

บุคลิกลักษณะ ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ผาสุก บุญซื่อ พ.บ.,
อภิขนา ไควินทะ พ.บ.

หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50002

Personalities of Post-traumatic Spinal Cord Injured Patients

Boonsue P., Kovindha A.

Rehabilitation Medicine Division, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai 50002

By using modified 168 Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) to identify personalities, 80 spinal cord injured patients were studied. Different modes of interview, depending on ability to read or write or level of education, seemed to effect the results of MMPI. The study revealed that the common personalities among these patients were adjustment disorders (59%), affective disorders (14%) and schizoid behaviors (19%). The F code of adjustment disorders was significantly associated with patients living at homes for disabled people or having complication, i.e. pressure sore. This indicated failure of rehabilitation. To overcome and to cope with disability following spinal cord injury, understanding of patients' personalities is a must for comprehensive team of rehabilitation.

Key words : Spinal cord injury, Personality, MMPI

บทคัดย่อ

การที่จะเรียนรู้ เอชนะ หรือปรับตัวให้เข้ากับ ความพิการนั้น สภาพจิตใจที่สะท้อนออกมาเป็น บุคลิกลักษณะอาจมีผลต่อเป้าหมายสูงสุดของการ ฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการศึกษานี้จึงเลือกใช้แบบสอบถาม Modified 168 MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) กับผู้ป่วยอัมพาตที่เกิดจากไขสันหลัง ได้รับบาดเจ็บจำนวน 80 ราย โดยให้ผู้ป่วยทำแบบ สอบถามเองหรือแพทย์สัมภาษณ์ ผลปรากฏว่า ผู้ป่วย 47 ราย (59%) มีบุคลิกลักษณะแบบ adjust-

ment disorders และ 15 ราย (19%) มี schizoid behaviors และอีก 11 ราย (14%) มี affective disorders ซึ่งบุคลิกดังกล่าวน่าที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิต และเป้าหมายของการฟื้นฟู จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ อาศัยในสถานสงเคราะห์ และผู้ที่มีแผลกดทับ ส่วน ใหญ่มีบุคลิกลักษณะชนิด adjustment disorders ทำให้ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และสถานภาพ ที่เป็นอยู่ ฉะนั้น บุคลิกลักษณะจึงเป็นส่วนหนึ่ง ที่ บ่งชี้ถึงความสำเร็จหรือล้มเหลวของการฟื้นฟูและ ดำเนินชีวิต

บทนำ

เป้าหมายของการฟื้นฟูผู้ที่มีความพิการคือ การทำให้เขาสามารถช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่สภาพจะอำนวยและไม่ให้มีความพิการหรือทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น อีกนัยหนึ่งก็คือ ให้เขารู้จักป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่รู้จักรักษาใจใส่ต่อตนเอง หรือไม่รู้จักเรียนรู้ที่จะอยู่กับความพิการนั้น การบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่น อายุ ระดับความพิการ สภาพแวดล้อม เศรษฐฐานะ และอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ พฤติกรรมหรือบุคลิกที่อาจเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลว(1) ด้วยเหตุนี้เราจึงทำการศึกษาลักษณะของบุคลิกเนื่องจากบาดเจ็บไขสันหลัง โดยเลือกใช้แบบสอบถาม Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ที่ทำให้เราทราบถึงความคิด ความรู้สึก เจตคติการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมถึงประสบการณ์ในอดีตของเขาเหล่านี้ได้ การทดสอบนี้สามารถทดแทนการสัมภาษณ์หรือการสอบประวัติ (clinical interview) ที่ไม่อาจทำให้เป็นมาตรฐานเพื่อการเปรียบเทียบได้(2) แต่เนื่องจากแบบสอบถาม MMPI ฉบับเต็มมีความยาวถึง 566 ข้อ(3) จึงเลือกใช้ฉบับย่อหรือที่เรียกว่า Modified 168 MMPI(4) แทน เพื่อศึกษาว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

มีบุคลิกลักษณะที่เบี่ยงเบนอะไรบ้าง และบุคลิกดังกล่าวเป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อเป้าหมายการฟื้นฟูมากน้อยเพียงใด

