกัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม วัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่า กลุ่มที่เป็น doubtful case และผู้ที่ไม่มีความ วิตกกังวล ตามลำดับ

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สำหรับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ $p < 0.05$ โดยกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพ ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงกว่า กลุ่มที่เป็น doubtful case และผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า ตามลำดับ

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยสูงผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

3.6 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยร่วมที่เป็นตัวทำนายผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ ได้แก่ คุณภาพการนอน โดยผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนดีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เป็น 0.190 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนไม่ดี เมื่อตัวแปรอื่นคงที่ ซึ่งหมายความว่าความเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์จะลดลง

3.7 ปัจจัยที่ทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ปัจจัยทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ พบว่าเมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ตัวแปรคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน คุณภาพการนอนหลับในโรงพยาบาล อาการปวด คะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) คะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Thai - HADS) มาเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีเพียง 1 ตัวแปรที่มีผลต่อคะแนนแบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.01$ คือคะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ร้อยละ 11.8

อภิปรายผล

1. ความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากกลุ่มตัวอย่าง 102 คนพบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (ร้อยละ 90.2) โดยความชุกของกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 9.8 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยรวมของประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 23.71 ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยนี้มีค่าความชุกของผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์น้อยกว่าการวิจัยอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของ David G. Didden ในปี 2001⁽¹⁾ พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา 129 คนมีผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์พบจำนวน 30 คน หรือคิดเป็น 23 % และในการศึกษาของ Hahn SR ในปี 1996⁽²⁾ พบว่าความชุกของผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อยู่ที่ 15% เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Jackson JL⁽⁸⁾ ในปี 1999 พบความชุกของผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อยู่ที่ 15% ผลการศึกษาความชุกของกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่มีความชุกเท่ากับร้อยละ 9.8 นี้ อาจเกิดจากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เช่น ความแตกต่างของเชื้อชาติ วัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน รวมถึงกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและสามารถตอบแบบสอบถามได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

งานวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square, T-test, สถิติ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ One-way ANOVA โดยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์มีดังนี้

ปัจจัยด้านพื้นฐานบุคคล

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยด้านพื้นฐานบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญคือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยจากการทบทวนการศึกษาก่อนหน้านี้ ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ โดยปัจจัยนี้อาจเกี่ยวข้องกับความคาดหวังจากการได้รับการบริการที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้มีรายได้แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลถึงทำให้การแสดงออกและความสัมพันธ์กับแพทย์ทำให้ส่งผลถึงภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญคือ คุณภาพการนอนหลับในโรงพยาบาล และอาการปวด โดยคุณภาพการนอนหลับในโรงพยาบาลนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Steven R. Hahn ในปี 2001⁽⁵⁾ ที่พบว่าปัญหาด้านการนอนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ สำหรับอาการปวดนั้นจากการศึกษาของ Steven R. Hahn ในปี 2001⁽⁵⁾ พบว่าอาการปวดต้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เช่นกัน นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Ajay D.⁽³²⁾ และคณะพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะมีความเกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า วิตกกังวล ความโกรธ การอกเถียง ความไม่ไว้วางใจ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ได้

ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกันกับผลการศึกษาของ David G. Didden ในปี 2001⁽¹⁾ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 135 คนในผู้ป่วยที่มารับการตรวจในคลินิกผู้ป่วยนอกของแพทย์ประจำบ้านแผนกอายุรกรรมซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ รวมถึงในการศึกษาของ Hahn.⁽²⁾ ในปี 1996 โดยพบว่าผู้ป่วยที่ถูกจัดว่ามีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์จะพบมีความสัมพันธ์กับภาวะปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงภาวะทางจิตเวชอื่นๆ

3. ปัจจัย เสี่ยงและการทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนดีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เป็น 0.190 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนไม่ดี เมื่อตัวแปรอื่นคงที่ ซึ่งหมายถึงว่าความเสี่ยงต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์จะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

สำหรับปัจจัยทำนายภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์พบว่าภาวะวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์เชิงบวก โดยคะแนนภาวะวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1 หน่วยภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์เพิ่มขึ้น 0.430 หรือสามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ร้อยละ 11.8 ซึ่งการศึกษาได้ใช้คะแนนแบบสอบถามภาวะวิตกกังวล (Thai - HADS) มาเข้าสมการเพื่อทดสอบปัจจัยทำนาย ซึ่งผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากองค์ความรู้ที่กล่าวว่าในภาวะวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธ ตื่นเต้นตกใจง่าย รู้สึกว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้ การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจ สิ่งแวดล้อมลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเมื่อมีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง พูดจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม บ่นจู้จี้ ไม่อดทน กลอกตาไปมา หลบตา หรือพยายามหนี และไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ⁽³²⁾ ซึ่งอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมเหล่านี้ก็อาจส่งผลกับสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

1. ความซุกที่ได้้น้อยกว่าการศึกษาอื่น ส่งผลให้ปัจจัยร่วมบางอย่างที่อาจมีผลต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ อาทิเช่น ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง การถูกผูกมัด หรือการถูกฉีดยาให้หลับ เป็นต้นนั้นมีจำนวนน้อย ทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ไม่ได้มีการติดตามในระยะยาว จึงอาจยังไม่เห็นผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ได้ชัดเจน รวมถึงการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม อาจมีผลกับลักษณะและปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยที่แตกต่างกับช่วงอื่นๆของปี

3. การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นกลุ่มชาวเอเชีย ดังนั้นผลที่ได้อาจนำไปใช้อ้างอิงได้แต่ในกลุ่มที่มีเชื้อชาติและวัฒนธรรมแบบเดียวกันเท่านั้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยใน ผลที่ได้จึงอาจนำไปใช้อ้างอิงกับผู้ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้

4. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ เช่น ลักษณะบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย ความเครียดในชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการเก็บข้อมูลหรือไม่สามารถสอบถามข้อมูลได้ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีภาวะผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพกับแพทย์

5. การศึกษาครั้งนี้ในส่วนของภาวะปัญหาทางจิตเวชอื่นๆที่นอกจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลนั้น เช่น Somatization Disorder ที่อาจมีผลต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์นั้นยังไม่ได้นำมาทำการศึกษา

6. แบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ไม่ได้ทำการทดสอบประเมินความสอดคล้อง (measure of inter-rater agreement) ของแพทย์ผู้ประเมินผู้ป่วย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกประเมินโดยแพทย์ผู้ดูแลเพียง 1 คน แต่ได้พยายามแก้ไขโดยการชี้แจงและให้มีคำถามเกี่ยวกับแบบสอบถามให้กับแพทย์ทุกคนที่เข้าร่วมในการประเมินนี้

7. ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้การประเมินจากแพทย์เป็นหลักเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งความสัมพันธ์นี้อาจมีผลมาจากปัจจัยต่างๆของแพทย์ด้วย ดังนั้นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอาจไม่ได้มาจากปัจจัยของผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว จึงควรที่จะต้องมีการประเมินในส่วนของแพทย์ด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยด้วยว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ เนื่องจากลักษณะบุคลิกภาพแต่ละด้านของบุคคลอาจมีแนวโน้มที่ทำให้มีการสื่อสารและแสดงออกกับแพทย์ไม่เหมือนกัน

2. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ เช่น ความเครียดในชีวิต รวมถึงภาวะปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ ในด้านต่างๆ เช่น ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบ การรักษา และอื่นๆ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มเติมต่อไป

4. ควรทำการศึกษาในเรื่องผลของ psychological treatment ต่อผู้ป่วย เพื่อประเมินความสำคัญของการรักษาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์

5. ควรทำการศึกษาในส่วนของแพทย์ถึงความรู้สึกและมุมมองที่มีต่อผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยต่างๆของแพทย์ที่อาจมีผลต่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มความเข้าใจ และทราบผลของปัจจัยต่างๆที่อาจนำไปสู่การพัฒนาความสัมพันธ์กับแพทย์และผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

6. ควรทำการศึกษาในเรื่องผลของภาวะผู้ป่วยที่มีปัญหาสัมพันธภาพกับแพทย์ กับการดำเนินโรค เพื่อช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง (Reference)