วิธีการศึกษา

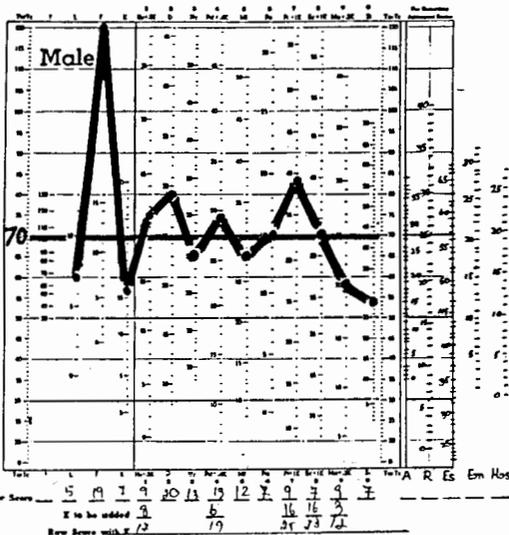
กลุ่มประชากร : ผู้ป่วยหรือผู้พิการเนื่องจากไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ ที่มีสติสัมปชัญญะ เข้าใจและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

วิธีการ :

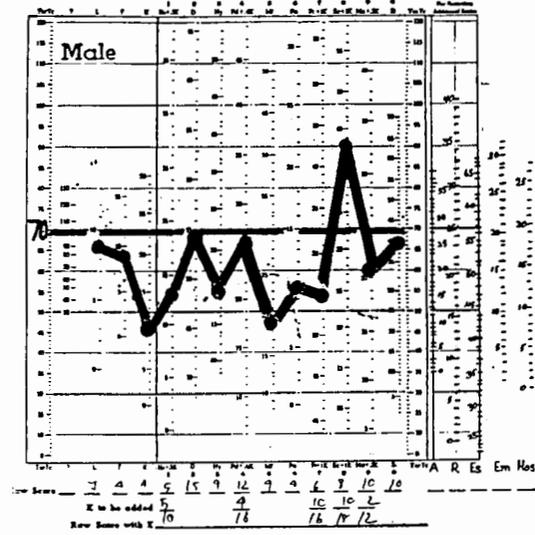
- สอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพเดิมและปัจจุบัน ระดับความพิการหรืออัมพาต และโรคแทรกซ้อนคือแผลกดทับที่เกิดขึ้น
- ใช้แบบสอบถาม MMPI ฉบับภาษาไทย 168 ข้อแรก
- ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองหรือให้แพทย์สัมภาษณ์ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้
- ตรวจแบบสอบถามโดยอาศัยค่าเฉลี่ยมาตรฐานของแบบสอบถาม เพื่อหาคะแนนดิบของแต่ละ scale
- นำคะแนนดิบมาแปลงเป็นค่า T score และนำค่าที่ได้ใหม่นี้มาจัดเป็นกราฟในแผ่น profile ที่แยกเป็นของชายและหญิง (ดังรูปที่ 1 และ 2)

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R.Hathaway and J. Charndly McKinley



รูปที่ 1. ก. แสดง Fprofile หรือค่า F มีคะแนนดิบมากกว่า 15 ซึ่งบ่งชี้ว่ามี adjustment disorders



ข. แสดง Sc profile หรือ high point 8 code ที่บ่งถึง Schizoid Behaviors

- อ่าน profile หรือกราฟที่ได้และแปลเป็นรหัส (code) ตัวเลขที่ถูกลบไปแปลผลอีกครั้งเป็นชนิดของบุคลิกลักษณะ โดยอาศัยคู่มือ (4)

- จำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามบุคลิกลักษณะที่แตกต่างกัน และศึกษาว่า ผู้ที่มีความล้มเหลวในการฟื้นฟู เช่น ผู้ที่ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมเดิมได้ หรือ ผู้ที่มีแผลกดทับ มักมีบุคลิกลักษณะเป็นเช่นใด

หมายเหตุ Profiles ของ แบบสอบถาม MMPI แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (2) ดังนี้

- Validity profiles ได้แก่ L, F และ K profiles
- Clinical profiles ได้แก่
 - 1 หรือ Hs = hypochondriasis
 - 2 หรือ D = depression
 - 3 หรือ Hy = hysteria
 - 4 หรือ Pd = psychopathic deviate
 - 5 หรือ Mf = masculinity-femininity
 - 6 หรือ Pa = paranoia
 - 7 หรือ Pt = psychasthenia
 - 8 หรือ Sc = schizophrenia