- (1) Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, et al. The difficult doctor-patient relationship : somatization, personality and psychopathology. **Journal of clinical epidemiology** 1994;47:647-657
- (2) Groves JE. Taking care of the hateful patient. **N Engl J med** 1978;298:883-887
- (3) Platt FW, Gordon GH. **Field Guide to the Difficult Patient Interview**. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1999
- (4) Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Franel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH. "Let me see if I have this right": Words that help build empathy. **Ann Intern Med** 2001;135:221-227
- (5) Gillette RD. Problem patients: A fresh look at an old vexation. **Fam Pract Manag** 2000;7:57-62.
- (6) Lipkin jr M et al.: Three function of the medical interview: An integrative conceptual framework. **The medical Interview**. New York: Spring;1989:103
- (7) Kaplan HI, Sadock BJ. **Comprehensive text book of psychiatry**. 8 edition. Vol. 1. Baltimore: William & Wilkins, 2005.
- (8) มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิษฐ์. การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวิตกกังวล. **คลินิก**. Vol. 14. 2541: 17-23.
- (9) รวิวรรณ นีวาดพันธุ์. Anxiety Disorder. บุรณี กาญจนถวัลย์, นันทิกา ทิวาชาติ. **พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545: 84-7.
- (10) ทิภาพร อังคกุล. การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อพร้อมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. **วิทยานิพนธ์ปริญญาโท**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- (11) ภัคจิรา รัชตะสังข์. **ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- (12) ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์. **ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535

- (13) สุกัญญา เลิศสกุลชวล. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยตอนพิษยาแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
- (14) อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน: วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538: 225-32.
- (15) อุมาพร ตรังคสมบัติ, คุณิตา ลิขนะพิชิตกุล. การหย่าร้างของบิดามารดาและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** 2535; 31:112-21
- (16) ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน: เกษม ตันติผลลาชีวะ บรรณาธิการ. **ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร ; 2536 : 348-51**
- (17) David G.Didden, John T. Philbrick, John B. Schoring ; **anxiety and depression in an internal medicine resident continuity clinic: difficult diagnoses** 2001
- (18) Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient: Prevalence, Psychopathology, and Functional impairment. **Journal of General Internal Medicine** 1996;11:1-8
- (19) Jeffery L. Jackson, Kurt Kroenke. Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic Clinical Predictors and Outcomes. **Annal Internal Medicine** 1999;159:1069-1075
- (20) Steven R. Hahn . Physical Symptoms and Physician-Experienced Difficulty in the Physician-Patient Relationship. **Annal Internal Medicine** ,2001:897-904
- (21) Jeffery L. Jackson, Judith Chamberlin, Kurt Kroenke. Gender and Symptoms in Primary care Practices. **Psychosomatics**. September-October ,2003
- (22) Rollin W. Nagel, Angele McGrady, Denis J. Lynch, Elmer F. Wahl. Patient-Physician Relationship and Service Utilization: Preliminary Findings. Primary Care Companion **Journal Clinical Psychiatry** 2003;5(1)
- (23) Jeffery L. Jackson, Judith Chamberlin, Kurt Kroenke. Effects of Physician Awareness of Symptom-Related expectations and Mental Disorders. **Arch Fam Med**. Vol 8. Mar/Apr 1999:135-142.
- (24) Maunder Robert G., Panzer Annie, Viljoen Margarethe, Owen Johanna, Human Schalk, Hunter Jonathan J.. Physician's Difficulty with Emergency Department Patients is Related to Patient's Attachment Style. **Social Science & Medicine**, 2006
- (25) Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscom P, Russo J, et al. Frustrating Patients: Physician and Patient Perspectives among Distressed High Users of Medical

Services. **Journal General Internal Medicine**, 1991

- (26) Sandra Dunkelberg, Almut Schmidt, Hendrik van den Bussche. Difficult, making you uncomfortable or fear – a special group of patients in general practice. **Z Allg Med**, 2003:14-18
- (27) Karin Wiefferink, Dirk Wijkel. Difficult patients:Somatizing patients compared with non-somatizing patients.**The European General Practice Research Network**. Bergen meeting presentation.
- (28) Jeffery L. Jackson. A psychometric comparison of military and civilian medical practices. **Military Medicine**, 1999
- (29) Edward A. walker, Wayne J. Katon, David Keegan, Gregory Gardner, Maek Sullivan. Predictors of Physician Frustration in the Care of patient With Rheumatological Complaints. **General Hospital Psychiatry** 19,1997
- (30) Christiane Bieber, Knut Georg Muller, Klaus Blumenstiel, Antonius Schneider, Angelika Richter, Stefanie Wilke, Mechthild Hartmann, Wolfgang Eich. Long-term effects of share decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial.**Patient Education and Counseling** 63, 2006: 357-366
- (31) Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. **J Psychiatr Assoc Thai**, 1996: 18-30



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี วัน/เดือน/ปี เกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ
4. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. สมรส 3. แยกกันอยู่ 4. ม่าย 5. หย่า
 6. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษา
 1. ไม่เคยศึกษา 2. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 5. อาชีวศึกษาตอนต้น 6. อาชีวศึกษาตอนปลาย
 7. อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า 8. อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพที่ทำเป็นประจำ
 1. ว่างาน 2. แม่บ้าน/พ่อบ้าน 3. ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้าง
 4. นักเรียน/นักศึกษา 5. ข้าราชการ 6. ตำรวจ/ทหาร
 7. พนักงานรัฐวิสาหกิจ 8. พนักงานบริษัท 9. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 10. อื่นๆ ระบุ).....
7. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
8. รายได้รวมของครอบครัวท่านเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่านขณะนี้..... คน
10. ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม
 1. ไม่มี
 2. มี
โรคที่เป็น
 1. โรคจิต 2. โรคซึมเศร้า 3. โรคอารมณ์แปรปรวน
 4. โรคเครียดวิตกกังวล 5. อื่นๆ 6. ไม่แน่ใจ
- ระบุระยะเวลาที่เป็น ปี ระบุยาที่ใช้รักษา
11. ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ
 1. ไม่มี
 2. มี

1. โรคที่เป็น
- ระยะเวลาที่เป็น ปี ระยะเวลาที่ใช้รักษา
2. โรคที่เป็น
- ระยะเวลาที่เป็น ปี ระยะเวลาที่ใช้รักษา
3. โรคที่เป็น
- ระยะเวลาที่เป็น ปี ระยะเวลาที่ใช้รักษา

12. ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

1. ไม่มี
2. มี
 1. โรคจิต 2. โรคซึมเศร้า 3. โรคอารมณ์แปรปรวน
 4. โรคเครียดวิตกกังวล 5. อื่นๆ

13. สารเสพติดที่ใช้

1. ไม่มี
2. มี
 1. แอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ใช้ ปี ระบุจำนวนที่ใช้ต่อวัน
 2. บุหรี่ ระยะเวลาที่ใช้ ปี ระบุจำนวนที่ใช้ต่อวัน
 3. อื่นๆ
 - ระยะเวลาที่ใช้ ปี ระบุจำนวนที่ใช้ต่อวัน

14. สิทธิการรักษา

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

1. โรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้

.....

2. ระยะเวลาตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน

.....

3. ระยะเวลาตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจนถึงปัจจุบัน

.....

4. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

.....

5. ปัญหาการนอน

5.1 ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้คุณคิดว่าคุณภาพการนอนของคุณเป็นอย่างไร

1. ดีมาก
2. ดี
3. ไม่ค่อยดี
4. ไม่ดีเลย

5.2 ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลคุณได้มีการใช้ยานอนหลับอย่างไร (ไม่ว่าโดยแพทย์สั่งหรือนำมาใช้เอง)

1. ไม่เคยใช้
2. ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
3. ใช้ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
4. ใช้ มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์

6. ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้คุณมีปัญหาจากอาการปวดอย่างไร

1. ไม่มี
2. ปวดมาก
3. ปวดปานกลาง
4. ปวดน้อย

7. ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้คุณมีปัญหาการรับประทานอาหารอย่างไร

1. ไม่มี สามารถทานได้ตามปกติ
2. ทานได้ลดลง

3. ทานได้น้อยมาก
4. ทานไม่ได้เลย
5. แพทย์สั่งห้ามรับประทานอาหารในช่วงนี้ (NPO)

8. ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้คุณเคยมีประวัติการใส่สายนำอาหารทางจมูก (NG Feed) อย่างไร

1. ไม่มี
2. เคยใส่ แต่ถอดออกแล้ว
3. ยังใส่อยู่

9. ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้คุณเคยมีประวัติการใส่สายท่อช่วยหายใจ (ET-Tube)