9 หรือ Ma = hypomania

0 หรือ So = social introversion

การประเมินทางสถิติ :

- ใช้ Fisher exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละกลุ่มว่ามีความสำคัญหรือไม่

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง 80 ราย เป็นชาย 62 คน และหญิง 18 คน อายุเฉลี่ย 30 ปี ในจำนวนทั้งหมดนี้เป็นอัมพาตของแขนขา (quadriplegia) 21 ราย และเป็นอัมพาตครึ่งท่อน (paraplegia) 59 ราย ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตนานน้อยกว่า 1 ปี มี 47 ราย นอกนั้นเป็นมานานกว่า 1 ปี

จากการประเมินแบบสอบถาม MMPI พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบุคลิกลักษณะที่เบี่ยงเบน ดังนี้

- adjustment disorders 47 ราย (59%)
- schizoid behaviors 15 ราย (19%)
- affective disorders 11 ราย (14%)

และอื่น ๆ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในบุคลิกลักษณะต่างๆ

Personality	Profile หรือ code	จำนวน
Adjustment disorders	F*, 68, 268	47
Schizoid behaviors	8, 18	15
Affective disorders	L, 28, 46	11
Paranoia	6, 26	2
Mania	9, 89	2
Others		3

หมายเหตุ *สำหรับ Modified 168 MMPI ถ้าค่า F มีค่ามากกว่า 15 ส่วนใหญ่ของผู้ทดสอบมี adjustment disorders ซึ่งต่างจากการแปลผลของ MMPI เดิมที่ถือว่า F ที่มีค่ามากกว่า 15 ไม่มีความเกี่ยวข้องตรงในการแปลผล (invalid)

การสัมภาษณ์ด้วยแพทย์ ซึ่งส่วนหนึ่งสืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการศึกษาต่ำ ทำให้มีผลต่อการตอบแบบสอบถาม (ดังตารางที่ 2) และพบว่า adjustment disorders มีผลต่อผู้ป่วยในแง่ลบ นั่นคือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในสังคมหรือในสภาพเดิมก่อนเป็นอัมพาตได้

ต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์ และมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นในภายหลัง เพราะไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เมื่อเป็นคนพิการ แม้ว่าเขาเหล่านั้นได้ผ่านการฟื้นฟูสภาพมาแล้วก็ตาม

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง F code (adjustment disorders) และคุณสมบัติอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

		F code	other codes	P-value by Fisher exact test
Interview	by patient himself	4	28	P = 0.04*
	by doctor	15	33	
Education	low	26	20	P = 0.04*
	high	17	17	
Live	at home	12	12	P = 0.05*
	at homes for disabled people	15	4	
Pressure sore	Present	25	14	P = 0.05*
	Absent	18	23	

หมายเหตุ * ถ้าค่า P ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่าค่า P ที่กำหนด (0.05) จะไม่ยอมรับ H_0

นั่นคือ - ระหว่างผู้ที่อยู่ที่บ้านและสถานสงเคราะห์ และระหว่างผู้ที่มีแผลกดทับและไม่มีแผลกดทับ มี F code หรือ adjustment disorders ที่แตกต่างกัน ในทำนองเดียวกัน การศึกษาที่ต่างกัน และวิธีตอบแบบสอบถามที่ต่างกันมีอิทธิพลต่อ F code

บทวิจารณ์

ดังเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า MMPI เป็นแบบทดสอบสำหรับบ่งชี้บุคลิกลักษณะของคนทั่วไปได้ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในประเทศไทยเราได้มีผู้แปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทย และได้ถูกนำมาใช้ในการหาบุคลิกของกลุ่มนักศึกษาที่มีผลการเรียนแตกต่างกัน และในกลุ่มนักโทษเรือนจำ(5,6)

ในการประเมินแบบสอบถาม MMPI ฉบับย่อที่ใช้ เป็นการตัดตอนเอา 168 ข้อแรกของฉบับเต็มมาสอบถาม โดยปกติผู้ทำแบบสอบถามต้องมีความรู้ไม่น้อยกว่าชั้นประถม เพื่อที่จะได้อ่านและทำความเข้าใจคำถามได้อย่างถูกต้อง(2) ในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าผู้ป่วยบางคนไม่สามารถอ่านออกหรือมีการศึกษาต่ำ (ไม่เคยเรียนหนังสือ หรือจบแค่ชั้นประถมต้น) ก็สามารถตอบแบบสอบถามได้โดยแพทย์สัมภาษณ์ แต่จากผลการประเมินที่ได้มีการศึกษาที่ต่ำมีผลต่อบุคลิกลักษณะอย่างที่เราคาดคิดว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำอาจปรับตัวได้ไม่ดีเท่าผู้ที่มีการศึกษาสูง นั่นคือ การที่จะปรับตัวได้หรือไม่ ขึ้นกับพื้นฐานของการศึกษา ซึ่งก็สอดคล้องกับที่เคยมีรายงาน(4)

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่มิบุคลิกลักษณะที่บ่งชี้ว่า ไม่สามารถปรับตัวได้ดีต่อสภาวะคับขันหรือกดดัน (adjustment disorders) ซึ่งน่าจะส่งผลต่อเป้าหมายของการฟื้นฟูคือ เขาเหล่านี้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเดิมซึ่งมีสิ่งที่เอื้ออำนวยที่จำกัด ไม่สามารถดูแลตนเองให้ปราศจากโรคแทรกซ้อน ไม่สามารถสร้างงานหรือพึ่งตนเองได้ ดังจะเห็นได้จาก การที่คนเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องพึ่งสถานสงเคราะห์ มีแผลกดทับเกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า อันบ่งชี้ถึงความล้มเหลวของการฟื้นฟูที่เราทุกคนที่เกี่ยวข้องพึงสังวรณ

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและทีมงาน มักมองว่าสาเหตุของความล้มเหลวของการฟื้นฟูคือ ตัวผู้พิการที่ขาดแรงผลักดันหรือความตั้งใจ และคนเหล่านี้มักถูกเรียกว่าเป็นบุคคลที่ unmotivated ซึ่งก็ดูเหมือนว่าจะสอดคล้องกับการศึกษานี้ ที่บุคลิกลักษณะที่เบี่ยงเบนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปรับตัวและการเอา

ชนะความพิการ แต่แท้จริงแล้ว เราไม่ควรที่จะโยนความผิดนี้ให้แก่เขาแต่เพียงผู้เดียว และความคิดเช่นนี้ควรที่จะเลิกได้ เพราะความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้นยังขึ้นกับปัจจัยอื่นที่ได้แก่ สิ่งแวดล้อม เศรษฐฐานะ ระดับความพิการ และอายุ ซึ่งอาจมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน(1)

บ่อยครั้งที่เป้าหมายของการฟื้นฟูถูกกำหนดขึ้นว่า เขาควรจะทำอะไรได้ (what he can do) โดยลืมคำนึงถึงว่าเขาทำอะไรในขณะนี้ (what he does do) และเขาจะไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเช่นใด (where he will go)(1) บุคลิกลักษณะที่ถูกหล่อหลอมจากแนวคิด การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีต ช่วยบอกเราว่าเขามีจุดยืน (locus of control) เช่นใด และจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างไร เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ชี้แนะให้เราทราบว่า เราควรจะทำปฏิบัติต่อเขาเหล่านั้นเช่นใด

ในปัจจุบันได้มีผู้เสนอแนวคิดในการสอนให้ผู้ป่วยเหล่านี้รู้จักการดำเนินชีวิตและการปรับตัว โดยอาศัย social learning theory (SLT)(7) ซึ่งผู้เรียนหรือในที่นี้หมายถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการฟื้นฟูต้องมีส่วนร่วมมิใช่เป็นเพียงฝ่ายรอรับ (passive) แต่เพียงอย่างเดียว การเรียนรู้นี้จะประสบความสำเร็จได้ เราต้องคำนึงถึงจุดยืน (locus of control) ผู้ที่มี internal locus จะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองและแพทย์คือแกนควบคุม ขบวนการฟื้นฟู และมักประสบความสำเร็จ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองเชื่อแต่ว่าชีวิตนี้พรหมลิขิต (external locus) คนเช่นนี้พบได้บ่อยในบ้านเรา แม้ว่าคนส่วนใหญ่จะนับถือพุทธศาสนา ที่สอนให้เชื่อในเรื่องของกรรมหรือการกระทำ ฉะนั้น เขาจะเป็นฝ่ายรอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึงคนอื่น และท้ายสุดเขาเหล่านี้มักประสบความล้มเหลวในการฟื้นฟู

อีกประการหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ จากการบาดเจ็บไขสันหลังทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถของร่างกายอย่างเห็นได้ชัด และยังมีผลกระทบต่อยุติธรรม(8) ในช่วงแรกผู้ป่วยมักปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น คิดว่าไม่ว่าอย่างไรจะเป็นปกติ แต่

เมื่อเนิ่นนานไปอาการยังคงปรากฏ จึงเกิดภาวะถดถอย ซึมเศร้า(9) ที่มักเกิดขึ้นในขณะฟื้นฟู อันเป็นอุปสรรคสำคัญอีกอย่างหนึ่งของการฟื้นฟูที่พึงระวัง แต่สิ่งนี้จะค่อย ๆ ลดน้อยลงเมื่อผู้ป่วยเริ่มประสบความสำเร็จจากการฝึกเบื้องต้น

ฉะนั้นอาจสรุปได้ว่า การศึกษาบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังด้วย Modified 168 MMPI นี้ ได้ชี้ให้เห็นถึงบุคลิกลักษณะที่เบี่ยงเบน ไม่สมบูรณ์ของเขาเหล่านี้ ที่มีผลกระทบต่อขบวนการและเป้าหมายของการฟื้นฟู การที่ทีมงานฟื้นฟูสามารถทราบพื้นฐานจิตใจของผู้ป่วย ทำให้สามารถวางแผนทางบำบัดและตั้งเป้าหมายของการฟื้นฟูได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยอาศัยขบวนการเรียนรู้ ความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างทีมฟื้นฟูและตัวผู้ป่วย รวมทั้งบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรือครอบครัวของเขานั้นเอง

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ บาทหลวงพอล พูลลือค และดอกเตอร์พรทิพย์ ชลิ่งสุทธิ ที่ให้คำแนะนำในการแปลผล MMPI อาจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ สงวนมิตร และคุณสุพร วรสิทธิ์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติคุณจินดามัย เมืองอินทร์ ที่กรุณาช่วยพิมพ์ต้นฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Trieschmann RB. Coping with a disability: a sliding scale of goals. Arch Phys Med Rehabil 1974;55:556-60.
2. Rohe DE. Psychological aspect of rehabilitation. In : Delisa JA. Rehabilitation Medicine: principles and practice. Philadelphia: JB Lippincott, 1988:67-8.
3. Carson RC. Interpretative manual to the MMPI. In: Butcher JN. MMPI: research development and clinical application. New York: McGraw-Hill Book Co, 1969: 279-96.
4. Vincent KR, Castillo IM, Hauser RI, et al. MMPI-168 codebook. New Jersey: Ablex publishing Corporation, 1984.
5. กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, สุธีรา ภักทรายุทธวรรตน์. มงคลหลักรักษา. บุคลิกภาพของนักศึกษาแพทย์ที่มีผลการเรียนสูงและนักศึกษาแพทย์ที่มีผลการเรียนต่ำ. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2530;18:24-39.
6. ชนิษฐา จันทรักษ์, ทศนีย์ ทศนิยม, เรณู เมฆสวัสดิ์, เสณีย์รัตน์เจริญ. การสำรวจบุคลิกภาพบางประการของนักโทษเรือนจำกลางบางขวาง โดยใช้ MMPI. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2521;9:34-44.
7. Jordan SA, Wellborn WR III, Kornick J, Saltzstein R. Understanding and treating motivation difficulties in ventilator-dependent SCI patients. Paraplegia 1991;29: 431-42.
8. De Loach C, Greer GB. Adjustment to severe physical disability. New York: McGraw-Hill Book Co, 1981:16-40.
9. Hohman GW. Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. Clin orthop 1975;112:81-8.