1. ไม่มี
2. เคยใส่ แต่ถอดออกแล้ว
3. ยังใส่อยู่ หรือ ได้รับการเจาะคอแทน

10. ความสามารถในการดูแลตนเอง

10.1 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว

1. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้
2. ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ใช้ช้อนตักเตรียมให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ถ่วงหน้า
3. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ตามปกติ

10.2 การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้

1. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือต้องใช้ 2 คนช่วยยกขึ้น
2. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือคนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงนั่งได้
3. บอกให้ทำตาม หรือพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
4. ทำได้เอง

10.3 การใช้ห้องสุขา

1. ช่วยตัวเองไม่ได้
2. ทำได้เองบ้างอย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
3. ช่วยตัวเองได้

10.4 การอาบน้ำ

1. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
2. อาบน้ำได้เอง

10.5 การกลืนอาหารใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. กลืนไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระเสมอ
2. กลืนไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
3. กลืนได้ปกติ

10.6 การกลืนปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. กลืนไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
2. กลืนไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
3. กลืนได้เป็นปกติ

แบบสอบถามข้อมูลทางจิตสังคมและสภาพแวดล้อม

1. สถานะห้องผู้ป่วย

สภาพอากาศ

1. ห้องปรับอากาศ
2. ห้องธรรมดา

สภาพห้อง

1. ห้องเดี่ยว
2. ห้องรวม

2. ประวัติการถูกผูกมัดในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้

1. ไม่เคย
2. เคยแต่ไม่ได้ถูกผูกมัดแล้ว
3. เคยและยังต้องทำการผูกมัดอยู่

3. ประวัติการถูกผูกมัดในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งอื่นๆ

1. ไม่เคย
2. เคย

4. ประวัติการถูกฉีดยาให้หลับ (sedate) ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้

1. ไม่เคย
2. เคย

5. ประวัติการถูกฉีดยาให้หลับ (sedate) ในช่วงที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งอื่นๆ

1. ไม่เคย
2. เคย

6. จำนวนครั้งที่ญาติที่มาเยี่ยมใน 1 สัปดาห์

1. ไม่มีญาติมาเยี่ยม
2. 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
3. 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
4. มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์

7. สถานภาพทางการเงิน

1. พอใช้และไม่มีหนี้สิน
2. พอใช้และมีเงินเก็บ
3. ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
4. ไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
5. อื่นๆ (ระบุ).....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

| | คะแนน | | คะแนน |
|---|-------|--|-------|
| 1. ฉันรู้สึกตึงเครียด | | 2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้ | |
| () เป็นส่วนใหญ่ | 3 | () เหมือนเดิม | 0 |
| () บ่อยครั้ง | 2 | () ไม่มากเท่าแต่ก่อน | 1 |
| () เป็นบางครั้ง | 1 | () มีเพียงเล็กน้อย | 2 |
| () ไม่เป็นเลย | 0 | () เกือบไม่มีเลย | 3 |
| 3. ฉันมีความรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น | | 4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้ | |
| () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย | 3 | () เหมือนเดิม | 0 |
| () มี แต่ไม่มากนัก | 2 | () ไม่มากนัก | 1 |
| () มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ | 1 | () มีน้อย | 2 |
| () ไม่มีเลย | 0 | () ไม่มีเลย | 3 |
| 5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล | | 6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน | |
| () เป็นส่วนใหญ่ | 3 | () ไม่มีเลย | 3 |
| () บ่อยครั้ง | 2 | () ไม่บ่อยนัก | 2 |
| () เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย | 1 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () นานๆ ครั้ง | 0 | () เป็นส่วนใหญ่ | 0 |

| | คะแนน | | คะแนน |
|--|-------|---|-------|
| 7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย | | 8. ฉันรู้สึกว่าคุณทำอะไรทำอะไร ซึ่งช้าลงกว่าเดิม | |
| () ได้ดีมาก | 0 | () เกือบตลอดเวลา | 3 |
| () ได้โดยทั่วไป | 1 | () บ่อยมาก | 2 |
| () ไม่บ่อยนัก | 2 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () ไม่ได้เลย | 3 | () ไม่เป็นเลย | 0 |
| 9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำ ให้ปั่นป่วนในท้อง | | 10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง | |
| () ไม่เป็นเลย | 0 | () ใช่ | 3 |
| () เป็นบางครั้ง | 1 | () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร | 2 |
| () ค่อนข้างบ่อย | 2 | () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน | 1 |
| () บ่อยมาก | 3 | () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม | 0 |
| 11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้ | | 12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ | |
| () เป็นมากที่สุด | 3 | () มากเท่าที่เคยเป็น | 0 |
| () ค่อนข้างมาก | 2 | () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น | 1 |
| () ไม่มากนัก | 1 | () น้อยกว่าที่เคยเป็น | 2 |
| () ไม่เป็นเลย | 0 | () เกือบจะไม่มีเลย | 3 |
| 13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่าง กะทันหัน | | 14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้ | |
| () บ่อยมาก | 3 | () เป็นส่วนใหญ่ | 0 |
| () ค่อนข้างบ่อย | 2 | () เป็นบางครั้ง | 1 |
| () ไม่บ่อยนัก | 1 | () ไม่บ่อยนัก | 2 |
| () ไม่มีเลย | 0 | () น้อยมาก | 3 |

แบบสอบถามวัดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

(Difficult Doctor Patient Relationship Questionnaire, 10-Item Version.)

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางด้านขวาให้ตรงกับความจริงตามความรู้สึกที่ท่านมีต่อผู้ป่วย

| | ไม่ยากพบ เลย | อยากพบ น้อย | อยากพบ ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | อยากพบ ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | อยากพบ มาก | อยากพบ มากที่สุด |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|---|
| 1. หลังจากตรวจผู้ป่วยในวันนี้ คุณอยากพบผู้ป่วยรายนี้อีกในครั้งหน้า | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึ กน้อย | รู้สึ ก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึ ก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึ กมาก | รู้สึ ก ที่ สุด |
| 2. ผู้ป่วยรายนี้ทำให้คุณรู้สึกวุ่นวายใจ | | | | | | |
| | ไม่มี พฤติกรรม ดังกล่าว | มี พฤติกรรม ดังกล่าว น้อย | มี พฤติกรรม ดังกล่าว ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | มี พฤติกรรม ดังกล่าว ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | มี พฤติกรรม ดังกล่าว มาก | มี พฤติกรรม ดังกล่าว มากที่สุด |
| 3. ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมเรียกร้องจากคุณ | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึ กน้อย | รู้สึ ก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึ ก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึ กมาก | รู้สึ ก ที่ สุด |
| 4. ผู้ป่วยรายนี้คุณรู้สึกว่าสื่อสารด้วยได้ยาก | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึ กน้อย | รู้สึ ก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึ ก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึ กมาก | รู้สึ ก ที่ สุด |
| 5. คุณรู้สึกถูกทำให้วุ่นวายใจกับการบ่นจุกจิกของผู้ป่วยรายนี้ | | | | | | |

| | ไม่มี พฤติกรรม ดังกล่าว | มี พฤติกรรม ดังกล่าว น้อย | มี พฤติกรรม ดังกล่าว ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | มี พฤติกรรม ดังกล่าว ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | มี พฤติกรรม ดังกล่าว มาก | มี พฤติกรรม ดังกล่าว มากที่สุด |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|---|
| 6. ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมที่ส่งผลเสียกับตัวเอง | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึก น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึก มาก | รู้สึก มาก ที่สุด |
| 7. คุณหวังไว้อย่างลึกๆว่าผู้ป่วยรายนี้จะไม่กลับมาเจอคุณอีก | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึก น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึก มาก | รู้สึก มาก ที่สุด |
| 8. คุณรู้สึกสบายเมื่อได้พบกับผู้ป่วยรายนี้ในวันนี้ | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึก น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึก มาก | รู้สึก มาก ที่สุด |
| 9. คุณต้องใช้เวลามากในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ | | | | | | |
| | ไม่รู้สึ กอย่าง นั้น เลย | รู้สึก น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง น้อย | รู้สึก ปานกลาง ค่อนข้าง มาก | รู้สึก มาก | รู้สึก มาก ที่สุด |
| 10. คุณรู้สึกกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ | | | | | | |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายแพทย์ปฏิรพ ปองประพตฤทธิ์ เกิดวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อปีการศึกษา 2548 หลังจากนั้นได้เข้าเป็นแพทย์ ประจำบ้าน สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 จนถึงปัจจุบันและได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตเวชศาสตร์เมื่อปีการศึกษา 2549



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย