



ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิต  
ในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

**Chronic Pain Experience, Pain Management and Quality of Life of Persons  
With Spinal Cord Injury**

นารีรัตน์ พุทธกุล

**Nareerat Puttakun**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of**

**Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2557**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตใน  
ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ผู้เขียน              นางสาวนารีรัตน์ พุทธกุล

สาขาวิชา              พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พญ.ศศิกานต์ นิมมานรัชต์)

.....กรรมการ  
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวนารีรัตน์ พุทธกุล)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวนริรัตน์ พุทธิกุล)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง
ผู้เขียน	นางสาวนริรัตน์ พุทธกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

### บทคัดย่อ

ความปวดเรื้อรังเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ผู้บาดเจ็บจึงต้องมีการจัดการความปวดที่หลากหลายเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตตามบริบทของแต่ละสังคมและวัฒนธรรม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเภทของความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก ผลกระทบของความปวด กลวิธีการจัดการความปวด และระดับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยศึกษาจากผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เลือกกุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด 75 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ (2) แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 (International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set [ISCIPBDS], Version 2.0) (3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวด ซึ่งสร้างจากกรอบทฤษฎีการบรรเทาทุกข์ และ (4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Short Form-36 Health Survey [SF-36]) เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงในการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษา และมีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของแบบประเมิน ISCIPBDS และแบบประเมิน SF-36 ผลพบว่าแบบประเมิน ISCIPBDS มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) อยู่ในช่วง .84 - .97 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 ใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (simple content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ประเภทของความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณปวดพยาธิสภาพประสาทเป็นความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก (ร้อยละ 64) โดยมีลักษณะความปวดเป็นแบบปวดแสบร้อนมากที่สุด รองลงมาเป็นความปวดแปลบและปวดเหมือนถูกแทง ตำแหน่งปวดที่พบบ่อยอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ไขสันหลังบาดเจ็บ

ความรุนแรงของความปวดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $M = 7.38, SD = 1.90$ ) ความปวดนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ภายหลังได้รับบาดเจ็บ ในขณะที่บางรายเริ่มมีความปวดนี้ภายหลังได้รับบาดเจ็บ 1 ปี จนถึงมากกว่า 10 ปี สำหรับความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสองและอันดับสาม คือ ความปวดนอนซีเซฟทีฟ (ร้อยละ 62 และร้อยละ 63 ตามลำดับ) มีลักษณะความปวดแบบตื้อ ๆ และปวดชา ตำแหน่งปวดที่พบบ่อยอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ไขสันหลังบาดเจ็บ ความรุนแรงของความปวดอันดับสองและอันดับสามมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 5.02, SD = 2.01; M = 3.91, SD = 1.60$  ตามลำดับ) ความปวดดังกล่าวมักเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ภายหลังได้รับบาดเจ็บเช่นกัน ความปวดเรื้อรังรบกวนต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.64, SD = 1.91$ )

2. กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการอาการปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยวิธีการจัดการความปวดที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่ (1) การนวด (ร้อยละ 78.7) (2) การปรับความคิดและจิตใจ (ร้อยละ 61.3) (3) การใช้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 50.6) (4) การลดการใช้กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40) และ (5) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการจัดการกับความปวดด้วยวิธีดังกล่าวช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและบรรเทาความปวดได้ และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางถึงมาก

3. กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 51.68, SD = 9.46$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในมิติด้านกิจกรรมทางสังคม ( $M = 63.66, SD = 20.04$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในมิติด้านการทำหน้าที่ทางกาย ( $M = 37.07, SD = 15.06$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง กลวิธีการจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งทีมสหวิชาชีพสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์การจัดการความปวดเรื้อรังแบบผสมผสานร่วมกับผู้บาดเจ็บไขสันหลังและครอบครัว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม

**Thesis Title**           Chronic Pain Experience, Pain Management and Quality of Life of Persons  
                                  With Spinal Cord Injury

**Author**                 Miss Nareerat Puttakun

**Major Program**       Nursing Science (Adult Nursing)

**Academic Year**       2013

### **ABSTRACT**

Chronic pain is a common symptom in persons with spinal cord injury (SCI). These persons variously used pain management to maintain their quality of life (QoL) according to the socio-cultural context. This study aimed to identify the types of the three worst chronic pain, pain interference, and pain management strategies, and to examine the level of QoL as perceived by the persons with SCI. The 75 subjects with SCI living in community of provinces in the lower part of southern region were purposively recruited. Data were collected using a set of questionnaires including (1) Demographic and Health-related Data Questionnaire, (2) International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set [ISCIPBDS], Version 2.0, (3) Pain Management Strategies Questionnaire, developed based on the literature review, and (4) Quality of Life questionnaire (Short Form-36 Health Survey [SF-36]). The ISCIPBDS was translated from English to Thai language by bilingual experts. The content validity and reliability of the ISCIPBDS and the SF-36 were tested. The intra-class correlation coefficient of the ISCIPBDS ranged from .84 to .97 and the Cronbach's alpha coefficient of the SF-36 was .94. Descriptive statistics were used to analyze the quantitative data, and the qualitative data in pain management strategies were analyzed by simple content analysis. The results were as follows:

1. From the types of the top three worst chronic pain, a neuropathic pain was ranked by most of the subjects as the top rank (64 %). Burning pain and sharp pain were ranked as the first and second characteristics of pain perceived by the subjects, while stabbing pain was ranked at the third characteristic of pain. Pain locations frequently occurred at a level below the injury. Pain intensity was at a severe level ( $M = 7.38$ ,  $SD = 1.90$ ). Most of them had this pain onset immediately after injury, whereas some of the subjects had the pain onset after injury

ranging from one year to more than ten years. For the second and third worst chronic pain, the nociceptive pain was reported by the subjects (62 % and 63 %, respectively). A dull pain and numbness pain were commonly described. Pain locations frequently occurred at a level below the injury. Intensities of the second and third worst chronic pain were at a moderate level ( $M = 5.02$ ,  $SD = 2.01$ ;  $M = 3.91$ ,  $SD = 1.60$ , respectively). Most of subjects reported that these second and third worst pain usually started after injury. Overall, chronic pain moderately interfered with general activities, mood, and sleep ( $M = 4.64$ ,  $SD = 1.91$ ).

2. The subjects had experiences of chronic pain management. Most of them often managed their chronic pain by themselves at home. The pain management strategies frequently used by the subjects were: (1) massage (78.7%), (2) adjusting their thought and mind (61.3%), (3) using modern medicines (50.6%), (4) reducing muscle use (40%), and (5) exercising (40%). The majority of the subjects believed that these pain managements were helpful in making them feel relaxed and obtaining pain relief. Overall, they also evaluated that the outcomes of their chronic pain management strategies were at moderate to high levels.

3. Overall, the subjects had QoL at a moderate level ( $M = 51.68$ ,  $SD = 9.46$ ). Considering the scores of each dimension of QoL, the highest mean score was in the dimension of social activities ( $M = 63.66$ ,  $SD = 20.04$ ), the lowest mean score was in the dimension of physical functioning ( $M = 37.07$ ,  $SD = 15.06$ ).

The findings of this study provide a better understanding of the chronic pain experience, pain management, and QoL of persons with SCI. This evidence could be used by the multidisciplinary team to plan strategies for integrated chronic pain management with the SCI persons and their family and to promote their QoL related to the socio-cultural context.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซีย ที่ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา ให้แนวคิด และชี้แจงแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้อง และแก้ไขข้อบกพร่อง รวมถึงกำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ด้วยดี เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา (ทุนอาจารย์) ในการศึกษาาระดับบัณฑิตศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วิ ที่ช่วยชี้แนะและแนะนำให้ผู้วิจัยได้ทำความรู้จักกับกลุ่มเครือข่ายผู้พิการจังหวัดสงขลา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายเมาไม่ขับ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เจ้าหน้าที่ชมรมมือเลือนลือ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดสงขลา นายกสมาคมคนพิการจังหวัดสงขลา ยะลา และปัตตานี อาสาสมัครคนพิการทุกท่าน ที่กรุณาช่วยเหลือด้านข้อมูลต่างๆ รวมถึงการเยี่ยมบ้าน ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูล และขอบคุณกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มีค่าสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดา มารดา คุณตา คุณยาย พี่ชาย น้ำสาวและครอบครัวของ ผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ ความรัก ความห่วงใย มาโดยเสมอ ตลอดจนขอบคุณเพื่อนและผู้ที่มีความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวนามได้ทุกคนไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

นารีรัตน์ พุทธกุล

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
ความสำคัญการงานวิจัย.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
มโนทัศน์ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	11
แนวความคิดจัดการอาการ.....	16
มโนทัศน์ความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	18
ความหมายของความปวด.....	18
ประเภทของความปวด.....	18
ลักษณะความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	20
พยาธิสภาพความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	24
หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	26
ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	29
การประเมินความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	32
การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	38
หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	38
ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	44
การประเมินการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	36

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวคิดคุณภาพชีวิต.....	48
ความหมายคุณภาพชีวิต.....	49
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	49
คุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	52
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	54
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	57
สรุปการทบทวนวรรณคดี.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	66
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	71
ผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผลการวิจัย.....	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย.....	105
ข้อเสนอแนะ.....	105
เอกสารอ้างอิง .....	108
ภาคผนวก.....	121
ก ใบจริยธรรมทางการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.....	122
ข ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	124
ค เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	125
ง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	128
จ ตัวอย่างการจัดแยกประเภทของความปวด.....	144

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	151
ช ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	154
ประวัติผู้เขียน.....	155

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. ประเภทและตำแหน่งของความปวดในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	22
2. การประเมินประเภทความปวด.....	32
3. ระดับคะแนนในมิติต่างๆ ของคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป.....	53
4. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	72
5. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ.....	74
6. จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก.....	78
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งที่ปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก .....	79
8. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของความปวดจำแนกตามประเภทของความปวดสามอันดับแรก.....	80
9. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวันที่เริ่มมีอาการปวด .....	81
10. ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบความปวดโดยรวม และรายด้าน .....	82
11. จำนวน และร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติหรือผู้ให้การช่วยเหลือจำแนกตามวิธีการจัดการความปวด.....	83
12. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่เลือกใช้วิธีการจัดการความปวด.....	85
13. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการจัดการความปวดและ ประสิทธิภาพการจัดการความปวด .....	87
14. จำนวน และร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน.....	89
15. ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และมิตีย่อย.....	89

## รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 มาตรการควบคุมความปลอดภัยด้วยตัวเลข.....	34
2 มาตรการควบคุมความปลอดภัยชนิดเส้นตรง.....	34
3 แนวทางการจัดการความปลอดภัยแบบนอซีเซฟทีฟในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง.....	42
4 แนวทางการจัดการความปลอดภัยแบบพยาธิสภาพประสาทในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง	43

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) เป็นปัญหาที่สำคัญและมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังเห็นได้จากการสำรวจประชากรทั่วโลกพบอุบัติการณ์การบาดเจ็บไขสันหลังเฉลี่ย 23 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน (Lee, Cripps, Fitzharris, & Wing, 2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง 40 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน หรือคิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 12,000 รายในแต่ละปี (National Spinal Cord Injury Statistic Center, 2013) ในเอเชียพบว่ามีผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 21 - 25 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน (Lee et al., 2014) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง 50 รายต่อประชากรล้านคนหรือประมาณ 3,000 รายต่อปี (พวงทอง อ้างตามอรวรรณ, 2553) การได้รับบาดเจ็บไขสันหลังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบประสาทสั่งการและการรับรู้สึกของร่างกาย เช่น ปัญหาการเคลื่อนไหวของร่างกาย การทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ การควบคุมการขับถ่าย การมีความรู้สึกรู้สึก และมีอาการปวด

อาการปวดเรื้อรังเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Ullrich, Jensen, Loeser, & Cardenas, 2008) ซึ่งเกิดขึ้นได้ภายหลังบาดเจ็บทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (อภิชน, 2555) มีหลายงานวิจัยพบว่าประมาณร้อยละ 62- 77 ของผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง (Dijkers, Bryce, & Zanca, 2009; Heutink, Post, Wollaars, & Asbeck, 2011) ทั้งที่เกิดจากความปวดพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) (Celik, Erhan, & Lakse, 2012) และความปวดนอซิเซพทีฟ (nociceptive pain) (อภิชน, 2555) โดยร้อยละ 80.9 ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง รายงานว่ามีลักษณะความปวดมากกว่าหนึ่งลักษณะ (Felix, Cruz-Almeida, & Widerstrom-Naga, 2007) ลักษณะความปวดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความปวดแบบแสบร้อน รองลงมาเป็นปวดร้าว ถูกของมีคม ปวดตุ๊บๆ ปวดเหมือนถูกแทง ปวดแปลบ ปวดทะลุทะลวง ถูกแมลงต่อย ตามลำดับ (Modirian, Pirouzi, Soroush, Karbalaee-Esmaeili, & Zamani, 2010) ตำแหน่งที่ปวดกระจายอยู่ทั่วร่างกายทั้งส่วนบน และส่วนล่าง ส่วนใหญ่มักพบบริเวณส่วนหลัง ขา และเท้า (Cruz-Almeida, Felix, Martinez-Arizala, & Widerstrom-Noga, 2009; Molton et al., 2009; Ullrich et al., 2008)

ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (Celik et al., 2012; Miguel & Kraychete, 2009; Modirian et al., 2010; Molton et al., 2009) ส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์ การนอนหลับ การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jensen, Hoffman, & Cardenas, 2005) การที่ต้องเผชิญกับความปวดเป็นเวลายาวนาน ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจึงต้องมีวิธีการจัดการความปวดรูปแบบต่าง ๆ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาปวดที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า แพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพมีการจัดการความปวดแก่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังตามสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น กรณีปวดจากกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องจากการใช้กำลังแขนและไหล่ในการเคลื่อนย้ายร่างกายมากเกินไป สามารถบรรเทาปวดด้วยการหยุดพักการใช้งานกล้ามเนื้อ การทำกายบริหาร และการปรับท่าทางให้ถูกต้อง ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด หรือหากผู้ป่วยมีความปวดจากอวัยวะภายในที่มีการอุดตันหรือการติดเชื้อ แนวทางการรักษา คือ กำจัดสิ่งอุดตันและให้ยาปฏิชีวนะ (Siddall & Middleton, 2006) ส่วนความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลายภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่ากลุ่มยากันชัก (anticonvulsant drug) เป็นยาที่ผู้ป่วยมักใช้บ่อยที่สุดในการลดปวด (Heutink et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่ายาgabapentin (Gabapentin) และยาpregabalin (Pregabalin) สามารถนำมาใช้เป็นลำดับแรกและมีประสิทธิภาพสูงในการลดปวด อย่างไรก็ตามหากยาดังกล่าวไม่ได้ผลในการรักษาเท่าที่ควร ผู้ป่วยอาจใช้ยาลำดับที่สองได้แก่ ยาด้านการซึมเศร้า และกลุ่มยาแก้ปวด (Attal, Mazaltarine, Perrouin-Verbe, & Albert, 2009; Teasell et al., 2010) นอกจากนี้มีผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บไขสันหลังแสวงหาการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาควบคู่กับการใช้ยา เช่น การนวด การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การฝังเข็ม (Cardenas & Jensen, 2006; Heutink et al., 2011; Norrbrink & Lundeberg, 2004) การได้รับการกระตุ้นไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (transcutaneous electronic nerve stimulation [TENS]) (Heutink et al., 2011; Norrbrink & Lundeberg, 2004) การใช้ความร้อน ความเย็น (Heutink et al., 2011; Widerstrom-Noga & Turk, 2003) และการใช้กัญชาหรือแอลกอฮอล์ (Cardenas & Jensen, 2006; Heutink et al., 2011) เป็นต้น โดยพบว่า การนวด การผ่อนคลายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดและมีประสิทธิภาพลดปวดสูง ในขณะที่การใช้กัญชาหรือแอลกอฮอล์พบว่ามีน้อย แต่มีประสิทธิภาพสูงในการลดปวด (Heutink et al., 2011) สำหรับการฝังเข็มพบว่ามีแนวโน้มในการลดปวดจากพยาธิสภาพประสาทได้ดีกว่าการนวด แต่ไม่ได้ผลอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามในระยะสองเดือนต่อมา (Norrbrink & Lundeberg, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีความปวดและความเครียดลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ditor et al., 2003) และมีการศึกษาแบบสำรวจพบว่าผู้บาดเจ็บที่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและมีรูปแบบการ



เผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตและทางจิตสังคมที่ดี จะสามารถช่วยควบคุมความปวดได้ (Raichle, Hanley, Jensen, & Cardenas, 2007) หรือการที่เจ้าหน้าที่สุขภาพจัดโปรแกรมการเผชิญปัญหาโดยการให้ความรู้ การปรับวิธีการคิดและพฤติกรรมแก่ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง สามารถช่วยลดความปวด ความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heutink et al., 2012) อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือความปวดไม่ทุเลา ความปวดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังย่อมทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (วชิรญาณ, 2555; วนิดา, 2546) รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้บาดเจ็บจึงมีแยกตัวออกจากสังคม เกิดภาวะซึมเศร้าหรือมีความล้มเหลวในชีวิต การเปลี่ยนแปลงสังคมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ (Celik et al., 2012; Margot-Ducclot, Tournebise, Ventura, & Fattal, 2009; Wollaars, Post, Asbeck, & Brand, 2007)

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสังคม ความต้องการขั้นพื้นฐาน ด้านสาธารณสุขที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต (Dijkers, 2005) หรือเป็นความพึงพอใจในการมีชีวิต (WHO, 1996; Zhan, 1992) ที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข (Costanza et al., 2007) ในประเทศแถบตะวันตกมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวนมาก โดยเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังกับบุคคลทั่วไปด้วยเครื่องมือ SF-36 (Singh, Dhankar, & Rohilla, 2008) พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปทุกมิติ ทั้งมิติการทำหน้าที่ทางกาย บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย ความปวด สุขภาพทั่วไป พละกำลัง กิจกรรมทางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ และสุขภาพจิตทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มิติการทำหน้าที่ทางกาย และมิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกายมีคะแนนต่ำมาก (Arango - Lasprilla, Nicholls, & Olivera, 2010; Barker et al., 2009; Boakye, Leigh, & Skelly, 2012) และยังพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคไต (Hu, Joseph, Wong, Leong, & Luk, 2008) สำหรับประเทศไทย ในช่วงสามปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังโดยใช้เครื่องมือ World Health Organization Quality of Life-BREF Scale (WHOQOL-BREF) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอาสาสมัครจำนวน 10 รายหลังออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนมีระดับคุณภาพชีวิตลดลงกว่าก่อนบาดเจ็บ (จิราภรณ์, สุกัลยา, วันทนา, ปรีดา, และ ภัทรา, 2553) และเดชพระธรรม และคงคะสุวรรณ (Dajpratham & Kongkasuwan, 2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 67 ราย หลังได้รับบาดเจ็บนานเฉลี่ยเป็นเวลา 4 ปี พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

จากแนวคิดการจัดการอาการ ซึ่งดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่าไว้ว่า การรับรู้ของบุคคลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (เช่น สภาวะอารมณ์ คุณภาพชีวิต เป็นต้น) ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล (เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ พัฒนาการ) ปัจจัยด้านภาวะ สุขภาพและความเจ็บป่วย (เช่น ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย) และปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม (เช่น สภาพภูมิประเทศ ลักษณะครอบครัวและสังคม ความเชื่อ วัฒนธรรม และระบบ บริการสุขภาพ) จากปัจจัยดังกล่าวนี้อาจทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ถูกศึกษาในบริบทของประเทศ แถบตะวันตกมีข้อจำกัดในการนำมาใช้อ้างอิงกับผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยเนื่องจากความ แตกต่างในปัจจัยด้านบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อมของประเทศแถบตะวันตกและแถบตะวันออก (เช่น ประเทศไทย) ที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ถึงประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้ นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด เรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยยังมีน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่ความปวดเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังเผชิญอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับ บาดเจ็บและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงต้องแสวงหาแนวทางการจัดการความปวดในรูปแบบ ต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การศึกษาในครั้งนี้จึงมีความสำคัญ ที่จะได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อทีมสหวิชาชีพในการนำไปวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยและดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีความปวดเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสมและสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวดและ คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย
  - 1.1 ประเภทของความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก (แต่ละอันดับ ประกอบด้วย ลักษณะความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของความปวด และวันที่เริ่มปวด)
  - 1.2 ผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับ
2. เพื่ออธิบายกลวิธีการจัดการกับความปวดเรื้อรังของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง
3. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

## คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย
  - 1.1 ประเภทความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดตามอันดับแรก (แต่ละอันดับ ประกอบด้วย มีลักษณะความปวดแบบใด มีความปวดอยู่ตำแหน่งใด ความรุนแรงของความปวดระดับใด เริ่มปวดเมื่อใด)
  - 1.2 ความปวดมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับในระดับใด
2. กลวิธีการจัดการกับความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นอย่างไร
3. คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังอยู่ในระดับใด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model [SMM]) ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) แนวคิดความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลังจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life [HRQoL]) ของวิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995)

กรอบแนวคิดของแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) อธิบายถึงสามมโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ (1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้อาการที่สังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไปจากเดิม สามารถประเมินอาการได้ว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และตอบสนองต่ออาการได้หลายทาง อาทิเช่น ทางกาย ทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรม (2) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นกลวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุม บรรเทาอาการ ซึ่งการจัดการอาการต้องคำนึงถึง ใครจัดการ (who) จัดการอะไร (what) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการอย่างไร (how) จัดการเมื่อไร (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการกี่เพียงใด (how much) และจัดการโดยใคร (to whom) และ (3) ผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งเป็นการประเมินผลที่เกิดจากการจัดการอาการสามารถประเมินได้จากหลายอย่าง อาทิเช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง สถานะการทำหน้าที่ สถานะอารมณ์ อัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิต

ความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง สาเหตุเกิดจากการที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บโดยตรง ได้แก่ การโค่นของทิมแทงหรือโค่นยิง หรือสาเหตุโดยอ้อม ได้แก่ การแตกหักของกระดูกสันหลังหรือการได้รับแรงกระแทก เป็นผลให้เกิดอันตรายถึงไขสันหลังที่อยู่ภายในโครงกระดูกสันหลัง (Benzel, 2012) เกิดการทำลายของรากประสาท มีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งของสารเคมีที่ใช้ควบคุมการรักษาสมดุลของร่างกาย ระหว่างการยับยั้งและการหลั่งที่ผิดปกติไปจากเดิม (Yeziarski, 2009) ซึ่งอาการปวดทางคลินิกของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เชื่อว่าเกิดจากการทำงานที่สัมพันธ์กันของทางด้านกายภาพ สารสื่อประสาท การปล่อยสารพิษ (excitotoxicity) และการอักเสบ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทรับความรู้สึกของไขสันหลังเปลี่ยนแปลงไป (Yeziarski, 2009) ส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองของวงจรความปวดที่เพิ่มขึ้น ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางมีความไวต่อการกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น (Finnerup & Baastrup, 2012) เมื่อเกิดการรับรู้ว่ามี ความปวด ผู้บาดเจ็บไขสันหลังย่อมแสวงหาการจัดการความปวดในรูปแบบวิธีต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิลสันและเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) ได้พัฒนาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยเชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของร่างกาย สังคมจิตใจ และสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วยห้าด้าน ได้แก่ (1) ด้านชีวภาพและสรีระ (biological and physiological factor) มักจะถูกกำหนดด้วยปัจจัยทางโมเลกุลและพันธุกรรม ทราบได้โดยการประเมินการทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และ/หรือ ระบบอวัยวะ เป็นหลัก (2) ด้านอาการ (symptoms) เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพ และสรีระ แสดงออกมาในรูปแบบของประสบการณ์ส่วนบุคคล (3) ความสามารถในการทำหน้าที่ (functioning) เชื่อว่าการประเมินอาการที่สำคัญและมีความเฉพาะเจาะจง ทำให้คาดการณ์การทำหน้าที่ และผลกระทบต่อปัจจัยชีวภาพ และสรีระในการทำหน้าที่ (4) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception) แสดงออกมาโดยการรวบรวมการรับรู้ในทุกด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งปัจจุบันและอดีต และ (5) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) เป็นการแสดงถึงความผาสุก ความพอใจในการใช้ชีวิต ตามการรับรู้ส่วนบุคคล โดยทั่วไปเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางชีวภาพและสรีระวิทยาจากเซลล์ อวัยวะ หรือระบบอวัยวะส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดอาการของการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ มีผลต่อการรับรู้สุขภาพทั่วไป และส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดการจัดการอาการ แนวคิดความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถนำมาอธิบายประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ เมื่อมีการบาดเจ็บ

ของไขสันหลัง ทำให้รากประสาทถูกทำลายส่งผลให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทรับความรู้สึกของไขสันหลังเปลี่ยนแปลงไป เกิดการตอบสนองของวงจรความปวดที่เพิ่มขึ้น ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางมีความไวต่อการกระตุ้นจนทำให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังรับรู้ว่ามีการปวดเกิดขึ้นในตำแหน่งต่าง ๆ ที่ปวด และสามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด และผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับ ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจึงแสวงหาการจัดการเพื่อบรรเทาอาการปวด ประกอบด้วยการจัดการอะไร (what) ใครจัดการ (who) จัดการอย่างไร (how) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการโดยใคร (to whom) จัดการที่ไหน (where) จัดการถี่เพียงใด (how often) และประเมินประสิทธิผลของการจัดการความปวด การที่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังสามารถจัดการกับอาการปวดได้เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการ ย่อมมีผลต่อการรับรู้สุขภาพทั่วไป และส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตซึ่งมีสองด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วยสี่มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางกาย ความปวดและภาวะสุขภาพโดยรวม และ (2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วยสี่มิติ ได้แก่ พลังกำลัง กิจกรรมทางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ และสุขภาพจิตต่อไป

## นิยามศัพท์

ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาและหรือความไม่สุขสบายตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยระบุประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก (แต่ละอันดับประกอบด้วยลักษณะเฉพาะความปวด (pain characteristics) ตำแหน่งที่ปวด (pain locations) ความรุนแรงของความปวด (pain intensity) และวันที่เริ่มเกิดความปวด (date of pain onset) และการรับรู้ถึงผลกระทบของความปวด (pain interference) ต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 (International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set [ISCIPBDS] Version 2.0) ของวิเดอร์สตรอม-นากาและคณะ (Widerstrom-Naga et al., 2013) คะแนนสูง หมายถึง ผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีประสบการณ์ความปวดเรื้อรังสูง และมีผลกระทบของความปวดต่อกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับในระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีประสบการณ์ความปวดเรื้อรังน้อย และมีผลกระทบของความปวดต่อกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับในระดับเล็กน้อย

กลวิธีการจัดการความปวด หมายถึง แนวทางหรือวิธีการที่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังใช้ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดที่มีความรุนแรงที่สุดสามอันดับแรกในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ จัดการอะไร (what) ใครจัดการ (who) จัดการอย่างไร (how) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการโดยใคร (to whom) จัดการที่ไหน (where) และจัดการถี่เพียงใด (how often) รวมทั้งประเมินประสิทธิผลของการใช้กลวิธีจัดการความปวด

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคมและสุขภาพโดยรวมของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วยสองด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย มีสัมฤทธิ์ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย ความปวด และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และ (2) ด้านจิตใจ มีสัมฤทธิ์ ได้แก่ พละกำลัง บทบาทที่จำกัดจากปัญหาทางด้านอารมณ์ กิจกรรมทางสังคม และสุขภาพจิตทั่วไปในรอบสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ฉบับภาษาไทยของจิระรัตน์ โพธิ์ชัย, จัง, สุมานานนท์, และแสงนิพนธ์กุล (Jirarattanaphochai, Jung, Sumananont, & Sengnipanthkul, 2005) คะแนนสูง หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

### **ขอบเขตของการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (cross sectional descriptive research) เพื่อศึกษาประสพการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่อาศัยอยู่ในชุมชนของจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2557

## ความสำคัญของการวิจัย

ผลของการศึกษารั้ครั้งนี้ สามารถจะนำไปใช้ประโยชน์ได้แก่

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสหวิชาชีพได้รับรู้และเข้าใจถึงประสบการณ์ ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

2. นำไปสู่การวางแผนพัฒนาการจัดการความปวดเรื้อรังและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนนั้นๆ

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. มโนทัศน์ผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
2. แนวคิดการจัดการอาการ
3. มโนทัศน์ความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 3.1 ความหมายของความปวด
  - 3.2 ประเภทของความปวด
  - 3.3 ลักษณะความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 3.4 พยาธิสภาพความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 3.5 หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 3.7 การประเมินความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
4. การจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 4.1 หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 4.3 การประเมินการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
5. แนวคิดคุณภาพชีวิต
  - 5.1 ความหมายคุณภาพชีวิต
  - 5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 5.3 หลักฐานเชิงประจักษ์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 5.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
  - 5.5 การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง
6. สรุปการทบทวนวรรณคดี



## มโนทัศน์ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ไขสันหลังบรรจุอยู่ในช่องของกระดูกสันหลัง ประกอบด้วยเส้นประสาทไขสันหลัง 31 คู่ ได้แก่ เส้นประสาทไขสันหลังระดับคอ 8 คู่ (คู่ที่ 1 ออกมาระหว่างกระดูกท้ายทอย (occipital bone) กับกระดูกคอชั้นที่ 1 (atlas) และคู่ที่ 8 อยู่บนกระดูกคอชั้นที่ 7) ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของคอ แขน และอกท่อนบน เส้นประสาทไขสันหลังระดับอก 12 คู่ ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของอก ลำตัวและท้อง เส้นประสาทไขสันหลังระดับเอว 5 คู่ และกระเบนเหน็บ 5 คู่ ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของขา กระเพาะปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ และเส้นประสาทไขสันหลังก้นกบ 1 คู่ ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของลำไส้ตรง และทวารหนัก (สุภาพร, 2556) โดยกระดูกสันหลังเป็นกระดูกที่เรียงต่อกันยาวประกอบด้วยกระดูก 33 ชิ้น แบ่งโครงสร้างเป็น 5 ตำแหน่ง คือ กระดูกส่วนคอ (cervical) 7 ชิ้น (C1 - 7) กระดูกส่วนทรวงอก (thoracic) 12 ชิ้น (T1 - 12) กระดูกส่วนเอว (lumbar) 5 ชิ้น (L1 - 5) กระดูกส่วนกระเบนเหน็บ (sacrum) 5 ชิ้น (S1 - 5) และกระดูกส่วนก้นกบ (coccyx) 4 ชิ้น (Benzel, 2012; Somers, 2010)

การบาดเจ็บไขสันหลัง เกิดได้จากทั้งสาเหตุทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง อาทิเช่น การโดนของแหลมคมแทง หรือถูกยิงบริเวณตำแหน่งไขสันหลัง และทางอ้อมที่เป็นเหตุจากการที่กระดูกสันหลังหัก แตกร้าว ทบุด หรือมีการเคลื่อนของกระดูกสันหลัง เนื่องมาจากการก้มเงย หมุนหรือการที่กระดูกสันหลังถูกกดและถูกกระแทก อันส่งผลอันตรายถึงไขสันหลังที่อยู่ในโครงกระดูกสันหลัง (Benzel, 2012)

### ตำแหน่งของการบาดเจ็บ

#### การบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ (cervical level)

ไขสันหลังระดับคอเป็นบริเวณที่มีความบอบบางมากกว่าบริเวณอื่น ๆ การที่ไขสันหลังระดับ C1, C2 เสียหายหรือถูกทำลายจะส่งผลต่อระบบประสาทอย่างมาก หากเป็นการบาดเจ็บแบบสมบูรณ์ ส่งผลรบกวนเส้นประสาทที่ทำหน้าที่บริเวณกระบังลม ผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตถ้าได้รับการช่วยเหลือหรือกู้ชีพทันที (Somers, 2010) อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณส่วนนี้ ได้แก่ ศีรษะโหม่งพื้น และคอสะบัดไปด้านหลังอย่างรุนแรง เช่น กรณีนั่งอยู่ในรถที่ถูกชนท้าย (กิ่งแก้ว, 2543)

### **การบาดเจ็บไขสันหลังระดับทรวงอก (thoracic level)**

การบาดเจ็บไขสันหลังระดับทรวงอก เป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อย มักมีสาเหตุจากการถูกยิง หรือการเกิดอุบัติเหตุทางพาหนะ การตกจากที่สูง ซึ่งบริเวณที่พบบ่อยในการบาดเจ็บระดับนี้ คือ บริเวณ T12 - L1 (Somers, 2010) ผลของการบาดเจ็บอาจทำให้เกิดอันตรายต่อไขสันหลังหรือรากประสาท cauda equina ได้ (กิ่งแก้ว, 2543)

### **การบาดเจ็บไขสันหลังระดับเอว (lumbar level)**

การบาดเจ็บไขสันหลังระดับเอว เป็นบริเวณที่มีความคล่องตัวดีกว่าการบาดเจ็บระดับคอและทรวงอก โดยทั่วไปมักเกิดจากการตกที่สูง อุบัติเหตุทางยานพาหนะ ถูกยิง หรือโดนกระแทกโดยตรงจากของหนัก มักมีความสัมพันธ์กับการเป็นอัมพาตท่อนล่าง (Somers, 2010)

### **ความรุนแรงของการบาดเจ็บ**

การที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทสั่งการและรับรู้ความรู้สึก ทำให้เกิดความพิการหรืออัมพาตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บซึ่งแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม ดังนี้ (อภิชนา, 2555)

#### **1. การบาดเจ็บแบบทั้งหมดหรือบาดเจ็บแบบสมบูรณ์ (complete injury)**

การบาดเจ็บแบบทั้งหมดหรือบาดเจ็บสมบูรณ์ หมายถึง ระดับไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บมีความรุนแรงมาก และได้รับความเสียหายทั้งหมด ส่งผลให้ความสามารถการควบคุมร่างกายต่างๆ ในส่วนที่ต่ำกว่าระดับไขสันหลังบาดเจ็บนั้นเป็นอัมพาตทั้งหมด มีอาการชาหรือไม่รับรู้ความรู้สึก รวมไปถึงสูญเสียการรับรู้ที่ไขสันหลังส่วนกระเบนเหน็บ S4 - S5 คือ สูญเสียการรับรู้บริเวณโดยรอบ แรงกดในทวารหนัก และสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (อภิชนา, 2555)

#### **2. การบาดเจ็บแบบไม่ทั้งหมดหรือแบบไม่สมบูรณ์ (incomplete injury)**

การบาดเจ็บแบบไม่ทั้งหมด หรือไม่สมบูรณ์ หมายถึง ไขสันหลังระดับที่ได้รับบาดเจ็บได้รับความเสียหายบางส่วน ทำให้การควบคุมร่างกายในส่วนที่ต่ำกว่าระดับไขสันหลังบาดเจ็บนั้นเป็นอัมพาตเพียงบางส่วน หรือแค่เป็นอัมพฤกษ์ ยังคงสามารถรับรู้ความรู้สึกบริเวณโดยรอบทวารหนัก รับรู้แรงกดในทวารหนัก และ/หรือ ยังการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (อภิชนา, 2555)

นอกจากนี้สมาคมการบาดเจ็บไขสันหลังของอเมริกา (American Spinal Injury Association-[ASIA]) ได้จัดแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลังเป็นห้าระดับ ดังนี้ (อภิชนา, 2555; Schwartz & Flanders, 2007; Sisto, Druin, & Sliwinski, 2009; Somers, 2010)

ระดับ A = บาดเจ็บทั้งหมด (complete) หมายถึง สูญเสียกำลังกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึกที่ควบคุมด้วยไขสันหลังใต้กระเบนเหน็บระดับที่ 4 - 5 (รวมทั้งส่วนที่อยู่ต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ)

ระดับ B = บาดเจ็บไม่ทั้งหมด (incomplete) หมายถึง ส่วนที่อยู่ใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตทั้งหมด แต่ยังรับรู้สิ่งที่ผิวหนังบริเวณที่ไขสันหลังส่วนใต้กระเบนเหน็บระดับที่ 4 - 5 และไม่มีกำลังกล้ามเนื้อใต้ต่อระดับประสาทสั่งการมากกว่า 3 ระดับในแต่ละซีกของร่างกาย

ระดับ C = บาดเจ็บไม่ทั้งหมด (incomplete) หมายถึง ประสาทสั่งการในส่วนที่อยู่ใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บยังทำหน้าที่ได้และกล้ามเนื้อหลักใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บมากกว่าครึ่งมีกำลังน้อยกว่าระดับ 3 (ระดับ 0 - 2)

ระดับ D = บาดเจ็บไม่ทั้งหมด (incomplete) หมายถึง ประสาทสั่งการในส่วนที่อยู่ใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บยังทำหน้าที่ได้และกล้ามเนื้อหลักใต้ต่อระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บอย่างน้อยครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าครึ่งมีกำลังกล้ามเนื้อเท่ากับหรือมากกว่าระดับ 3

ระดับ E = ปกติ (normal) หมายถึง ประสาทรับรู้ความรู้สึกและประสาทสั่งการมีมาตรฐานกำหนดทำหน้าที่ปกติในทุกระดับหรือปล้องของไขสันหลัง โดยก่อนหน้าผู้ป่วยมีระบบประสาทบกพร่อง

นอกจากนี้ ASIA ได้แบ่งการบาดเจ็บไขสันหลัง เป็น อัมพาตทั้งตัว (tetraplegia หรือ quadriplegia) และอัมพาตท่อนล่าง (paraplegia) การได้รับบาดเจ็บหรือได้รับความเสียหายของเนื้อเยื่อไขสันหลังระดับคอ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัมพาตทั้งตัวมีการสูญเสียการทำงานระบบสั่งการและรับรู้ความรู้สึก มีความพร่องการทำงานทั้งแขน ขา ลำตัว และอวัยวะในช่องเชิงกราน ส่วนการได้รับบาดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่อไขสันหลังส่วนทรวงอก เอว หรือ ก้นกบ เป็นผลให้เป็นอัมพาตท่อนล่าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของตำแหน่งที่บาดเจ็บด้วย อัมพาตท่อนล่างส่งผลให้เกิดความบกพร่องหรือและสูญเสียของระบบประสาทสั่งการและรับรู้ความรู้สึกในการทำหน้าที่ควบคุม

ลำตัว รยางค์ส่วนล่าง และอวัยวะในช่องเชิงกราน ในขณะที่ระบบประสาทการสั่งการและประสาทรับความรู้สึกส่วนรยางค์ส่วนบนยังคงปกติ (Somers, 2010)

### **ผลกระทบของบาดเจ็บไขสันหลัง**

บาดเจ็บไขสันหลังส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทสั่งการและประสาทรับความรู้สึกบกพร่องก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบรับความรู้สึก เป็นต้น

#### **ระบบทางเดินหายใจ**

ระบบทางเดินหายใจเป็นผลกระทบที่พบได้ทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง การบาดเจ็บส่งผลให้ความสามารถของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจเข้าและออกลดลง ทำให้การระบายอากาศที่ปอดลดลงและเกิดปอดแฟบ ความสามารถในการทำงานที่น้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเกิดการล้า ส่งผลไปสู่การหายใจที่ล้มเหลวได้ อีกทั้งสาเหตุดังกล่าวทำให้ไอและขับเสมหะได้ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดปอดอักเสบได้ (Somers, 2010)

#### **ระบบหัวใจและหลอดเลือด**

เป็นที่เชื่อกันว่าการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นผลกระทบจากการขาดการควบคุมจากประสาทที่อยู่เหนือไขสันหลัง (อภิชนา, 2555) โดยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ที่ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดที่หัวใจและหลอดเลือดส่วนปลาย ผลจากการที่ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานลดลง ทำให้เกิดความดันเลือดต่ำ ความดันเลือดตกเมื่อเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ และระดับความรู้สึกลดลง (Somers, 2010) อีกทั้งการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ขาบวม เป็นต้น (เนตรนภา, 2542)

#### **ระบบทางเดินอาหาร**

การได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้การทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารได้รับผลกระทบเนื่องจากมีการสูญเสียระบบประสาทอัตโนมัติที่เซลล์ประสาทสั่งการในไขสันหลังและก้านสมองส่วนเมดัลลาที่ควบคุมระบบย่อยอาหาร (อภิชนา, 2556) ทำให้ลำไส้เป็นอัมพาต เกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารจากการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะอาหารและ

ถ้าได้หยุดทำงานในผู้บาดเจ็บที่เป็นอัมพาต และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น การสำลัก อาเจียน การอุดกั้น การมีแผลในกระเพาะอาหาร น้ำหนักลด ภาวะขาดอาหาร (เนตรนภา, 2542)

### **ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ**

การบาดเจ็บไขสันหลังทำให้เกิดภาวะช็อคของไขสันหลัง การตอบสนองของระบบประสาทส่วนที่อยู่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพหายไป แล้วค่อย ๆ กลับคืนมาเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (Somers, 2010) แต่หากผู้บาดเจ็บเป็นอัมพาตส่งผลต่อการจำกัดการเคลื่อนไหว มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหายไป (เนตรนภา, 2542) แต่มีกล้ามเนื้อกระดูกจากภาวะที่กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากหรือหดเกร็ง ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีความลำบากในการเคลื่อนไหวทั้งในแง่ของการเป็นอัมพาตและการที่กล้ามเนื้อกระดูก (อภิชนา, 2556)

### **ระบบทางเดินปัสสาวะ**

เมื่อเกิดการบาดเจ็บส่งผลให้ระบบประสาทที่ควบคุมระบบการขับถ่ายปัสสาวะ สูญเสียไป ทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดปัญหาขับถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะกระปริดกระปอย หรือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ซึ่งระบบทางเดินปัสสาวะนี้ยังรวมถึงไตที่ทำหน้าที่ในการกลั่นปัสสาวะออกมาในกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีการอุดกั้นสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาได้ด้วย ได้แก่ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กรวยไตอักเสบ หรือไตวายได้ (อภิชนา, 2556)

### **ระบบรับรู้ความรู้สึก**

การที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการรับรู้ความรู้สึก เกี่ยวกับการรับรู้สีกลิ่นอุณหภูมิ การสัมผัสหายไปในส่วนร่างกายที่ต่ำกว่าไขสันหลังบาดเจ็บ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีความรู้สึกได้น้อยลง อย่างไรก็ตามการที่เส้นประสาทบาดเจ็บจะทำให้เกิดความปวดจากพยาธิสภาพประสาท ซึ่งสร้างผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บ (อภิชนา, 2555)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาความปวดซึ่งพบได้บ่อยในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เนื่องจากเป็นอาการไม่สุขสบายซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันถึงเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รายละเอียดเกี่ยวกับความปวดจะมีกล่าวในหัวข้อเรื่องมโนทัศน์ความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

## แนวคิดการจัดการอาการ

แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากรูปแบบการจัดการอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) อธิบายถึงสามมโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcomes) โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย มีการรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามและมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีจัดการกับอาการ และมีเป้าหมายบรรเทาอาการนั้น การจัดการอาการดังกล่าวจะส่งผลลัพธ์ต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสามมโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กับบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการจัดการอาการ มีสามมโนทัศน์หลัก ได้แก่

### 1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience)

ประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวเป็นการมีทิศทางสองทางที่กลับไปกลับมาได้ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าอาการนั้นเป็นสิ่งที่เลวร้าย ก็จะส่งผลทำให้การรับรู้อาการนั้นรุนแรงมากด้วย ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการขึ้นบ่อยครั้ง ประสบการณ์อาการประกอบด้วย

1.1 การรับรู้อาการ เป็นการสังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ผิดไปจากเดิม เป็นการรายงานการเกิดอาการตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งอาจบอกเป็นจำนวนครั้งที่เกิดหรืออธิบายเป็นลักษณะอาการ

1.2 การประเมินอาการ เป็นการบอกถึงรายละเอียด และอธิบายลักษณะอาการ ถึงความรุนแรงของอาการ บริเวณหรือตำแหน่งที่มีอาการ ช่วงเวลาในการเกิด ความถี่ในการเกิดอาการ และผลกระทบจากการเกิดอาการ รวมถึงการประเมินอาการภายหลังได้รับการรักษา

1.3 การตอบสนองต่ออาการ เป็นการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อการมีอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งการตอบสนองต่ออาการสามารถที่แสดงออกมาได้หลายทาง

## 2. กลวิธีจัดการอาการ (*symptom management*)

การจัดการกับอาการเป็นเป้าหมายเพื่อควบคุม บรรเทาอาการเบี่ยงเบน และป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ในทางลบ ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินอาการ จากประสบการณ์อาการ ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การจัดการอาการต้องคำนึงถึงว่าใครจัดการ (who) จัดการอะไร (what) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการอย่างไร (how) จัดการเมื่อไร (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) และใครเป็นผู้จัดการ (to whom) การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เป็นพลวัตตามความพึงพอใจของแต่ละบุคคล

## 3. ผลลัพธ์ (*outcome*)

ผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดจากการจัดการอาการ โดยประเมินได้หลายแบบ คือ สถานะอาการ (*symptom status*) ความสามารถในการดูแลตนเอง (*self-care*) ค่าใช้จ่าย (*cost*) สภาพอารมณ์ (*emotion status*) อัตราเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (*morbidity and co-morbidity*) อัตราตาย (*mortality*) และคุณภาพชีวิต (*quality of life*)

มโนทัศน์หลักของแนวคิดการจัดการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับปัจจัยสามด้าน ดังนี้

### 1. ปัจจัยด้านบุคคล (*person*)

ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ ลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ แรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรมลักษณะทางสรีระวิทยา เช่น ความสามารถทางกาย และลักษณะทางด้านพัฒนาการ

### 2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (*health and illness*)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง อาจเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลัง ภาวะสุขภาพ เป็นความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้าง หน้าที่ โรคหรือการเจ็บป่วย เป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพ

### 3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (*environment*)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น อากาศ ภูมิประเทศ สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ประเพณี

ปัจจัยทั้งสามด้านดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้ในการอธิบายโมเดลหลักของ การศึกษาครั้งนี้

## โมเดลทัศนคติความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

### ความหมายของความปวด

ความปวด เป็นประสบการณ์ความรู้สึกละเอียดและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ (International Association for the Study of Pain, 1994) มีความซับซ้อนและหลายมิติ ได้แก่ ด้านสรีระ ด้านความรู้สึกละเอียด ด้านอารมณ์ ด้านความคิด สังคมวัฒนธรรมและด้านพฤติกรรม (วงจันทร์, 2553) สามารถเกิดได้ทั้งจากสาเหตุทางกาย ทางระบบประสาท ทางจิตใจ (พงศภักรดี, 2547) หรือจากการทำงานที่ไม่สมดุลกันระหว่างกายกับจิต (Merriam-Webster, 2005) ทั้งนี้ยังพบได้ทั้งที่ไม่พบการบาดเจ็บหรือการมีพยาธิสภาพใดที่น่าจะเป็นเหตุของความปวด (ศศิกันต์, 2552) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน (Merriam-Webster, 2005) ซึ่งผู้ที่บอกความปวดได้ดีคือ ผู้ที่ประสบกับความปวดอยู่ (McCaffery, 1968)

### ประเภทของความปวด

การแบ่งประเภทของความปวดสามารถจำแนกได้หลายประเภท ขึ้นอยู่ว่าจะใช้ ลักษณะใดในการจำแนก อาทิเช่น ระยะเวลาปวด กลไกความปวดทางพยาธิสภาพประสาท สาเหตุ และ ตำแหน่ง เป็นต้น สามารถสรุปได้ดังนี้

#### 1. ความปวด จำแนกตามระยะเวลา

ความปวด จำแนกตามระยะเวลา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความปวดเฉียบพลัน และความปวดเรื้อรัง

1.1 ความปวดเฉียบพลัน หมายถึง ความปวดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มักเกิดจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบ (ศศิกันต์, 2554; สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นการบาดเจ็บ การทำลายของเนื้อเยื่อหรือโรค (Prithviraj, 2003) โดยทั่วไปความปวดจะค่อยๆ ลดลงเมื่อมีการฟื้นฟูหายจากการบาดเจ็บในระยะเวลาสั้นๆ (Roden & Sturman, 2009) ความปวดเฉียบพลันกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว และเหงื่อออก (ศศิกันต์, 2554)



1.2 ความปวดเรื้อรัง หมายถึง ความปวดที่ดำรงอยู่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ (Roden & Sturman, 2009) มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดและพฤติกรรม (Prithviraj, 2003) บ่อยครั้งที่ไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวดชนิดนี้ได้ โดยปกติการลงความเห็นว่าคุณปวดนั้นเป็นความปวดเรื้อรังเมื่อมีความปวดนานเกินเวลาสามเดือน (ศศิกานต์, 2554) การมีความปวดเรื้อรังส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

## 2. ความปวดจำแนกตามกลไกความปวดตามพยาธิสภาพ

ความปวดจำแนกตามกลไกความปวดตามพยาธิสภาพ เป็นการจำแนกประเภทความปวดโดยใช้ลักษณะกลไกที่ส่งสัญญาณประสาทให้สมองรับรู้ความปวดเป็นหลัก แยกได้สองประเภท ได้แก่ ความปวดแบบนอซิเซพทีฟ (nociceptive) และความปวดจากพยาธิสภาพประสาท (neuropathic)

## 3. ความปวดจากทางจิตใจ (psychogenic)

ความปวดจากทางจิตใจ เกิดจากการกระวนกระวาย การซึมเศร้า และการกลัวความตาย เป็นความปวดที่ไม่มีสาเหตุทางกายภาพที่ชัดเจน เป็นความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นความทุกข์ทรมาน ที่ต้องการจิตบำบัดร่วมกับการใช้ยา (อำนาจ, 2553) อาจมีสาเหตุจากปัจจัยด้านจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย (ศศิกานต์, 2552) มีตำแหน่งและขอบเขตของความปวดไม่เป็นไปตามรูปแบบปกติของกายวิภาคระบบประสาท เช่น ความปวดทั่วตัว เป็นหย่อมๆ กระจายอย่างไม่มีแบบแผน (พงศักรดี, 2547)

## 4. ความปวดจำแนกตามสาเหตุ

ความปวดจำแนกตามสาเหตุ โดยใช้สาเหตุในการเกิดความปวดเป็นเกณฑ์ในการจำแนกความปวด เช่น ปวดจากมะเร็ง เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อเป็นระยะๆ โดยก้อนมะเร็งไปลุกลามเซลล์ปกติอื่นๆ (อำนาจ, 2553)

## 5. ความปวดจำแนกตามตำแหน่งที่ปวด

ความปวดจำแนกตามตำแหน่งที่ปวด เป็นการจำแนกโดยคำนึงถึงตำแหน่งบริเวณในร่างกายที่รู้สึกมีอาการปวด ไม่ได้คำนึงถึงพยาธิสภาพหรือสาเหตุเป็นหลัก (Warfield & Bajwa, 2004) เช่น ปวดศีรษะ ปวดบริเวณช่องปาก - ใบหน้า (orofacial) หลังส่วนล่าง ปวดเชิงกราน เป็นต้น (Prithviraj, 2003)

## ลักษณะความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Ulrich et al., 2008) และพบได้ทุกช่วงเวลาภายหลังของการได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูจนถึงระยะเรื้อรัง (อภิชนา, 2555) สมาคมระหว่างประเทศที่ศึกษาด้านความปวด (International Association of Study of Pain) ได้จัดแบ่งลักษณะของความปวดในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังตามประเภทเป็นที่ประเภท ได้แก่ (1) ความปวดนอซิเซพทีฟ เป็นความปวดจากกระดูกและกล้ามเนื้อและ หรือปวดอวัยวะภายใน (2) ความปวดพยาธิสภาพประสาท เป็น ความปวดที่ระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (at level) ต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (below-level) เหนือระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (above level) และหรือ ปวดพยาธิสภาพประสาทอื่นๆ (3) อาการปวดอื่นๆ และ (4) อาการปวดที่ไม่ทราบชนิดความปวด (ตาราง 1) (Dijkers & Bryce, 2012; Cardenas & Felix, 2009; Finnerup, 2013; Rekan, Hagen, & Gronning, 2012; Siddall & Middleton, 2006)

### 1. ความปวดนอซิเซพทีฟ

ความปวดนอซิเซพทีฟ เป็นความปวดที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเป็นหลัก เป็นการทำงานหรือส่งสัญญาณประสาทรับความรู้สึกทางตัวรับความรู้สึกปวด (nociceptors) ในระบบประสาทส่วนปลาย ให้แปลงสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เป็นสัญญาณไฟฟ้าส่งทางไขสันหลังเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางให้รับรู้ (Warfield & Bajwa, 2004) เกิดขึ้นขณะที่ระบบประสาทความรู้สึกและสั่งการไม่มีความผิดปกติ (Siddall & Middleton, 2006) ทั้งนี้ความปวดแบบนอซิเซพทีฟจำแนกย่อยได้เป็นสองชนิด คือ แบบตัวรับความรู้สึกปวดจากร่างกาย (somatic) ที่กระตุ้นผ่านตัวรับความรู้สึกปวดจากเนื้อเยื่อบริเวณกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ และแบบตัวรับความรู้สึกปวดจากอวัยวะภายในร่างกาย (visceral) (Prithviraj, 2003; Warfield & Bajwa, 2004)

1.1 ความปวดจากกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นความปวดจากโครงสร้างกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อจากการบาดเจ็บ อักเสบ จากกล้ามเนื้อกระดูก และจากกลุ่มอาการที่มีการใช้กล้ามเนื้อมากเกินไป (Cardenas & Felix et, 2009; Rekan et al., 2012; Siddall & Middleton, 2006) อาการปวดกล้ามเนื้อเป็นความปวดที่พบบ่อยที่สุดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Cardenas & Felix, 2009; Rekan et al., 2012) เช่น อาการปวดไหล่ (Rekan et al., 2012) หรืออาการปวดมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม การเปลี่ยนท่า และหรือการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนอื่นมากเกินไปเนื่องจากการต้องสูญเสียหน้าที่ส่วนของแขนและขา (Siddall & Middleton, 2006)

1.2 ความปวดอวัยวะภายใน (*visceral*) เป็นความปวดจากการที่มีพยาธิสภาพภายใน เช่น นิ้วในไต ลำไส้ หูดเสียน้ำที่ การปวดศีรษะ(Cardenas & Felix , 2009; Rekan et al., 2012; Siddall & Middleton, 2006) ความปวดชนิดนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ อาจจะเป็นความปวดแบบครั้งคราว

## 2. ความปวดพยาธิสภาพประสาท

ความปวดพยาธิสภาพประสาทเป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท ทำให้ระบบประสาททำงานผิดปกติ (Siddall & Middleton, 2006; Warfield & Bajwa, 2004) อาจมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางหรือระบบประสาทส่วนปลาย (Kumer, 2005; Rekan et al., 2012) ความปวดมักมีลักษณะเป็นปวดแสบร้อน (burning) เหมือนถูกไฟฟ้าช็อตและปวดจี๊ด (electric and shooting) และเกิดขึ้นโดยไม่มีตัวกระตุ้นหรือมีเล็กน้อย เช่น จากการสัมผัสกับแสง ซึ่งนำไปสู่ลักษณะความปวดที่เหมือนจะเกินความจริง (allodynia) (Siddall & Middleton, 2006) ความปวดดังกล่าวสามารถแบ่งย่อยตามระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (level) ได้แก่เหนือระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (above-level) ระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (at-level) และต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (below-level) รายละเอียด มีดังนี้

2.1 เหนือระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (*above-level*) เป็นความปวดจากการที่เส้นประสาทเดี่ยวถูกกด (compressive mononeuropathies) (Rekan et al., 2012; Siddall & Middleton, 2006) เป็นความปวดที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (complex regional pain syndromes) บางครั้งเป็นผลจากปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก บกพร่อง จะพบอาการปวดแบบแสบร้อน กลุ่มอาการปวดมือและไหล่ (shoulder hand syndrome) (Siddall & Middleton, 2006)

2.2 ระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (*at-level*) เป็นความปวดจากการที่รากประสาทถูกกด (ส่วนของcauda equina) ความผิดปกติของโพรงบรรจุของเหลวภายในไขสันหลัง (syringomyelia) ไขสันหลังบาดเจ็บหรือขาดเลือด หรือจากความผิดปกติของทั้งไขสันหลังและรากประสาท (Rekan et al., 2012; Siddall & Middleton, 2006) เป็นความปวดที่มีลักษณะเด่นของความปวดพยาธิสภาพประสาท ทั้งในบริเวณผิวหนังที่มีเส้นประสาท (dermatomes) ติดกับบริเวณที่ไขสันหลังบาดเจ็บ มักพบอาการปวดแบบเกินจริง และมีประสาทไวต่อการสัมผัส (hyperalgesia) ความปวดอาจปรากฏภายหลังการบาดเจ็บเป็นแบบแสบร้อน ปวดจี๊ด (Siddall & Middleton, 2006)

2.3 ต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (*below-level*) เป็นความปวดจากการที่ไขสันหลังบาดเจ็บหรือขาดเลือด (Rekan et al., 2012; Siddall & Middleton, 2006) เป็นความปวดในกลุ่ม

อาการที่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีอะไรมากระตุ้นให้รู้สึกปวด มีความไวต่อความรู้สึกปวด ลักษณะการปวดจะปวดแสบร้อน ปวดจี๊ด หรือ ถูกไฟฟ้าช็อต ความปวดอาจผันตามกับสภาพอารมณ์ ความวุ่นวายใจ การคิดเชื่อ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับท่าทางหรือการเคลื่อนไหว (Siddall & Middleton, 2006)

2.4 ความปวดแบบพยาธิสภาพประสาทอื่นๆ หมายถึง ความปวดที่เป็นแบบพยาธิสภาพประสาทที่ระดับ เนื้อระดับ หรือต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ได้แก่ กลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดอัดในอุโมงค์ข้อมือ (carpal tunnel syndrome) โรคเส้นประสาทใบหน้า (trigeminal neuralgia) เส้นประสาทถูกทำลายจากเบาหวาน (diabetic polyneuropathy) (Bryce et al., 2012)

### 3. อาการปวดอื่นๆ

อาการปวดอื่นๆ เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่ตรวจพบสิ่งกระตุ้นการอักเสบ หรือการทำลายของเส้นประสาทยังไม่ชัดเจนพอที่จะกล่าวว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปวดหรือพัฒนามาจากสิ่งใด ความปวดแบบผิดปกติ อาทิเช่น อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (complex regional pain syndromes) ภาวะปวดสสาวะอักเสบ กลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome) (Bryce et al., 2012)

### 4. ไม่ทราบชนิดความปวด

ความปวดชนิดที่ไม่ทราบชนิดความปวด เป็นความปวดที่ไม่สามารถประเมินได้ว่าอยู่ในประเภทใด เป็นความปวดที่ไม่รู้สาเหตุ มีความปวดเหมือนการผสมผสานทั้งความปวดแบบนอซิเซฟทิฟ และแบบพยาธิสภาพประสาท (Bryce et al., 2012)

#### ตาราง 1

##### ประเภทและตำแหน่งของความปวดในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ประเภท	ตำแหน่ง	ลักษณะเด่นที่พบได้บ่อย	โครงสร้าง/พยาธิสภาพ
นอซิเซฟทิฟ (nociceptive)	กระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal)	กดเจ็บที่บริเวณกระดูกและกล้ามเนื้อ ปวดตื้อๆ (dull/aching) มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว	- กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ ได้รับบาดเจ็บหรืออักเสบจากความไม่มั่นคงของโครงสร้าง - การกระดูกของกล้ามเนื้อ

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเภท	ตำแหน่ง	ลักษณะเด่นที่พบได้บ่อย	โครงสร้าง/พยาธิสภาพ
	อวัยวะภายใน (visceral)	ปวดบริเวณทรวงอก ช่องท้อง เป็นความรู้สึกแบบตื้อๆ (dull/aching) หรือ ปวดเกร็ง (cramping) สัมพันธ์กับ พยาธิสภาพหรือความผิดปกติของ อวัยวะภายใน (เช่น การติดเชื้อ การอุดกั้น)	- นิ้วในไตหรือจาก ทางเดิน ปัสสาวะ - การทำงานของหูรูด หรือการทำงานของลำไส้ บกพร่อง
พยาธิสภาพ ประสาท (neuropathic)	ระดับบาดเจ็บ (at level)	ปวดบริเวณระดับไขสันหลัง พบความ ปวดแบบแสบร้อน (burning) ถูกไฟฟ้า ช็อต (electric) หรือ ปวดจี๊ด (shooting) ปวดมากเมื่อมีอะไรมากระตุ้นแม้แต่ เบาๆ (allodynia) และ/หรือความปวดที่ มากกว่าปกติ (hyperalgesia)	- รากประสาทถูกกด (รวมทั้ง cauda equina) - ความผิดปกติของโพรง บรรจุของเหลวภายใน ไขสันหลัง (syringomyelia) - ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ หรือขาดเลือด
	ต่ำกว่าระดับไขสัน หลังบาดเจ็บ (below level)	ปวดต่ำกว่าระดับที่บาดเจ็บไขสันหลัง เป็นลักษณะความปวดที่สามารถอธิบาย ได้หลากหลาย ได้แก่ แสบร้อน (burning) ถูกไฟฟ้าช็อต (electric) หรือ ปวดจี๊ด (shooting)	- ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ หรือขาดเลือด
	เหนือระดับไขสันหลัง บาดเจ็บ (above level)	ปวดที่เหนือระดับไขสันหลังบาดเจ็บ ลักษณะความปวดไม่มีความเฉพาะเจาะจง กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (complex regional pain syndromes)	เส้นประสาทเดี่ยวถูกกด (compressive mononeuropathies)
	อาการปวดอื่นๆ	กลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดอัดใน อุโมงค์ข้อมือ (carpal tunnel syndrome) โรคเส้นประสาทใบหน้า (trigeminal neuralgia) เส้นประสาทถูกทำลายจาก เบาหวาน (diabetic polyneuropathy)	-

ประเภท	ตำแหน่ง	ลักษณะเด่นที่พบได้บ่อย	โครงสร้าง/พยาธิสภาพ
อาการปวด อื่นๆ (others)		กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (complex regional pain syndromes) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กลุ่มอาการ ลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome)	-
ไม่ทราบชนิด ความปวด (unknown)		อาการปวดดูเหมือนผสมผสานทั้ง นอซิเซพทีฟและพยาธิสภาพประสาท (nociceptive and neuropathic pain)	-

หมายเหตุ คัดแปลงจาก “A proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury,”  
by Siddall & Middleton, 2006, *Spinal Cord*, 44, p. 68.

### พยาธิสภาพความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ความปวดเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทรับความรู้สึกรับการสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ร่างกายส่งสัญญาณสู่สมองให้เกิดการรับรู้ขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการทางชีวเคมีและสรีรวิทยา ได้แก่ การแปลงสัญญาณ (transduction) การส่งผ่านสัญญาณ (transmission) การปรับสัญญาณ (modulation) และการรับรู้ (perception) และพฤติกรรมความปวด (pain behavior) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ อักเสบหรือได้รับสิ่งกระตุ้น จะมีการแปลงสัญญาณโดยเซลล์ในบริเวณนั้นก็จะแตกและหลั่ง โพรแทสเจียมไอออน ( $K^+$ ) ออกมาพร้อมๆ กับการกระตุ้นฟอสโฟไลเปสเอทู (phospholipase A<sub>2</sub>) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ปลดปล่อยกรดอะราชิโดนิก (arachidonic acid) ออกมาจากเยื่อหุ้มเซลล์ (cell membrane) และถูกเปลี่ยนไปเป็นสารสื่อประสาทมากมาย เช่น พรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) ไซโคลออกซีจีเนส (cyclo-oxygenase) ลิวโคไตรอีน (leukotriene) ลิพอกซีจีเนส (lipoxygenase) ซึ่งเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาทางเคมีให้เป็นกระแสไฟฟ้า (อานวย, 2553) แล้วส่งสัญญาณประสาททางประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (peripheral sensory nerve) โดยมีใยประสาทขาเข้าของเซลล์ประสาทรับความรู้สึก เอลดต้า (A delta) และ ซี ไฟเบอร์ (C fiber) ที่ทำหน้าที่ในการรับความรู้สึกเจ็บปวด สัมผัส และอุณหภูมิ ไปยังเซลล์ประสาทไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn neurons) อยู่ตรงเนื้อสีเทาที่มีเซลล์เรียงตัวแยกเป็นชั้นๆ

(lamina) (พงศักราดิ, 2547) โดยชั้นที่ 1 และ 5 จะรับจาก เอ เซลล์ และ ชั้น 2 จะรับจากซี ไฟเบอร์ (พงศักราดิ, 2547; Pappagallo, 2005) ส่งสัญญาณไปยังประสาทรับรู้อาขึ้น (ascending sensory pathway) เพื่อส่งรวมกันที่ทาลามัส และบางส่วนจะไปรวมกันที่ เรติคิวลาร์ ฟอร์มชัน (reticular formation) และระบบลิมบิก (limbic system) (พงศักราดิ, 2547; อำนวนย, 2553) แต่จะมีการปรับสัญญาณประสาทเป็นประสาทรับรู้อากลง (descending pathways) ซึ่งเป็นระบบที่ซับซ้อน สามารถทำให้เกิดผลต่อการส่งสัญญาณความปวดทั้งแบบกระตุ้นและยับยั้ง (ศศิกานต์, 2549) การกระตุ้นเพอริอะควิดักทิล เกรย์ มาตเตอร์ (periaqueductal gray matter) หรือ รอสทราล เวนทราล มิดัลลา (rostral ventral medulla) จะยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทไขสันหลังที่อยู่บริเวณลามินา 1, 2 และ 5 ทำให้เกิดการปรับสัญญาณความปวดจากภายนอกลดลง (พงศักราดิ, 2547; Warfield & Bajwa, 2004) แต่ถ้าความปวดต่อเนื่องยาวนาน ผลทางด้านกรยับยั้งอาจมีความไวลดลงจนกลับเข้าสู่สภาวะปกติหรือประสิทธิภาพลดลงจนเกิดความอ่อนล้า (exhaustion) จะทำให้มีพยาธิสภาพความปวดแบบเรื้อรังเกิดขึ้น (ศศิกานต์, 2549) ซึ่งการรับรู้ความปวด การทำงานของ ทาลามัส และสมองใหญ่จะทำหน้าที่ด้านกลไกรับรู้ความรู้สึกปวด ส่วนไฮโปทาลามัส และลิมบิก จะทำหน้าที่ให้ความรู้สึกด้านอารมณ์ (พงศักราดิ, 2547; Warfield & Bajwa, 2004) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมความปวด โดยเมื่อกระแสประสาทรับรู้ความรู้สึกเข้ามาสู่ระบบลิมบิกและไฮโปทาลามัส จะมีการผสมผสานข้อมูลที่ได้รับเพื่อให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ตามที่ต้องการ ความรู้สึกนี้อาจร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อแตก หายใจเร็ว เป็นต้น (ศศิกานต์, 2549)

การได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังส่งผลให้เกิดความปวดเรื้อรังได้เนื่องจากรากประสาทถูกทำลาย ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและการทำหน้าที่ของไขสันหลัง และมีผลต่อการทำงานต่อสมองและระบบประสาทส่วนปลาย (D'Angelo et al., 2013) นอกจากนี้ มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท การปล่อยสารพิษ (excitotoxic) และการอักเสบ (D'Angelo et al., 2013; Yeziarski, 2009) ทำให้มีการสูญเสียระบบการยับยั้งการหลังสารเคมีภายในเซลล์ประสาท ได้แก่ แกมมาอะมิโนบิวทีริก (gamma-aminobutyric [GABA]) หรือกาบา และไกลซีน (glycine) ทำให้การทำหน้าที่ของตัวประสาทเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อการส่งสัญญาณไปยังเปลือกสมอง (cortex) ในการทำงานเพื่อสั่งการและรับรู้ความรู้สึก เป็นสาเหตุให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังเกิดกลุ่มอาการปวดขึ้นที่ระบบประสาทส่วนปลาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่เล็กน้อยจากใยประสาทหรือสารเคมี จึงทำให้ผู้บาดเจ็บรับรู้ได้ง่ายกว่าคนปกติ (D'Angelo et al., 2013)

ความปวดที่เกิดหลังจากเส้นประสาทถูกทำลาย มักมีลักษณะความปวดที่เฉพาะแบบปวดแสบร้อน และอาจเกิดขึ้นตลอดเวลา หรือเป็นพัก ๆ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจากซี ไฟเบอร์ ถูกทำลาย แต่ถ้า เอ เซลล์ถูกทำลายด้วย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นก็เป็นแบบความรู้สึกผิดปกติเหมือน

ถูกแทงที่เกิดขึ้นเอง (paresthesia) ความรู้สึกแปลก ๆ (dysesthesia) (อำนาจ, 2553) อาการปวดที่เหมือนจะเกินจริงหรือปวดเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อย และประสาทสัมผัสไวต่อความรู้สึก (hyperalgesia) (Yeziarski, 2009)

### หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ประสบการณ์ความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยทุกช่วงของการบาดเจ็บในระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะเรื้อรัง (อภิชนา, 2555; Ullrich et al., 2008) ความปวดดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงในการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Celik et al., 2012; Margot-Ducclot et al., 2009; Wollaars et al., 2007) จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความปวดส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบาดเจ็บไขสันหลังที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับคอ ทรวงอก และก้นกบ มีความรุนแรงของการบาดเจ็บทั้งแบบสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ ได้รับบาดเจ็บโดยเฉลี่ยนานมากกว่า 10 ปี ส่วนประเทศไทย การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดเรื้อรังของผู้บาดเจ็บไขสันหลังโดยตรงมีน้อยมาก สำหรับรายละเอียดของประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีดังนี้

### ความชุกการเกิดความปวด

ความชุกการเกิดความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ผ่านมา มีรายงานจากการศึกษาแบบสำรวจกลุ่มผู้ป่วยที่บาดเจ็บเรื้อรัง พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีความชุกการเกิดความปวดแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมากกว่าครึ่งมีประสบการณ์ความปวดแบบเรื้อรัง ดังเช่น การศึกษางานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในปี ค.ศ. 2009 พบว่าความชุกการเกิดความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังอยู่ในช่วงร้อยละ 26-96 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 62) (Dijkers et al., 2009) ใกล้เคียงกับงานวิจัยแบบสำรวจ ที่ศึกษาความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 1,295 คน (Modirin et al., 2010) และ 575 คน (Heutink et al., 2011) พบความชุกของการเกิดความปวดร้อยละ 65.7 และ 77.1 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าความปวดนั้นเป็นปัญหาขนาดใหญ่ที่พบได้ในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีความปวดมากกว่าหนึ่งประเภท (Felix et al., 2007; Wollaars et al., 2007) และมักพบว่าเป็นความปวดจากพยาธิสภาพประสาท (Celik et al., 2012; Heutink et al., 2011; Margot-Ducclot et al., 2009; Wollaars et al., 2007) และส่วนหนึ่งของผู้บาดเจ็บรายงานว่ามีความปวดแบบนอนซีเซฟทิฟที่เกิดจากกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ (อภิชนา, 2555)



### ความรุนแรงของความปวด

ความรุนแรงของความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) (Celik et al., 2012; Cruz-Almeida et al., 2009; Hanley et al., 2006; Jensen et al., 2005; Modirian et al., 2010; Molton et al., 2009; Perry et al., 2009; Ullrich et al., 2008; Wollaars et al., 2007) ดังเช่น เพอร์รี่ และคณะ (Perry et al., 2009) ศึกษาในผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 5,941 ราย ที่มีการบาดเจ็บแบบสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ เป็นอัมพาตท่อนล่างและอัมพาตทั้งตัว พบว่ามีความรุนแรงของความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.3 (ช่วง 0 - 10 คะแนน) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้บาดเจ็บไขสันหลังของมาร์กอต-ดักคลอท และคณะ (Margot-Ducclot et al., 2009) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1947 - 2005 พบว่าร้อยละ 25-60 ของผู้ป่วยรายงานความรุนแรงของความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเรื่องความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าร้อยละ 21-39 มีความปวดอยู่ในระดับรุนแรงมาก (Miguel & Kraychete, 2009) นอกจากนี้การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกในการเกิดความปวดเรื้อรังเนื่องจากอุบัติเหตุ ยังพบว่าในผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่บาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์มีแนวโน้มของการเกิดความรุนแรงของความปวดมากกว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่บาดเจ็บแบบสมบูรณ์ และผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีอัมพาตท่อนล่างจะมีแนวโน้มความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่มีอัมพาตทั้งตัว (Dijkers et al., 2009)

สำหรับระยะเวลาในช่วงวันผู้บาดเจ็บไขสันหลังอาจมีความปวดรุนแรงไม่เท่ากัน โดยพบว่าความรุนแรงของความปวดในเวลากลางคืนสูงกว่าช่วงเวลาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Celik et al., 2012) ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมีอุณหภูมิที่ลดลงกว่าช่วงกลางวัน ดังเห็นได้จากการศึกษาพบว่า สิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการปวดกำเริบได้บ่อยที่สุด คือสภาพอากาศที่หนาวเย็น พบมากในผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้ถึงร้อยละ 66.7 (Cruz-Almeida et al., 2009) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น กล้ามเนื้อกระตุก ท้องผูก (Cruz-Almeida et al., 2009; Margot-Ducclot et al., 2009) อาการเหนื่อยล้า มีการคิดเชื่อ หรือ ปัสสาวะคั่ง ก็ส่งผลให้ความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้นได้อีกด้วย (Margot-Ducclot et al., 2009) ซึ่งระดับความรุนแรงที่มากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก กระทั่งต่อการทำหน้าที่การทำงานที่ลดลง ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้าและรู้สึกล้มเหลวในชีวิต

### ตำแหน่งที่ปวด

สำหรับตำแหน่งของร่างกายที่พบความปวด จากการศึกษาพบว่าตำแหน่งที่พบได้บ่อย มีกระจายทั่วร่างกายทั้งรยางค์ส่วนบน และส่วนล่าง ไม่ว่าจะเป็น ศีรษะ หลัง ไหล่ คอ ลำตัว แขน มือ ก้น สะโพก เขิงกราน ขา และเท้า แต่การศึกษาส่วนใหญ่มักพบตำแหน่งที่มีความปวดบ่อยเหมือนกัน คือ บริเวณหลัง และขา/เท้า (Cruz-Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007; Hanley et al., 2006; Jensen et al., 2005; Molton et al., 2009; Ullrich et al., 2008) โดยตำแหน่งที่มีระดับความรุนแรงสูงได้แก่ บริเวณก้น สะโพก และขา (Ullrich et al., 2008)

### ลักษณะความปวด

ลักษณะความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีหลายลักษณะ โดยผู้บาดเจ็บอธิบายลักษณะความปวดเป็นคำพูดบอกเล่า ลักษณะความปวดที่พบบ่อยเป็นแบบแสบร้อนมากที่สุด (Cruz-Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007; Modirian et al., 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของมาร์กอต-ดักคลอท และคณะ (Margot - Ducclot et al., 2009) พบว่าส่วนใหญ่ผู้บาดเจ็บบอกว่ามีความปวดแบบแสบร้อนมากที่สุด (ร้อยละ 73-90) รองลงมาเป็นความปวดแบบตื้อๆ ถูกของมีคม ปวดตุ้บๆ ปวดจี๊ด ไฟฟ้าช็อต ทะลุทะลวง ถูกแมลงกัด ต่อย ตามลำดับ (Cruz-Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007) และความปวดแบบเหมือนถูกแทง เป็นความปวดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายมากที่สุด (Felix et al., 2007)

สำหรับประสบการณ์ความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ในประเทศไทยยังไม่มี การศึกษาโดยตรง มีเพียงการศึกษาของวนิดา (2546) ศึกษาความทุกข์ทรมานในผู้บาดเจ็บ ไขสันหลังที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง มีและ ความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบสมบูรณ์จำนวน 80 คน พบว่า ความปวดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งร้อยละ 51.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานมากกับความปวดที่เกิดขึ้น โดยไม่ทราบ แหล่งที่มาของความปวด และเมื่อประเมินแบบแผนสุขภาพด้านความปวด พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีอาการปวดบ่อยครั้งถึงปวดตลอดเวลา สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ของวชิรญาณ (2555) พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังอัมพาตท่อนล่าง อธิบายลักษณะความปวดเป็นแบบ ปวดจี๊ดตามเส้นประสาท และปวดแบบแสบร้อน

โดยสรุป ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 มีประสบการณ์ความปวด แบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นความปวดประเภทพยาธิสภาพประสาท มีระดับความรุนแรงของความปวด เฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยถึงมาก มักพบความปวดบ่อยบริเวณหลังและ ขา/เท้า โดยพบลักษณะความ ปวดแสบร้อนมากที่สุด

## ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

คอคค์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการแต่ละคน อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยสามด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษางานวิจัยสามารถสรุปปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้ดังนี้

### ปัจจัยด้านบุคคล

1. *เพศ* จากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่รายงานเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความปวด ทั้งนี้เนื่องจากบางการศึกษาที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มากพอ และส่วนใหญ่อัตราส่วนของตัวอย่างเพศชายมักมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง จึงไม่สามารถที่จะรายงานความแตกต่างระหว่างเพศได้ชัดเจน (Dijkers et al., 2009; Margot-Ducclot et al., 2009) แต่ผลการศึกษามีแนวโน้มพบว่า เพศหญิงมีความรุนแรงปวดมากกว่าเพศชาย ดังเช่นการศึกษาแบบสำรวจที่ศึกษาความแตกต่างของความปวดระหว่างเพศในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ประเทศสวีเดน และอิหร่าน พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มพบความปวดมากกว่าเพศชาย (Modirian et al., 2010; Norrbrink Budh et al., 2003)

2. *อายุ* อายุอาจมีผลต่อการรับรู้ และการแสดงออกถึงความเจ็บปวดที่แตกต่างกันในระดับการอดทนต่อความปวด (ผ่องศรี, 2551) ดังเช่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Wollaars et al., 2007)

3. *ระดับการศึกษา* การศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีการศึกษาสูงมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษามีแนวทางในการรับมือกับความปวด ทำให้สามารถควบคุมความปวดได้ดีกว่า (Wollaars et al., 2007)

4. *ทัศนคติเกี่ยวกับความปวด* มีการศึกษาพบว่า ผู้บาดเจ็บที่มีทัศนคติด้านลบ การมองโลกในแง่ร้าย การมองว่าการฟื้นฟูสภาพไม่ได้ช่วยให้อะไรดีขึ้น (Margot-Ducclot et al., 2009) รวมไปถึงการมองว่าตนเองล้มเหลวในการใช้ชีวิต มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น (Molton et al., 2009; Ullrich et al., 2008)

5. *ประสบการณ์ความปวด* ประสบการณ์ความปวดอาจมีผลกระทบต่อการรับรู้ความปวดในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามประสบการณ์ความปวดอาจไม่ทำนายได้ชัดเจน ผู้ที่มีประสบการณ์เลวร้ายในอดีตอาจมีความกลัว ทำให้รับรู้ถึงความปวดที่ยังรุนแรงกว่าเดิม หรือในทาง

กลับกันผู้ที่มองประสบการณ์ความปวดในอนาคตในทางบวก อาจมองว่าเคยผ่านประสบการณ์ที่เข้ามาแล้วสามารถที่จะอดทนต่อความปวดที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าในอดีต (ผ่องศรี, 2551)

### **ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย**

1. **ระดับบาดเจ็บของไขสันหลัง** ระดับบาดเจ็บของไขสันหลังยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับความปวด บางการศึกษาพบว่าระดับการบาดเจ็บของไขสันหลังไม่มีความสัมพันธ์กับอาการปวด (Dijkers et al., 2009; Ulrich et al., 2008) แต่ก็ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลังระดับอก คอ และบริเวณไขสันหลังส่วนหางม้า (cauda equina) มักพบความปวดประเภทพยาธิสภาพประสาทได้บ่อยครั้ง (Margot-Ducclot et al., 2009)

2. **ความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง** ความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์กับความปวดมาก โดยพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีการบาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์มีความปวดมากกว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ (Margot-Ducclot et al., 2009; Modirian et al., 2010) อีกทั้งยังพบว่าระดับบาดเจ็บของไขสันหลังกับความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบความสมบูรณ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดความปวด โดยพบว่า ความปวดที่ตำแหน่งที่ต่ำกว่าไขสันหลังบาดเจ็บ (Wollaars et al., 2007) และการได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับเอว (Modirian et al., 2010) ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์จะมีความปวดแบบพยาธิสภาพประสาทได้มาก

3. **ระยะเวลาในการบาดเจ็บไขสันหลัง** มีการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการบาดเจ็บไขสันหลังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความปวดแบบพยาธิสภาพประสาท กล่าวคือถ้าระยะเวลาจากการบาดเจ็บนานย่อมมีโอกาสดพบความปวดแบบพยาธิสภาพประสาทได้ง่าย (Margot-Ducclot et al., 2009)

4. **ระยะเวลาและระดับความรุนแรงของความปวด** จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวดพยาธิสภาพประสาทเรื้อรังของมาร์กอต คัคคลอต และคณะ (Margot-Ducclot et al., 2009) พบว่าผู้บาดเจ็บที่รายงานความปวดระดับน้อยหรือไม่ปวดในช่วงปีแรกภายหลังการได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จะพบการรายงานความปวดได้น้อยเมื่อระยะเวลาผ่านไปห้าปีหลังจากบาดเจ็บ แต่ถ้าผู้ป่วยรายงานระดับความปวดที่รุนแรงและต่อเนื่องในระยะเวลาปีแรกหลังจากบาดเจ็บ พบว่า มีรายงานความปวดแบบพยาธิสภาพประสาทต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน

5. **อาการทางคลินิกอื่นๆ ร่วมด้วย** การที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ เช่น การมีอาการเหนื่อล้า การติดเชื้ ภาวะท้องผูก หรือการคาสยสวนปัสสาวะส่งผลให้ การรับรู้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น (Margot -Ducclot et al., 2009)

6. *สภาพจิตใจและอารมณ์* สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีความสัมพันธ์กับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ไม่ดี (Modirian et al., 2010) รู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง โกรธ ส่งผลให้มีความปวดเพิ่มขึ้น (Wollaars et al., 2007)

### *ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม*

1. *แหล่งสนับสนุนทางสังคม* มีการศึกษาพบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความปวด หมายความว่า ถ้ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้ความปวดน้อย (Raichle et al., 2007) ในทางกลับกัน การที่ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวจากสังคม จะเป็นตัวส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีสภาพจิตใจไปในทางลบ ส่งผลให้รับรู้ความปวดมากขึ้น (Ullrich et al., 2008)

2. *บรรยากาศในครอบครัว* มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า สิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้กับความปวด (Goossens, Dousse, Ventura, & Fattal, 2009) การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยมีความปวด ครอบครัวจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานด้วย ส่งผลให้การคาดคะเนความปวดในผู้ป่วยโดยสมาชิกครอบครัวได้ตรงกับผู้ป่วย (ยุพาวดี, วงจันทร์ และ กิตติกร, 2550) จะนำไปสู่การช่วยแสวงหาการจัดการความปวดเรื้อรังให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม (Goossens et al., 2009)

3. *วัฒนธรรม* วัฒนธรรมที่แตกต่างมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความปวดของบุคคลที่แตกต่างกันอาจเกิดจากการหล่อหลอมหรือการปลูกฝังส่งผลต่อการตัดสินใจและแสดงออกของผู้ป่วย เช่น วัฒนธรรมที่ทำให้ผู้ป่วยให้อดทนต่อความปวด จะหลีกเลี่ยงการแสดงออก เช่น การร้องไห้ ซึ่งอาจถูกมองว่าอ่อนแอ จึงต้องยอมรับกับความปวดทำให้มีความอดทนต่อความปวด แต่ถ้าวัฒนธรรมที่แสดงออกให้ผู้อื่นรู้เกี่ยวกับความปวด อาจกรีดร้องเพื่อบรรเทาความปวด หรือเรียกร้องความสนใจ (นุสรา และ ยุพากรณ์, 2556)

4. *สภาพอากาศ* พบว่า การศึกษาพบว่า สภาพอากาศหนาว เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บาดเจ็บไขสันหลังมีความปวดแบบพยาธิสภาพประสาทกำเริบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 66.7) (Cruz-Almeida et al., 2009) โดยช่วงเวลาที่มียากอากาศหนาวหรือเย็นกว่าปกติ เช่น รุ่งเช้า เวลาฝนตก จะทำให้ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีความปวดเพิ่มขึ้นได้ (วชิรญาณ, 2555)

## การประเมินความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

การประเมินความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีหลายรูปแบบ เนื่องจากผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีความปวดที่หลากหลายรูปแบบ เครื่องมือประเมินความปวดที่นิยมใช้จึงมีทั้งแบบมิติตเดี่ยวและหลายมิติ ดังนี้

### เครื่องมือประเมินความปวดแบบมิติตเดี่ยว

เครื่องมือประเมินความปวดแบบมิติตเดี่ยว เป็นเครื่องมือที่ประเมินความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังเพียงด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การประเมินประเภทของความปวด การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด หรือลักษณะความปวด รายละเอียด มีดังนี้

การประเมินประเภทของความปวด บริซซ์ และคณะ (Bryce et al., 2012) ได้จำแนกการประเมินประเภทความปวด (International Spinal Cord Injury Pain) เป็นสามขั้น ดังนี้ (ตาราง 2)

### ตาราง 2

#### การประเมินประเภทของความปวด

ขั้นที่ 1 ประเภทความปวด	ขั้นที่ 2 ประเภทย่อยของความปวด	ขั้นที่ 3 สาเหตุ และหรือ พยาธิสภาพ
ปวดนอซิเซพทีฟ	<input type="checkbox"/> ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ..... เช่น ข้อไหล่อักเสบ การอักเสบของเส้นเอ็น การแตกหักของกระดูกต้นขา กล้ามเนื้อหลังกระดูก
	<input type="checkbox"/> ปวดอวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> ..... เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถุงน้ำดีอักเสบ อาการปวดท้องเนื่องจากการอุดตันของลำไส้
	<input type="checkbox"/> เจ็บปวดอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ..... เช่น รีเฟล็กซ์บัพพร้อม (autonomic dysreflexia) ปวดหัวไมเกรน ปวดแผลผ่าตัดที่ผิวหนัง

## ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นที่ 1 ประเภทความปวด	ขั้นที่ 2 ประเภทย่อยของความปวด	ขั้นที่ 3 สาเหตุ และหรือ พยาธิสภาพ
ปวดพยาธิสภาพประสาท	<input type="checkbox"/> ปวดระดับที่ไขสันหลังขนาดเจ็บ  <input type="checkbox"/> ปวดต่ำกว่าระดับไขสันหลังขนาดเจ็บ  <input type="checkbox"/> อาการปวดพยาธิสภาพประสาทอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ..... เช่น การบีบอัดเส้นประสาทไขสันหลัง (spinal cord compression) การบีบอัดรากเส้นประสาท (nerve root compression) การบีบอัดรากประสาทหางม้า (cauda equina compression)  <input type="checkbox"/> ..... เช่น เส้นประสาทไขสันหลังขาดเลือด (spinal cord ischemia) การบีบอัดเส้นประสาทไขสันหลัง (spinal cord compression)  <input type="checkbox"/> ..... เช่น กลุ่มอาการเส้นประสาทถูกกดอัดในอุโมงค์ข้อมือ โรคเส้นประสาทใบหน้า เส้นประสาทถูกทำลายจากเบาหวาน  <input type="checkbox"/> ..... เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (complex regional pain syndromes) ภาวะแพ้ปัสสาวะอักเสบ กลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome)
อาการปวดอื่นๆ	-	<input type="checkbox"/> ..... เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) กลุ่มอาการปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน (complex regional pain syndromes) ภาวะแพ้ปัสสาวะอักเสบ กลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome)
ปวดไม่ทราบสาเหตุ	-	

หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก “International Spinal Cord Injury Pain Classification: Part I. Background and description,” by Bryce et al., 2012, *Spinal Cord*, 50, p. 414.

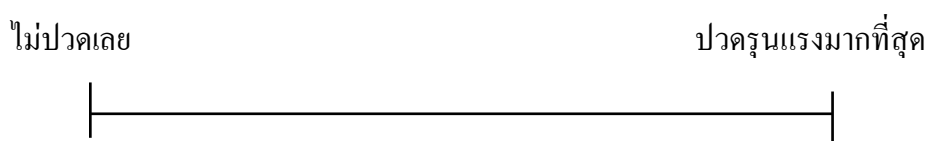
การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบเครื่องมือที่ใช้บ่อยในการประเมินความรุนแรงของความปวด ได้แก่ มาตรวัดระดับความปวดด้วยตัวเลข (numerical rating scale [NRS]) มาตรวัดความปวดชนิดเส้นตรง (visual analogue scale [VAS]) และมาตรวัดแบบคำพูด (verbal rating scale [VRS])

มาตรวัดระดับความปวดด้วยตัวเลข เป็นเครื่องมือที่ประเมินความรุนแรงที่ใช้บ่อยในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Felix et al., 2007; Jensen et al., 2005; Molton et al., 2009; Perry et al., 2009; Ullrich et al., 2008; Soler et al., 2010; Ullrich et al., 2008) ผู้ป่วยจะคัดเลือกตัวเลขที่ใกล้เคียงกับระดับความปวดของตนเอง โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่จินตนาการได้ (พงศภารดี, 2547; ศศิกานต์, 2554 ) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้ NRS เป็นอันดับแรกในการประเมินความรุนแรงของความปวด (Bryce et al., 2012) แต่ผู้ถูกประเมินต้องมีความเข้าใจพื้นฐานด้านตัวเลขจึงจะสามารถใช้วิธีนี้ได้

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดระดับความปวดด้วยตัวเลข

มาตรวัดความปวดชนิดเส้นตรง (Amr, 2010; Norrbrink Budh et al., 2003; Norrbrink & Lundeborg, 2004) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มม. อุปมาให้เส้นตรงเป็นตัวแทนของอาการปวดของผู้บาดเจ็บ โดยเริ่มจากตัวซ้ายสุดของเส้นแนวราบ หรือจุดต่ำสุด มีคำว่าไม่ปวดเลย และสิ้นสุดทางปลายของทางปลายหรือจุดสูงสุดมีคำว่า ปวดรุนแรงมากที่สุด ให้ผู้บาดเจ็บทำเครื่องหมาย ตัด กับเส้นตรงที่คิดว่าเป็นระดับความปวด ข้อดีของ VAS คือ ใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว มีตัวเลือกของระดับความปวดมาก และหลีกเลี่ยงการใช้คำที่คลุมเครือ



ภาพ 2 แสดงมาตรวัดความปวดชนิดเส้นตรง

มาตรวัดแบบคำพูด เป็นวิธีที่ใช้แทน NRS ให้ผู้บาดเจ็บระบุความรุนแรงเป็นคำพูด อาจแบ่งออกเป็น 4 หรือ 7 ระดับ (อภิชนา, 2555) แสดงความปวดตั้งแต่ไม่มีอาการปวด จนถึงปวดมากที่สุด ซึ่งคำที่ใช้แสดงความปวดอยู่ระหว่าง 4 - 8 คำ โดยใช้คำแสดงความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก เป็นต้น แนะนำให้ใช้ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บเป็นอัมพาตแขน ขา



หรือผู้ที่มีความยากลำบากในการเขียน ทำความเข้าใจยาก หรือติดตามทางโทรศัพท์ (Bryce et al., 2012)

*การประเมินลักษณะความปวด* จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา นักวิจัยได้

กำหนดลักษณะความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไขสันหลัง และให้ผู้ป่วยเลือกความปวดที่ตนเป็นอยู่ แบบประเมินดังกล่าว ได้แก่ แบบประเมินเพื่อเลือกคำอธิบายลักษณะความปวด 24 แบบ (Cruz-Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007) และการเลือกคำอธิบายลักษณะความปวดโดยใช้เครื่องมือ McGill Pain Questionnaires (MPQ) (อภิชนา, 2555; Celik et al., 2012) รายละเอียดมีดังนี้

1) *แบบประเมินเพื่อเลือกคำอธิบายลักษณะความปวด 24 แบบ* เป็นแบบการประเมินรายการอธิบายลักษณะความปวดที่ได้มาจากการทบทวนอาการปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยไขสันหลัง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไขสันหลัง มีตัวเลือก จำนวน 24 แบบ (Cruz-Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007) ได้แก่ aching (ปวดตื้อๆ), biting (ถูกกัด), burning (ปวดแสบร้อน), cold (เย็น), cramping (ปวดเกร็ง), crushing (บดขยี้), cutting (ถูกตัดเฉือน), dull (ตื้อๆ), electric (ถูกไฟฟ้าช็อต), flashing (แบบวูบวาบ), lacerating (ฉีกขาด), lancinating (ไฟฟ้าดูด), penetrating (ทะลุทะลวง), pinching (ถูกเหยียด), pressing (ถูกกด), pricking (ถูกตำ), pulsating (เต้นเป็นจังหวะ), radiating (ร้าว), sharp (ปวดแปลบ), shocking (ช็อค), shooting (ปวดจี๊ด), stabbing (ปวดเหมือนถูกแทง), stinging (ถูกแมลงต่อย), throbbing (ปวดตุ้บๆ) โดยให้ผู้ป่วยเลือกระบุลักษณะความปวดที่ตรงกับความปวดที่ตนเคยมีประสบการณ์ สามารถระบุได้มากกว่าหนึ่งแบบ (Cruz - Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007)

2) *แบบสอบถามแมคกิลล์ (McGill pain questionnaires (MPQ))* ได้รับการพัฒนาโดย ดร.โรนาลด์ เมลซาคก์ ในปี ค.ศ. 1975 (Kitisomprayoonkul, Klaphajone, & Kovindha, 2006) เป็นมาตรวัดลำดับ ถามถึงอาการเจ็บปวด มีสองแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถาม MPQ แบบยาว (MPQ - long Form) ประกอบด้วยลักษณะอาการปวด 78 แบบ และแบบสอบถาม MPQ แบบสั้น (MPQ - short Form) ประกอบด้วย ลักษณะอาการปวดและอารมณ์ที่พบบ่อยจำนวน 15 แบบ ได้แก่ การรับความรู้สึก 10 แบบ และอารมณ์ 5 แบบ (อภิชนา, 2555)

ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2549 กิตติสมประยูรกุล และคณะ (Kitisomprayunkul et al., 2006) ได้ทำการแปลแบบสอบถาม MPQ แบบสั้นประกอบด้วยลักษณะอาการปวด คือ throbbing (ปวดตุ้บๆ), shooting (ปวดจี๊ด), stabbing (ปวดเหมือนถูกแทง), sharp (ปวดแปลบ), cramping (ปวดเกร็ง), gnawing (ปวดเหมือนถูกแทะ), hot-burning (ปวดแสบปวดร้อน), aching (ปวดตื้อๆ), heavy (ปวดหนักๆ), tender (กดเจ็บ), spitting (ปวดเหมือนจะแตกเป็นเสี่ยง), tiring-exhausting (รู้สึกลำบาก), sickening (รู้สึกไม่สบาย), fearful (หวาดกลัวความเจ็บปวด), punishing-cruel (รู้สึกทรมาน)

แล้วนำไปทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยที่มีความปวดจากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และจากโรคระบบประสาทจำนวน 60 ราย ผลพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า มีความปวดสามคำซึ่งถูกผู้ป่วยเลือกน้อยกว่าร้อยละ 33 ได้แก่ ปวดเหมือนถูกแทง ปวดเหมือนถูกตะ และปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง ซึ่งหากนำเครื่องมือนี้ไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงจุดอ่อนด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity)

### **เครื่องมือประเมินประสบการณ์ความปวดแบบหลายมิติ**

เครื่องมือประเมินประสบการณ์ความปวดแบบหลายมิติ เป็นชุดเครื่องมือประเมินประสบการณ์ความปวดได้หลายมิติ ซึ่งมีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดของสมาคมไขสันหลังนานาชาติ (International Spinal Cord Society [ISCoS]) ได้แนะนำให้แพทย์และพยาบาลรักษารวบรวมข้อมูลความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล (International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set [ISCIPBDS]) ซึ่งสร้างโดยสื่อองค์กรหลักที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ได้แก่ สมาคมไขสันหลังนานาชาติ (International Spinal Cord Society) สมาคมบาดเจ็บไขสันหลังแห่งอเมริกา (American Spinal Injury Association) สมาคมความปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society) และสมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain) เพื่อในการประเมินอาการความปวดทางคลินิกพื้นฐานที่จำเป็นในการวินิจฉัยประเภทของความปวดและเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม

แบบประเมินดังกล่าวมีข้อคำถามเกี่ยวกับการอธิบายความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก แต่ละอันดับประกอบด้วย ประเภทของความปวด ความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด จำนวนวันที่ปวด ระยะเวลาในการปวดแต่ละครั้ง ช่วงเวลาของวันในการเกิดความปวด และผลกระทบของความปวดในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และได้ทำการทดสอบค่าความตรงภายใน (internal consistency) ( $r = .90$ ) และค่าความคงที่ภายนอกแบบวิธีวัดซ้ำ (test-retest) ( $r = .81$ ) ซึ่งมีค่าอยู่ในระดับที่ดี (Widerstrom-Noga et al., 2008) อย่างไรก็ตามเนื่องจากชุดเครื่องมือดังกล่าวสร้างขึ้นมาเพื่อให้บุคลากรสุขภาพใช้รวบรวมข้อมูลในการใช้วินิจฉัยประเภทของความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไม่ได้ให้สร้างไว้สำหรับให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง รูปแบบของเครื่องมือดังกล่าวจึงอาจมีความยากต่อการเข้าใจของผู้ป่วยในการนำไปใช้

ต่อมา เจนเซน และคณะ (Jensen et al., 2010) ได้ดัดแปลงแบบประเมินชุดข้อมูลความปวดพื้นฐานของบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล ดังกล่าวข้างต้น โดยดัดประเด็นเรื่องการประเมินประเภทความปวด เนื่องจากทีมผู้วิจัยเห็นว่า ไม่เหมาะสมในการให้ผู้ป่วยประเมิน

ความปวดด้วยตนเอง นอกจากนี้ได้มีการปรับรูปแบบเป็นข้อคำถามเพื่อใช้รายงานความปวดด้วยตนเอง ใช้ในคลินิกหรือการวิจัยในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ดังนั้น แบบประเมินชุดข้อมูลความปวดพื้นฐานจากการบาดเจ็บไขสันหลังด้วยตนเอง (International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set items as self-report measures) ประกอบด้วย ข้อคำถามเลือกตอบ 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นการประเมินผลกระทบของความปวด 6 ข้อ การประเมินลักษณะเฉพาะความปวดที่เกิดขึ้น 1 ข้อ และการประเมินปัญหาความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก 3 ข้อ และได้มีการนำชุดข้อมูลนี้ไปทดสอบทางจิตวิทยา (psychometric test) กับผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 148 คน โดยมีการทดสอบ item response rate โดยรวมมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บาดเจ็บร้อยละ 79.3 มีความปวดมากกว่าหนึ่งปัญหา ด้านความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) พบว่าปัญหาความรุนแรงที่สุดสามอันดับแรกมีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ( $p < .0001$ ) และมีค่าความเที่ยงของข้อคำถามผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94 อย่างไรก็ตามพบว่าเครื่องมือดังกล่าวข้างต้นยังมีจุดอ่อน คือ มีข้อมูลสนับสนุนน้อยในข้อคำถามที่เกี่ยวกับระยะเวลาในการปวดแต่ละครั้งและช่วงเวลาของวันในการเกิดความปวดในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา จึงอาจเป็นข้อสังเกตทางคลินิกและอาจไม่มีความจำเป็นในการนำมาพิจารณา

ในปี ค.ศ. 2013 ทีมองค์กรพัฒนาได้ปรับปรุงเครื่องมือใหม่เป็น ISICIPBDS เวอร์ชัน 2.0 ให้มีความทันสมัย สั้น และสะดวกในการนำไปใช้มากยิ่งขึ้น แต่ยังคงข้อมูลความปวดพื้นฐานที่จำเป็นในการนำไปใช้พิจารณาเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม ใน ISICIPBDS เวอร์ชัน 2.0 นี้ ได้ตัดข้อคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาในการปวดแต่ละครั้งและช่วงเวลาของวันในการเกิดความปวดซึ่งเป็นจุดอ่อนในเครื่องมือรุ่นเก่าออก อีกทั้งยังตัดการประเมินผลกระทบความปวดที่มีความคล้ายคลึงกันในตัวคำถาม ได้แก่ ผลกระทบด้านของการจำกัดกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรม และการความพึงพอใจในการเข้าสังคม เหลือเพียงข้อคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับ และยังปรับระดับการวัดช่วงคะแนนจาก 0 - 6 คะแนน เป็น 0 - 10 คะแนน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ ISICIPBDS เวอร์ชัน 2.0 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินประสบการณ์ความปวดได้หลายมิติที่สอดคล้องกับนิยามศัพท์ของประสบการณ์ความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลังต่อการรับรู้อาการปวด การประเมินอาการปวดและการตอบสนองของร่างกาย จิตใจและสังคมต่ออาการปวด (ผลกระทบของความปวด) นอกจากนี้เครื่องมือนี้ครั้งล่าสุดนี้มีความเฉพาะเจาะจงกับความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลังซึ่งผ่านการพัฒนาและปรับปรุงมาจากองค์กรระดับนานาชาติที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้มีความทันสมัยและสะดวกในการนำไปใช้ยิ่งขึ้น (ภาคผนวก ง)

## การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง มีผู้บาดเจ็บจำนวนมากที่ยังคงมีประสบการณ์ความปวด ผู้บาดเจ็บดังกล่าวจึงต้องมีการจัดการกับความปวดที่หลากหลายเพื่อบรรเทาความปวด ในที่นี้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวด ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดและการประเมินการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง รายละเอียดมีดังนี้

### หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

หลักการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยทั่วไปมีขั้นตอนเริ่มจากต้องมีการระบุและแยกสาเหตุของความปวด จากนั้นทำการรักษาหรือจัดการอาการเท่าที่กระทำได้ รวมทั้งรักษาตามสาเหตุ (Siddall & Middleton, 2006) ในที่นี้จะกล่าวถึงการจัดการความปวดนอซิเซพทีฟและการจัดการความปวดจากพยาธิสภาพประสาท ดังนี้

#### การจัดการความปวดนอซิเซพทีฟ

การจัดการความปวดจากกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการปวดเฉียบพลันจากการอักเสบของกระดูกและกล้ามเนื้อ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรือแรงกระทบโดยตรงที่โครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนน้อยที่เกิดจากการเคลื่อนของโครงสร้างกระดูกไปจากเดิม ส่วนอาการปวดเรื้อรังจากการอักเสบของกระดูกและกล้ามเนื้อ อาจเกิดจากปัจจัยร่วม เช่น การอยู่ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม การใช้กล้ามเนื้อมากเกินไปในการเคลื่อนย้ายและการใช้รถเข็น (wheel chair) หรืออาจเป็นจากการที่กล้ามเนื้อมีการกระตุกซึ่งเป็นเหตุจากพยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยเดิม การจัดการและบรรเทาความปวดเน้นวิธีการเชื่อมต่อกกระดูกกรณีเกิดกระดูกหักหรือเคลื่อน และใช้วิธีการพักกล้ามเนื้อ การทำกายบริหาร กายภาพบำบัด และการปรับท่าทางให้ถูกต้อง สำหรับกลุ่มความปวดที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการที่ใช้งานกล้ามเนื้อมากเกินไป ควรใช้กลุ่มยาแก้ปวด ได้แก่ พาราเซตามอล (Paracetamol) ทรามาดอล (Tramadol) หากไม่ได้ผลควรปรับยาเป็นกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDS) และ โอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioid) ตามลำดับ กรณีที่เกิดความปวดจากกล้ามเนื้อกระตุกควรรับประทานยากุ่มต้านการกระตุกหรือหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (antispasticity) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ แบคโลเฟน (Baclofen) แต่หากไม่ได้ผลจึงจะเปลี่ยนมาเป็นการบริหารยาทางไขสันหลังแทน

(Siddall & Middleton, 2006) อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อขัดแย้งในเรื่องการบริหารยาทางไขสันหลังว่าสามารถลดปวดจากการกระตุ้นได้มีประสิทธิภาพได้ดีจริงหรือไม่ (Teasell et al., 2010) นอกจากนี้มีจากการศึกษายังพบว่า ยาที่มีส่วนประกอบของกัญชา (cannabinoids) สามารถลดการกระตุ้นของกล้ามเนื้อได้ ได้แก่ ยาเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetra hydrocannabinol) แต่ก็ยังมีข้อขัดแย้งในเรื่องประสิทธิภาพในการลดปวดจากการกระตุ้น (Teasell et al., 2010)

*การจัดการความปวดจากอวัยวะภายใน* อาการปวดอวัยวะภายใน อาจเกิดการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะที่ต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือปวดจากการอุดตัน เช่น นิ้วในทางเดินปัสสาวะอาจต้องเอานิ้วออกโดยการผ่าตัด ถ้าใส่ใหญ่อุดตันสมบูรณ์ ท้องผูก อาจต้องล้างอุจจาระออกเพื่อเป็นการแก้ไขระยะสั้น หรือความปวดที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องมีการลดความดันเลือดให้สู่ภาวะปกติ

### **การจัดการความปวดจากพยาธิสภาพประสาท**

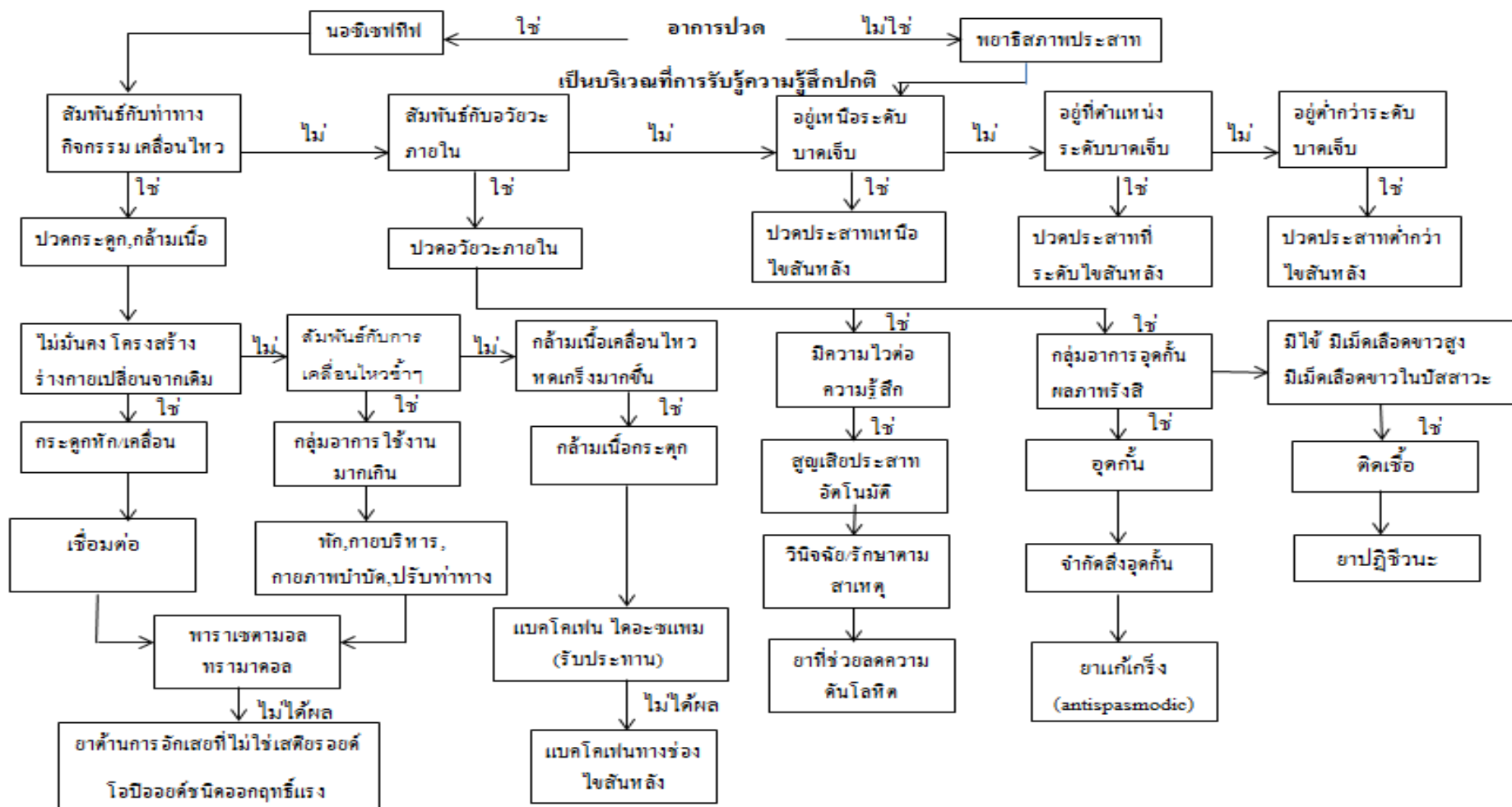
*ความปวดที่ระดับบาดเจ็บและต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่บาดเจ็บ (at level and below level)* ควรใช้ยารักษาอาการปวดโดยเริ่มจากยาลำดับแรก คือ กลุ่มยากันชัก จากการศึกษาพบว่า เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้ลดปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังมากที่สุด (Heutink et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ยากาบาเพนติน (Gabapentin) และ ยาพริกาบาลิน (Pregabalin) มีประสิทธิภาพสูงในการลดปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง สามารถใช้เป็นยาตัวแรกในการจัดการความปวด (Attal et al., 2009; Teasell et al., 2010) ขนาดยาที่ใช้คือ ยากาบาเพนติน 1,200 - 3,600 มก./วัน วันละสามเวลา ส่วนยาพริกาบาลิน ใช้ขนาด 150-600 มก./วัน วันละสองเวลา ซึ่งยาทั้งสองตัวนี้มีความปลอดภัย ทำให้นอนหลับพักผ่อน ลดอาการกังวล และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามมีผลข้างเคียงคือ บวม น้ำหนักเพิ่ม (Attal et al., 2009) สำหรับยา ลามोटริจิน (Lamotrigine) สามารถลดปวดได้เฉพาะในกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลังแบบไม่สมบูรณ์ (Teasell et al., 2010) สามารถใช้เป็นยาตัวเลือกอันดับสองหรือสามในการลดปวดกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังแบบไม่สมบูรณ์ที่มีอาการปวดที่เหมือนจะเกินจริงเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อย (allodynia) (Attal et al., 2009) อย่างไรก็ตามหากยากกลุ่มลำดับแรกไม่ได้ผลก็เลือกลำดับยากกลุ่มที่สอง ได้แก่ ยาด้านอาการซึมเศร้า เช่น ยาอะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) สามารถลดปวดได้ดีในกลุ่มในผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีอาการซึมเศร้าวร่วมด้วย (Attal et al., 2009; Teasell et al., 2010) โดยใช้ขนาด 10 - 250 มก./ วัน เพิ่มขึ้นขนาดกลาง 75 มก./วัน (Attal et al., 2009) และยาแก้ปวดอื่นๆ ได้แก่ ยาไลโดเคน (Lidocaine) สามารถลดปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้ดีในระยะเวลาสั้นๆ (Teasell et al., 2010) โดยใช้ขนาด 5 มก./วัน ภายในเวลา 20 - 40 นาที (Attal et al., 2009) การให้ยา

คีตามีน (Ketamine) ทางหลอดเลือดดำสามารถลดปวดได้ดี (Teasell et al., 2010) โดยใช้ขนาด 15 มก./วัน สำหรับ 20 - 40 นาที (Attal et al., 2009) การใช้ยาแก้ปวดโดยใช้ยาโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง เช่น มอร์ฟีน (Morphine) หรือออกซิโคดอน (Oxycodone) (Attal et al., 2009) โดยการใช้ยามอร์ฟีนอย่างเด็วสามารถลดอาการปวดที่เหมือนจะเกินจริงเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยได้ และยาทรามาดอลขนาด 200-400 มก. วันละสองเวลาสามารถลดปวดได้ดีเช่นกัน (Attal et al., 2009) ทั้งนี้สามารถใช้ยาร่วมกันมากกว่าหนึ่งประเภท จากการศึกษาพบว่าสามารถใช้ยาทรามาดอลร่วมกับยากันชักทำให้ลดปวดได้ดี และสามารถลดอาการปวดจากกระดูกและกล้ามเนื้อ (Attal et al., 2009) จากงานวิจัยแบบทดลองสุ่มอย่างสมบูรณ์ พบว่า การใช้ยาคีตามีนที่มีความเข้มข้นต่ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (inffusion) โดยเจือจางด้วยสารละลายนอร์มัลซาลิน (Normal saline solution) ให้ยาวนาน 5 ชั่วโมง/วัน ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 7 วัน และตามด้วยการรับประทานยาคาบาเพนดิน 300 มก. วันละสามเวลาอย่างต่อเนื่อง พบว่าสามารถลดความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้สารละลายนอร์มัลซาลินเพียงอย่างเดียว (Amr, 2010)

นอกเหนือจากการจัดการความปวดโดยใช้ยาแล้วผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ยังมีการจัดการเพื่อควบคุมหรือบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาทั้งในรูปแบบการปรับตัวทางกายภาพและการปรับความคิดและพฤติกรรม เช่น การกระตุ้นไฟฟ้าบริเวณกะโหลกศีรษะ (Cranial Electrotherapy Stimulation) โดยมีงานวิจัยทดลองแบบสุ่มสมบูรณ์ พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดพยาธิสภาพประสาทใต้ดี (Tan et al., 2011) และการศึกษาโดยใช้การกระตุ้นไฟฟ้าที่กะโหลกศีรษะโดยตรงร่วมกับการใช้เทคนิคภาพสมมุติ (visual illusion) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าสามารถลดปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นจากกะโหลกศีรษะหรือการใช้เทคนิคภาพสมมุติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยลดปวดระยะยาว (ภายหลังติดตามต่อเนื่องสามเดือน) ทำให้สามารถทำกิจกรรม มีความเพลิดเพลิน และนอนหลับได้ดี (Soler et al., 2010) การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (TENS) (Heutink et al., 2011 ; Norrbrink & Lundeborg, 2004) และการผ่าตัดสามารถลดความปวดที่เกิดจากบาดเจ็บไขสันหลัง (Heutink et al., 2011) นอกจากนี้มีงานวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีความปวดจากพยาธิสภาพประสาทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยวิธีฝังเข็มเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยการนวด โดยทดลองต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหกสัปดาห์ ทำสัปดาห์สองครั้ง ครั้งละ 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง เปรียบเทียบภายในกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มพบว่า การฝังเข็มสามารถลดปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การนวดไม่มีผลต่อการลดปวด และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่ม มีแนวโน้มพบว่าการฝังเข็มสามารถลดปวดได้ดีกว่าการนวด แต่ยังไม่ได้ผลต่อการลดปวด

อย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามต่อในระยะเวลาสองเดือน (Norrbrink & Lundeberg, 2011) และมีการศึกษาเพื่อการลดปวดโดยการให้ผู้ป่วยเจ็บไขสันหลังเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาเก้าเดือน สัปดาห์ละสองครั้ง ครั้งละ 90 -120 นาที ประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกแรงต้าน มีติดตามทุก 3, 6, 9 เดือน พบว่า สามารถลดความปวด ลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ditor et al., 2003) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพได้ทำวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง โดยการให้เข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญปัญหากับความปวดแบบพยาธิสภาพประสาท กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การปรับวิธีการคิดและพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยเจ็บ ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง พบว่าภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และติดตามผู้ป่วยเจ็บภายหลัง 3 และ 6 เดือน พบว่า พบว่า ผู้ป่วยเจ็บมีความปวดลดลง คลายวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการทำวัตรประจำวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heutink et al., 2012) นอกจากนี้มีงานวิจัยแบบสำรวจในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยเจ็บเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น (Heutink et al., 2011; Widerstrom-Noga & Turk, 2003) การนวด การผ่อนคลาย เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดและมีประสิทธิภาพสูงในการลดปวด และการใช้กัญชาหรือแอลกอฮอล์พบว่ามีน้อย แต่มีประสิทธิภาพสูงในการลดปวด (Heutink et al., 2011)

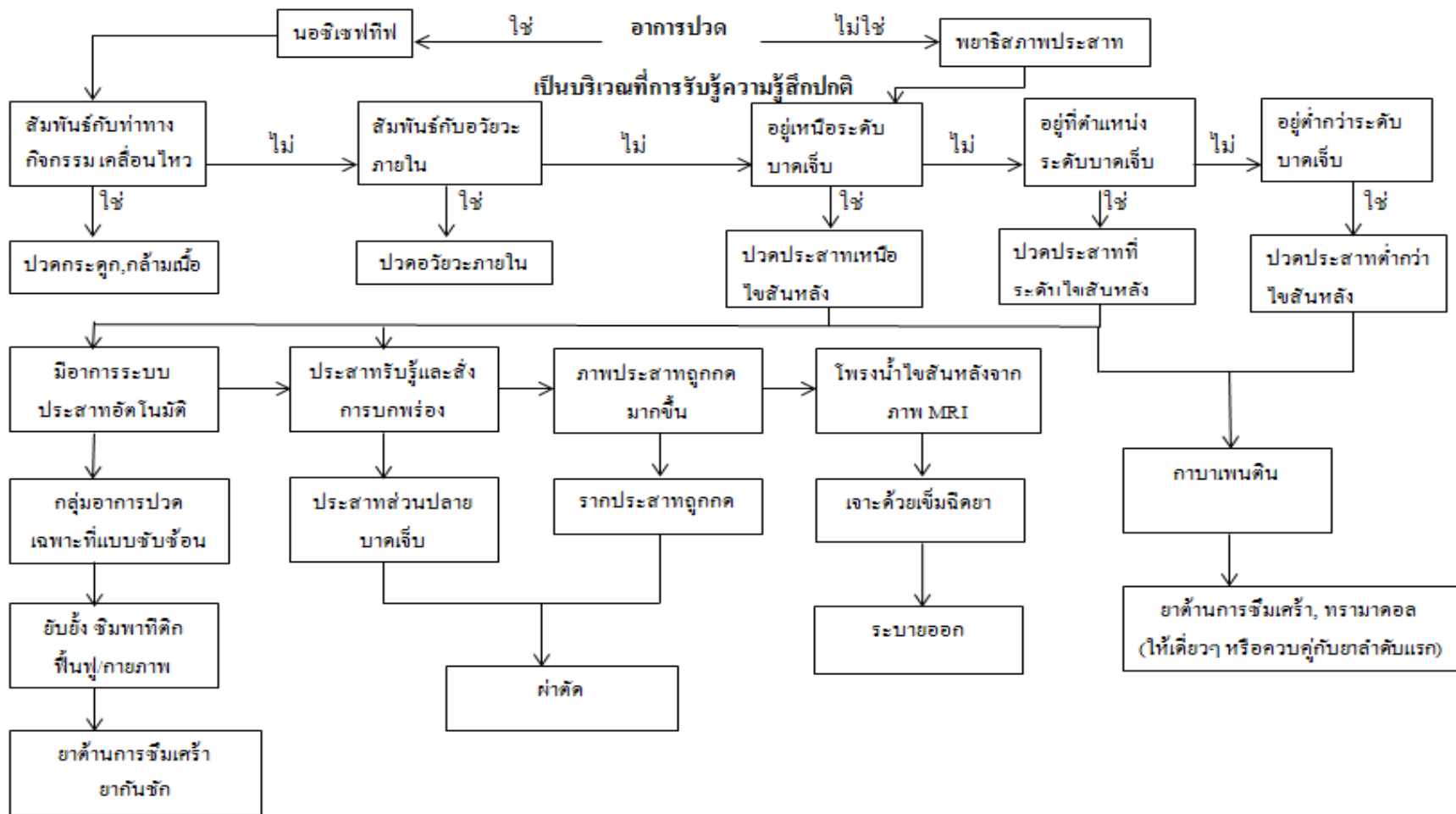
ซิดดอลล์และมิดเดิลตัน (Siddall & Middleton, 2006) ได้เสนอแผนภูมิการจัดการความปวดแบบนอซิเซพทีฟ และความปวดจากพยาธิสภาพประสาทในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลังซึ่งจัดทำโดย IASP ดังภาพ 3 และ 4



หมายเหตุ จาก "A proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury," by Siddall & Middleton, 2006. *Spinal Cord*, 44, p.71.

ภาพ 3 แสดงแนวทางการจัดการความปวดแบบนอซีเซฟทิฟในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง





หมายเหตุ จาก “A proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury,” by Siddall & Middleton, 2006. *Spinal Cord*, 44, p.72.

ภาพ 4 แสดงแนวทางการจัดการความปวดแบบพยาธิสภาพประสาทในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

## ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกจัดการความปวดแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสามด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และ ด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

### ปัจจัยด้านบุคคล

1. *อายุ* อายุอาจมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุอาจเลือกวิธีการทำจิตใจให้สงบมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น และจากการศึกษาของ กมลรัตน์ (2547) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรนวดเพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การที่ผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดแบบใด ผู้ป่วยจะคำนึงถึงความเหมาะสมกับช่วงวัยด้วย

2. *เพศ* เพศชายเป็นเพศที่ถูกกำหนดให้เป็นเพศที่แข็งแรง มีความอดทนต่อความปวดมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายแสดงออกถึงความปวดได้น้อยกว่าเพศหญิง ดังมีการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความปวดและการรับรู้ความปวดระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าเพศชายมักจะใช้การรับรู้ถึงความรู้สึกในการเผชิญความปวด ในขณะที่เพศหญิงมีการรายงานความปวดในทางลบมากกว่าเพศชายโดยเพศหญิงมุ่งใช้อารมณ์ในการเผชิญความปวด (Keogh & Herdenfeldt, 2002) และให้ความสำคัญกับการแสดงออก โดยใช้วิธีการกรีดร้อง ร้องไห้ เพื่อเป็นการบรรเทาอาการปวดอย่างหนึ่ง (นุสรุ และยุพารณ, 2556) อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างเพศในการรับรู้และแสดงถึงความปวดอาจขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นหรือประเทศนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่าเพศชายมีแนวโน้มการใช้สุขภาพทางเลือกน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยเพศหญิงมักมีการใช้สุขภาพทางเลือกแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน (Sparber et al., 2000)

3. *ระดับการศึกษา* บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสพบเห็น รับรู้และแสวงหาข้อมูลต่างๆ ในเรื่องของแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาใช้ให้มีการเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (พิทักษ์, วิริยา, เรณู, และ เขมารดี, 2549) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยของการเกิดความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า การศึกษาสูงอาจมีแนวทางในการรับมือกับความปวดทำให้ควบคุม ความปวดได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ (Wollaars et al., 2007)

4. *รายได้* ผู้ที่มีรายได้มากอาจมีโอกาสในการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัยที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (อมรพันธ์, 2550)

5. *ความรู้* ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่น่าไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ดังเช่นจากการศึกษาของกาญจนา (2542) พบว่าความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิด

ไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้ออยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา ( $r = .15, p < .05$ )

6. *ประสบการณ์การจัดการความปวด* ถ้าผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เลือกการจัดการความปวดแล้วได้ผลในการบรรเทาความปวด หรือมีประสบการณ์ที่ดีในการจัดการความปวดแบบนั้นๆ ก็จะเกิดการเรียนรู้ และมีทักษะในการจัดการความปวด และเลือกใช้วิธีการที่ตนเองเคยใช้จัดการนั้นในการจัดการความปวดซ้ำอีก แต่วิธีใดปฏิบัติแล้วไม่สามารถลดปวดหรือทำให้ความปวดนั้นรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยก็จะไม่ใช้หรือเลิกใช้วิธีการจัดการความปวดแบบนั้น

7. *ความยากง่ายในการปฏิบัติ* หากบุคคลรับรู้และเชื่อว่าวิธีการบรรเทาปวดนั้นปฏิบัติได้ไม่ซับซ้อน เรียบง่ายตามธรรมชาติ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเกิดขึ้นและไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีที่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองก่อน (อมรพันธ์, 2550)

### **ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย**

1. *ระดับความรุนแรงความปวด* เมื่อผู้ป่วยรับรู้ความปวดที่ตนเองประสบอยู่ว่ามีผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน ก็จะแสวงหาวิธีการจัดการความปวดเพื่อให้ความปวดนั้นหายไป หรืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้

2. *ประสิทธิภาพของการจัดการปวด* เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการจัดการความปวด จะแสวงหาวิธีการจัดการความปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดที่มีอยู่ ถ้าการจัดการความปวดนั้นสามารถบรรเทาอาการปวดได้เป็นที่พอใจ ก็จะคงการจัดการความปวดวิธีนั้นไว้ แต่ถ้าเป็นที่ไม่พอใจก็จะแสวงหาการจัดการวิธีอื่นๆ ต่อไปจนกว่าจะพึงพอใจ

3. *สภาวะสุขภาพและความปลอดภัยในการเลือกใช้* สภาวะทางสุขภาพ การขาดความพร้อมของร่างกายและภาวะสุขภาพไม่เอื้อหรือไร้ความสามารถ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดการความปวดบางวิธีที่ผู้บาดเจ็บเชื่อหรือพบว่า มีผลข้างเคียงหรือไม่ปลอดภัยกับตนเอง ผู้บาดเจ็บอาจหลีกเลี่ยงใช้วิธีการจัดการความปวดนั้น ๆ

### **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม**

1. *การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ* การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอาจเป็นข้อจำกัดในการรักษาหรือจัดการความปวด หากสถานบริการสุขภาพอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง (นุสรุ และ ยุพากรณ์, 2556) ดังเห็นได้จากการศึกษาของ กฤษณา, ประคอง, และสมจิต (2542) พบว่าเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะมารับบริการสุขภาพโดย

พิจารณาจากระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกในการเดินทาง คุณภาพ และความสะดวกรวดเร็วของบริการ ดังนั้น สถานบริการสุขภาพใดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว และสะดวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มเลือกใช้บริการแห่งที่นั้นมากขึ้น

2. *วัฒนธรรม* วัฒนธรรมที่แตกต่างมีผลต่อการรับรู้ และตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ไม่เหมือนกัน หากวัฒนธรรมนั้นมีพื้นฐานความเชื่อว่าการอดทนต่อความปวด จะทำให้ได้รับบุญ จึงอาจเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยวิธีอดทนต่อความปวด อย่างไรก็ตาม ผู้บาดเจ็บไขสันหลังหลายรายพยายามหาวิธีบรรเทาปวดแบบผสมผสาน โดยใช้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ หรือมีบุคคลบอกต่อกันมาว่าวิธีที่เลือกจะสามารถทำให้ความปวดลดลง รู้สึกสุขสบายขึ้น (วชิรญาณ์, 2555) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความปวดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งไม่ได้มารับยาในโรงพยาบาล แต่ใช้การรักษาด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน และการนวดลดปวด เนื่องจากมีความเชื่ออยู่เดิมและได้รับการถ่ายทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ (พิมพวัลย์, เพ็ญศรี และ อนุรักษ์, 2530; เพ็ญญา, 2540)

3. *การสนับสนุนทางสังคม* การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือ บุคลากรทางสุขภาพมักจะมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะบุคคล เหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้บาดเจ็บ ได้เป็นอย่างดี ดังเช่น ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยในภาวะที่ต้องตัดสินใจเป็นส่วน เสริมความมั่นใจว่าควรปฏิบัติสิ่งนั้นหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจในการสนับสนุน ให้ปฏิบัติโดยวิธีไม่ใช่ยา (Lengcher et al., 2002) นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพมีความสำคัญมาก ที่จะเป็นผู้ที่ประเมินสภาพความปวดของผู้ป่วยและตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดเหมาะสมที่จะใช้วิธีการ จัดการความปวดโดยการใช่ยาและหรือไม่ใช่ยา ดังการศึกษาของทิพย์ธาดพร (2546) พบว่า การที่ โรงพยาบาลมีทัศนคติและความเชื่อต่อการใช้วิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยารวมถึงความเชื่อ ความศรัทธา และการยอมรับของผู้ป่วยและญาติมีผลต่อการปฏิบัติในการบรรเทาปวดโดยวิธี ที่ไม่ใช่ยาในผู้ป่วย

### **การประเมินการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง**

การประเมินการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เป็นการประเมินวิธีการ การจัดการปวดเกิดขึ้นกับตนเอง ในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อควบคุมหรือลดความปวด จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า มีแบบสอบถามผู้บาดเจ็บไขสันหลังเกี่ยวกับการจัดการความปวดน้อยมาก ตัวอย่างเช่น

การศึกษาแบบสำรวจการจัดการความปวดแบบใช้ยา ได้สร้างแบบสอบถามการจัดการความปวดของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ (1) การจัดการความปวดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและที่เคยใช้ในอดีตทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งมี ข้อคำถามแบบเลือกรายการที่ผู้ป่วยสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งรายการ และ (2) การประเมินประสิทธิผลของการรักษาความปวดที่ใช้ ดังนี้ (Norrbrink & Lundeberg, 2004)

ส่วนที่ 1 การจัดการความปวดที่ใช้ในปัจจุบันและที่เคยใช้ในอดีตทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

#### 1.1 วิธีที่ใช้ยา ได้แก่

1) กลุ่มยากันชัก ได้แก่ กาบามาเพนติน (Gabapentin) โคลนาซีแพม (Clonazepam) คาบามาซีพิน (Carbamazepine) และ พรีกาบาลิน (Pregabalin)

2) กลุ่มยาด้านซึมเศร้า ได้แก่ อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) และ นอร์ทริเลน (Nortrilen)

3) กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ได้แก่ มอร์ฟิน (Morphine), โคดีอีน (Codeine) และ ทรามาดอล (Tramadol)

4) กลุ่มยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ได้แก่ ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) และ โรฟีโคซิบ (Rofecoxib)

5) กลุ่มยากล่อมประสาท ได้แก่ ไดอะเซแพม (Diazepam) ออกซาซีแพม (Oxazepam) และ โบรมาซีแพม (Bromazepam)

6) กลุ่มยาแก้ปวดอื่นๆ เช่น พาราเซตามอล

#### 1.2 วิธีที่ไม่ใช้ยา ได้แก่

1) วิธีการทางกายภาพ เช่น การกระตุ้นไฟฟ้าผ่านผิวหนัง และอัลตราซาวนด์ (ultra - short wave)

2) การนวดและการรักษาทางสรีรกรรมประสาท (ผ่าตัด)

3) การนวด (บำบัด/ผ่อนคลาย) กายภาพบำบัด และการออกกำลังกาย

4) การฝังเข็ม

5) การรักษาทางจิตวิทยา เช่น การฝึกการรับมือ และกระบวนการคิด หรือ พฤติกรรมบำบัด/ จิตบำบัด

6) การใช้วิธีอื่นๆ เช่น การใช้กัญชา / เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของการรักษาความปวดที่ใช้โดยให้ผู้ป่วยเจ็บ ประเมินว่าการรักษานั้นได้ผลในระดับใด ได้แก่ ดีมาก ดี ก่อนข้างดี ไม่เพียงพอ หรือไม่มีผลในการลดปวด

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความปวดตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบสอบถามการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บไขสันหลังภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับ จัดการอะไร (what) ใครจัดการ (who) จัดการอย่างไร (how) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการที่ไหน (where) จัดการโดยใคร (to whom) จัดการถี่เพียงใด (how often) และประสิทธิผลการจัดการความปวดตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

### แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ และเป็นสิ่งที่มนุษย์มีความต้องการ ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข (Costanza et al., 2007) แนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจศึกษามากขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 จนถึงปัจจุบัน (Taillefer, Dupuis, Roberge, & May, 2003) ในประเทศไทย การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตได้เกิดขึ้นพร้อมกับงานทางด้านประชากรศึกษา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การยูเนสโกเมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา (อัจฉรา, 2549) สามารถใช้เป็นเป้าหมายในการยกระดับบุคคล ชุมชน ประเทศชาติ และโลก มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในหลากหลายสาขา เช่น จิตวิทยา การแพทย์ เศรษฐศาสตร์ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม และสังคมศาสตร์ (Costanza et al., 2007) สำหรับการศึกษาด้านการแพทย์ คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางการดูแลสุขภาพ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005; Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010) เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลมาจากการปรับตัวที่ซับซ้อนในการดำเนินชีวิตของบุคคล เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ภาวะสุขภาพจะเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อบุคคล (นุจรี, 2552)

### ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและมีความหลากหลายมิติตามเป้าหมายของแต่ละมุมมองของนักทฤษฎีหรือนักวิจัย (Costanza et al., 2007; Kimura & Silva, 2009) คำนิยามของคุณภาพชีวิตจึงอาจมีความคล้ายคลึงหรือมีความแตกต่างกันได้ ปัจจุบันพบว่ายังไม่มีคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน (พรหมทิพา, 2550, 2554; Kimura & Silva, 2009) จึงอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความพึงพอใจในการมีชีวิต (WHO, 1996; Zhan, 1992) ส่วนใหญ่มักมองในมิติด้านการทำหน้าที่ทางกาย สังคม การทำบทบาท สุขภาพจิต และการรับรู้สุขภาพทั่วไป (Wilson & Cleary, 1995) ซึ่งเป็นผลจากการประเมินโดยรวมในเรื่องของความต้องการในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข (Costanza et al., 2007) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ วัฒนธรรม มาตรฐานทางสังคม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ ความสนใจและการให้คุณค่าของแต่ละบุคคล (WHO, 1996; Zhan, 1992)

### องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตไม่ได้เป็นผลมาจากด้านใดด้านหนึ่งเพียงเท่านั้น แต่เป็นผลจากองค์ประกอบหลายๆ ส่วน ซึ่งแต่ละคนก็อาจมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น คนที่ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ได้หมายความว่า จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคนที่พิการหรือคนที่เจ็บป่วยเรื้อรังก็ไม่ได้แปลว่าคุณภาพชีวิตจะไม่ดีเสมอไป (นุจริย์, 2552) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยหลายมิติ อาจมีคล้ายคลึงหรือมีความแตกต่างกันตามแต่ละแนวคิด ดังเช่น

ดิกเกอส์ (Dijkers, 2005) ได้อธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ คุณภาพชีวิตที่เป็นแบบอัตนัย (subjective) และแบบปรนัย (objective) กลุ่มที่มองคุณภาพชีวิตแบบปรนัย เป็นการมองทางสังคม ความต้องการพื้นฐานตามลำดับขั้น โดยให้ความสำคัญกับมิติด้านปัจจัยพื้นฐาน และการให้คุณค่า ซึ่งจะประเมินในรูปแบบของด้านสาธารณสุข ทัศนคติต่างๆ การเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในแต่ละปี การเปลี่ยนแปลงคุณภาพการใช้ชีวิตแต่ละปี และส่วนกลุ่มที่มองคุณภาพชีวิตแบบอัตนัย จะมองในเรื่องของความคาดหวังของแต่ละบุคคล ให้ความสำคัญในมิติของการตั้งเป้าหมาย แรงผลักดัน การให้คุณค่า ความต้องการ ความปรารถนาพื้นฐาน ซึ่งจะประเมินในรูปแบบของความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต การนับถือตนเอง การมองผลกระทบในแง่บวกและลบ การมีความสุข และสาธารณสุข ทัศนคติสำหรับตนเอง

วิลสัน และ เคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) อธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย

1. ด้านชีวภาพและสรีระ (biological and physiological factor) โดยมากมักจะ ถูกกำหนดด้วยปัจจัยทางโมเลกุลและพันธุกรรม ทราบได้โดยการประเมินการทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และ/หรือ ระบบอวัยวะ เป็นหลัก

2. อาการ (symptoms) เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพ และสรีระ แสดง ออกมาในรูปแบบของประสบการณ์ส่วนบุคคล สรุปลงจากการรวบรวมข้อมูลจากหลากหลายตัวแปร ที่แตกต่างกัน ไป แบ่งเป็นอาการทางกาย คือ การรับรู้ ความรู้สึก หรือ ความเชื่อที่มีต่อสภาวะร่างกาย และอาการทางจิตใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ขั้นต้นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึง ความรู้สึกบางอย่าง และตัดสินใจว่ามีความสำคัญ จะหาทางเลือกเพื่อช่วยรักษาอาการ

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ (functioning) สภาวะอาการเป็นสิ่งสำคัญใน การรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล ซึ่งเชื่อว่าการ ที่ประเมินอาการที่สำคัญและมีความเฉพาะเจาะจง ทำให้คาดการณ์ การทำหน้าที่ และผลกระทบต่อ ปัจจัยชีวภาพและสรีระในการทำหน้าที่

4. การรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception) เป็นการรับรู้ถึงสุขภาพ ทั่วไปในสภาวะปกติ แสดงออกมาโดย การรวบรวมการรับรู้ในทุกด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งปัจจุบัน และอดีต มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านชีวภาพและสรีระ การทำหน้าที่ และหลากหลายปัจจัยที่เป็น ผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) โดยทั่วไปเป็นการแสดงถึงความ ผาสุก ความพอใจในการใช้ชีวิต ตามการรับรู้ส่วนบุคคล

สุวัฒน์ วิระวรรณ และวนิดา (2545) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยสี่มิติ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลที่มี ผลต่อการใช้ชีวิตในชีวิตประจำวัน เช่น สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับอาการปวด พละกำลังในการดำเนินชีวิต ความเป็น อิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ความสามารถในการทำงาน การไม่พึ่งพาอาศัยต่างๆหรือการรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราว ต่างๆ ความสามารถในการจัดการความเศร้า ความกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิตของตน เช่น ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อ ต่าง ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น



3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าเป็นผู้ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมถึงเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การรับรู้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้โอกาสได้รับข่าวสาร การฝึกฝน สันทนาการและกิจกรรมเวลาว่าง เป็นต้น

แวร์ (Ware อ้างตาม นุจรี, 2552) ได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิตประกอบด้วยห้าด้าน คือ

1. ด้านความเจ็บป่วย (somatic sensation or symptoms) เกิดจากการที่กายไม่สบาย แล้วส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น เกิดการเจ็บป่วย อาการคลื่นไส้หรือหายใจไม่สะดวก เป็นต้น ซึ่งระยะเวลาและความรุนแรงของอาการบางอย่าง เช่น ความปวด จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

2. ด้านสุขภาพทางกาย (physical/function domain) มีความคล้ายคลึงกับการประเมินผลทางคลินิก อาจแบ่งย่อยเป็นมิติด้านต่างๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง ความสามารถในการที่จะทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และงานอดิเรก เป็นต้น ซึ่งเป็นการประเมินประสิทธิภาพทางกาย หรือความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกาย ประเมินเกี่ยวกับ พละกำลัง ความแข็งแรง และความสามารถทางกายในการทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นปกติ

3. ด้านสุขภาพจิตใจ (psychological function) เป็นการประเมินความรู้สึกและอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ มีองค์ประกอบย่อยได้แก่ ความซึมเศร้า ความโกรธ ความกระวนกระวาย ความหวังดี ความหวังเกี่ยวกับอนาคต เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วบุคคลที่มีสุขภาพดีก็มีโอกาสที่จะมีความรู้สึกทางบวก เช่น อารมณ์ดี แจ่มใส มีความสุข หรือบางครั้งก็อาจมีอารมณ์เสีย หงุดหงิด โมโห เศร้า โศก เสียใจ วิตกกังวล กลัว เป็นต้น ซึ่งเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้น จึงมีทั้งความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบ

4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) เป็นความสามารถของบุคคลในการมีความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว กลุ่มคน เพื่อน บุคคลที่ทำงาน ไปจนถึงการมีสัมพันธ์กับชุมชน องค์ประกอบนี้มีความสำคัญเนื่องจากผลกระทบด้านกายและจิตใจจะส่งผลกระทบต่อด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ การมีเพศสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำงานอดิเรก เป็นต้น

5. การรับรู้สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception) เป็นการประเมินระดับสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าอยู่ระดับใด จะประเมินจากประสบการณ์ ความเชื่อ และความรู้สึกร่างกายของตนเอง และสรุปในมุมมองของตนเอง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมก็จัดว่าอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

โดยสรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการให้ความหมายและมุมมองของนักวิจัยหรือองค์กรสุขภาพ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวิลสัน และ เคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) มาเป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งครอบคลุมการทำงานของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตและการปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยเมื่อร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางสรีรวิทยา ส่งผลให้เกิดอาการของการเจ็บป่วยและกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาพทั่วไปและการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

### คุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้บาดเจ็บมีปัญหาของระบบประสาทสั่งการและการรับรู้รู้สึก ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณคดี ส่วนใหญ่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ในหลายประเทศแถบตะวันตก (Singh et al., 2008) เปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (Short Form-36 Health Survey [ SF-36]) พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีระดับคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป (Arango-Lasprilla et al., 2010; Barker et al., 2009; Boakye et al., 2012; Celik et al., 2007; Forchheimer et al., 2004; Gurcay et al., 2010; Hu et al., 2008; Lidal et al., 2008) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ระดับคะแนนในมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป

ผู้วิจัย	ระดับคะแนนในมิติต่าง ๆ								ผลการศึกษา
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
Edwards et al., 2002	16.1	19.6	66.6	56.4	59.0	50.9	66.7	55.4	ทุกมิติต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
Forchheimer et al., 2004	26.6	40.7	42.2	44.4	46.8	43.0	49.0	48.3	ทุกมิติต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
Gurcay et al., 2010	17.87	30.09	41.83	43.10	45.65	48.36	42.47	53.57	ทุกมิติต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
Celik et al., 2007	18.17	20.00	46.87	45.97	42.00	42.00	47.78	57.60	ทุกมิติต่ำกว่าบุคคลทั่วไป
Arango- Lasprilla et al., 2010	22.5	54.4	65.4	54.9	70.3	67.5	66.7	72.7	คะแนน PF, RP, BP, SF และ GH ต่ำกว่าจากบุคคล ทั่วไป
Lidal et al., 2008	36.3	74.1	64.2	69.4	59.3	83.0	85.6	80.2	PF BP GH VT ต่ำกว่าจาก บุคคลทั่วไป

หมายเหตุ PF = physical functioning , RP = role limitation due to physical problems, BP = bodily pain, GH = general health, VT = vitality, SF = social functioning, RE = role limitation due to emotional problems, MH = mental health

นอกจากนี้พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังอัมพาตท่อนล่างมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นอัมพาตทั้งตัว (Gurcay et al., 2010; Lidal et al., 2008) และผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีการบาดเจ็บไม่แบบสมบูรณ์มีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่บาดเจ็บแบบสมบูรณ์ (Hu et al., 2008; Jain et al., 2007; Stevens, Caputo, Fuller, & Morgan, 2008) และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีระดับคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคไต (Hu et al., 2008)

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ค่อนข้างน้อย ดังเช่น จิราภรณ์ และคณะ (2553) ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ระยะเรื้อรังหลังออกจากโรงพยาบาลจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เฉลพระธรรม และ คงคะสุวรรณ (Dajpratham & Kongkasuwan, 2011) ศึกษา

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับอุบัติเหตุจำนวน 67 ราย พบว่า ร้อยละ 73.1 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และร้อยละ 22.4 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีและมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ พบว่าการมีอาชีพ ระดับรายได้ ความสามารถในการเข้าร่วมสังคม และภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การมีงานทำ การมีรายได้เพียงพอและไม่มีภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Dajpratham & Kongkasuwan, 2011)

### **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง**

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง สามารถจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้เป็นสามด้าน คือ ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

#### **ปัจจัยด้านบุคคล**

1. *อายุ* ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน ดังเช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังในฮ่องกง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้บาดเจ็บไขสันหลังกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปีมีคะแนนของคุณภาพชีวิตทุกๆด้านสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Hu et al., 2008) ในขณะที่งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Celik et al., 2007; Jain et al., 2007) โดยรายงานว่าผู้บาดเจ็บที่อายุมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนด้านการทำหน้าที่ต่างๆ น้อยลง และมีคะแนนด้านปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยสูงกว่าวัยหนุ่มสาว ส่งผลให้มีค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่า (Jain et al., 2007) อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Barkat et al., 2009; Migliorini et al., 2011; Salmons, 2008; Singh et al., 2008)

2. *เพศ* การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงและเพศชายในผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน (Celik et al., 2007; Gurcay et al., 2010; Hu et al., 2008; Lidal et al., 2008; Migliorini et al., 2011; Salmons, 2008) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มในเรื่องความพึงพอใจในชีวิต และคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าเพศชาย (Dijkers, 1999; Singh et al., 2008)

3. *ระดับการศึกษา* กลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนด้านสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ (Gurcay et al., 2010) โดยการศึกษาสูงทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ซักถามข้อสงสัย รวมไปถึงหาแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า (พิทักษ์ และคณะ, 2549) แต่บางการศึกษาก็พบว่าระดับการศึกษาในผู้บาดเจ็บไขสันหลังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Celik et al., 2007; Hu et al., 2008; Salmons, 2008; Singh et al., 2008)

4. *สถานภาพการสมรส* อัตราการหย่าร้างในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีอัตรา มากกว่ากลุ่มคนทั่วไป ซึ่งการมีสถานภาพสมรสคู่อาจทำให้ผู้ป่วยมีแรงเสริมส่งผลให้มีระดับความพึงพอใจในชีวิตที่สูงขึ้น โดยพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นโสด (Ku, 2007) และผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่หย่าร้างมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีคู่สมรส (Dijkers, 1999) อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Celik et al., 2007; Gurcay et al., 2010; Hu et al., 2008; Salmons, 2008)

5. *อาชีพ* การมีอาชีพในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บเป็นไปในทางที่ดี (Ku, 2007) มีการศึกษาจำนวนมากพบว่ากลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่สามารถประกอบอาชีพได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (Dajpratham & Kongkasuwan, 2011; Dijkers, 1999; Gurcay et al., 2010; Jain et al., 2007; Singh et al., 2008) อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีการศึกษาบางส่วน พบว่า การมีอาชีพในผู้บาดเจ็บไขสันหลังไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต (Salmons, 2008)

### **ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย**

1. *ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บ* ระยะเวลาหลังจากเกิดการบาดเจ็บเป็นตัวช่วยในการปรับเปลี่ยนสภาพอารมณ์และร่างกายทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเป็นจริง (Arango-Lasprilla et al., 2010) มีโอกาสเรียนรู้ และการวางแผนในชีวิตมากขึ้น ซึ่งพบว่าระยะเวลาภายหลังบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (พิทักษ์ และคณะ, 2549; Arango-Lasprilla et al., 2010; Celik et al., 2007; Dijkers, 1999; Stevens et al., 2008) หมายถึงว่า เมื่อผ่านระยะเวลาภายหลังจากการบาดเจ็บมานาน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งบาดเจ็บมาไม่นาน แต่ก็ยังมีบางการศึกษาพบว่าระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บไม่ได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Hu et al., 2008; Salmons, 2008; Singh et al., 2008)

2. *ความรุนแรงของการบาดเจ็บ* ความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเนื่องจากเป็นตัวกำหนดถึงความสามารถในการทำงานของระบบประสาทสั่งการและรับรู้รู้สึก เป็นตัวกำหนดระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือการพึ่งพาในการดำเนิน

ชีวิตของผู้บาดเจ็บ จากการศึกษาพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังอย่างมาก โดยผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่บาดเจ็บแบบไม่แบบสมบูรณ์มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บแบบสมบูรณ์ (Hu et al., 2008; Jain et al., 2007; Stevens et al., 2008) และผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นอัมพาตท่อนล่างมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัว (พิทักษ์ และคณะ, 2554; Gurcay et al., 2010; Lidal et al., 2008)

3. **ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน** ปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าปัญหาทางกาย เรื่อง แผลกดทับ ความบกพร่องระบบทางเดินปัสสาวะและหรือระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อหดเกร็ง (Singh et al., 2008) บกพร่องระบบทางเดินหายใจ (Jain et al., 2007) และการปวดทางระบบประสาท (Arango-Lasprilla et al., 2010; Singh et al., 2008) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยมีค่าคะแนนด้านความสามารถทางกายที่ดี ความสามารถเคลื่อนไหว (เช่น เทคนิคการเคลื่อนไหว การใช้รถเข็น หรือเครื่องช่วยเดิน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (พิศศักดิ์ และคณะ, 2551; Arango-Lasprilla et al., 2010; Barker et al., 2009; Celik et al., 2007; Dijkers, 1999; Stevens et al., 2008) นอกจากนี้ปัญหาจิตใจ ภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บผู้บาดเจ็บมักเผชิญกับสภาพร่างกายและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมือนเดิมส่งผลให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถจะเกิดปัญหาด้านจิตใจได้สูง จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด มีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (พิศศักดิ์, 2551; Dajpratham & Kongkasuwan, 2011)

### **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม**

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญกับผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวย เรื่องการเดินทาง การมีสถานพยาบาลที่เข้าถึงได้สะดวก จะช่วยทำให้การดูแลสุขภาพของผู้บาดเจ็บไขสันหลังดีขึ้น (Hu et al., 2008) รวมไปถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (พิทักษ์ และคณะ, 2549; Mortenson, Noreau, & Weiner, 2010)

โดยสรุป เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพทางจิต และการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทำให้ผู้บาดเจ็บรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งด้านบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อม

## การประเมินคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีเครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เนื่องจากผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน การสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกจึงยังเป็นประเด็นที่ท้าทาย (Wilson, Hashimoto, Dettori, & Fehlings, 2011)

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เมื่อไม่นานที่ผ่านมาจำนวนสามเรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ ฮิลล์ และคณะ (Hill et al., 2010) พบว่า มีเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้บาดเจ็บไขสันหลังทั้งหมด 13 เครื่องมือ ต่อมา วิลสัน และคณะ (Wilson et al., 2011) รายงานว่ามีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั้งหมด 27 เครื่องมือ และการศึกษาของ โบออคีย์ และคณะ (Boakye et al., 2012) ซึ่งทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 - 2010 พบว่ามีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมด 28 เครื่องมือ ซึ่งสามารถสรุปเป็นเครื่องมือประเมินแบบอัตนัย (subjective) จำนวน 12 เครื่องมือ และแบบปรนัย (objective) จำนวน 16 เครื่องมือ จากการวิเคราะห์การทบทวนวรรณกรรมของสามการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าเครื่องมือ Short Form-36 Health Survey (SF-36) และเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (the World Health Organization Quality of Life-BREF Scale [WHOQOL-BREF]) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบค่าความตรงและความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังพบว่ามีค่าอยู่ในระดับที่ดี เหมาะสมในการนำใช้เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Boakye et al., 2012; Hill et al., 2010; Wilson et al., 2011) รายละเอียดของเครื่องมือดังกล่าว มีดังนี้

### *Short Form-36 Health Survey (SF-36)*

SF-36 เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบปรนัย (objective) สร้างขึ้นโดยแวร์ และคณะเพื่อสำรวจภาวะสุขภาพสำหรับการศึกษาผลลัพธ์ทางด้านการแพทย์ ออกแบบเพื่อใช้ในทางปฏิบัติทางคลินิก การวิจัย การประเมินนโยบายสุขภาพและการสำรวจประชากรทั่วไป (Ware & Sherbourne, 1992) ได้รับการเผยแพร่ทางวิชาการมากกว่า 1,000 บทความ (Ware, 2000) มีการนิยมนำไปใช้อย่างกว้างขวาง และได้รับการแปลภาษามากกว่า 60 ประเทศ (Hill et al., 2010) สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทการทำงานของร่างกาย ความเป็นอยู่ที่ดี ผลกระทบของโรคและความสัมพันธ์ที่เป็นผลจากการรักษาต่อภาวะสุขภาพ (Ware, 2000) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ประกอบด้วยแปดมิติ ได้แก่

การทำหน้าที่ทางกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย ความปวด สุขภาพทั่วไป พละกำลัง กิจกรรมทางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ และสุขภาพจิต เป็นคำถาม ด้านสุขภาพในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเล็กดตอบจะเป็นแบบลำดับมากน้อย แต่ละมิติมีคะแนน ตั้งแต่ 0-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี ค่าเฉลี่ยทั่วไปอยู่ที่ 50 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10 (Ware, 2000; Ware & Gandek, 1998; Ware & Sherbourne, 1992) ได้มีการนำเครื่องมือ SF-36 ไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังบาดเจ็บกันอย่างแพร่หลายในกลุ่ม ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .72 - .98 (Lin, Hwang, Chen, & Chin, 2007) สำหรับประเทศไทย วัชรวิ และปารณีย์ (2543) ได้แปล เครื่องมือ SF-36 เป็นภาษาไทย โดยมุ่งหมายที่จะพัฒนาและทดสอบความตรงความเที่ยงของ แบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทย ได้ทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 60 คน และ ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ 569 คน ผลการทดสอบพบว่าสามารถใช้วัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มี และไม่มีโรคประจำตัวได้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคตั้งแต่ .63 - .77 มีคุณสมบัติสอดคล้อง กับต้นฉบับภาษาอังกฤษหลายประการ ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างของมิติพละกำลังและ สุขภาพจิต ต่อมา วัชรวิ และปารณีย์ (2548) ได้ทดสอบทำการทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่ในกลุ่มตัวอย่าง 448 คน ทดสอบค่าความสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคฉบับใหม่สูงกว่า 0.7 ในทุกมิติ (.72 - .86) นอกจากนี้ จิระรัตน์โพธิ์ชัย และคณะ (Jirarattanaphochai et al., 2005) ได้ทำการแปลแบบสอบถาม SF-36 รุ่นที่ 2 ฉบับภาษาไทย โดย ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจำนวน 100 คน ที่มีอาการปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมไปถึง อาการปวดหลังร้าวลงขา ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค อยู่ระหว่าง .72 - .93 และมนทกานต์ (2555) ได้นำเครื่องมือ SF-36 รุ่นที่ 2 ฉบับภาษาไทย ไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้ตอนล่างจำนวน 132 ราย ทดสอบความ เที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

### **เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF)**

เครื่องมือ WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นแบบอัตนัย (subjective) ที่สร้างโดยกลุ่มขององค์การอนามัยโลก ภายใต้คำนิยามของคุณภาพชีวิต พัฒนามาจาก เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่มีจำนวน 100 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 24 หมวด (WHO, 1997) จากนั้นองค์การ อนามัยโลกได้นำมาปรับปรุงโดยเลือกคำถามเพียง 1 ข้อมาจากแต่ละหมวด แล้วรวมหมวดที่เป็น คุณภาพชีวิตโดยรวม และสุขภาพทั่วไป อีก 2 คำถามรวมทั้งหมดเป็น 26 ข้อคำถามโดยครอบคลุม สี่มิติ คือ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต ความสัมพันธ์กับสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม



เครื่องมือ WHOQOL-BREF เน้นเรื่องการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยไม่ได้คาดหวังที่จะวัดรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์, วิระวรรณ, และ วนิดา, 2545) เครื่องมือมีค่าในช่วงคะแนนเท่ากับ 4 - 20 สามารถแปลงคะแนนเป็น 0 - 100 ได้ คะแนนสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (Wilson et al., 2011) ได้มีนักวิจัยนำเครื่องมือ WHOQOL-BREF ไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .75 - .87 (Lin, Hwang, chen & Chin, 2007) สำหรับประเทศไทย มีการแปลเครื่องมือ WHOQOL-BREF เป็นภาษาไทย โดย สุวัฒน์, วิระวรรณ และ วนิดา (2545) และทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 และค่าความตรงเท่ากับ .65 ต่อมา มีผู้ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (จิราภรณ์และคณะ, 2553; พิศักดิ์ และคณะ, 2551; Dajpratham & Kongkasuwan, 2011)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เนื่องจากจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยมีจุดประสงค์เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทการทำงานของร่างกาย ความเป็นอยู่ที่ดี ผลกระทบของโรคและความสัมพันธ์ที่เป็นผลจากการรักษาต่อภาวะสุขภาพ (Ware, 2000) และยังพบว่า SF-36 เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือสูงจึงมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (Hill et al., 2010; Wilson et al., 2011) ซึ่งพบว่าที่ผ่านมามีนักวิจัยนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

### สรุปการทบทวนวรรณคดี

ประสบการณ์ความปวดพบได้มากกว่าร้อยละ 50 ในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เนื่องจากการบาดเจ็บส่งผลทำให้การควบคุมการหลังสารเคมี การเปลี่ยนแปลงสารเคมีในร่างกายผิดปกติไปจากเดิม ทำให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทสั่งการและรับความรู้สึกสูญเสียไป ส่งผลกระทบและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบการทำงานของร่างกายหลายระบบ ซึ่งผลกระทบที่สำคัญและมีความรุนแรงอย่างหนึ่ง คือ อาการปวดเรื้อรัง จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง ทั้งปวดจากพยาธิสภาพประสาทและปวดแบบนอซิเซปทีฟที่เกิดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อกระดูกและหรืออวัยวะภายใน มีตำแหน่งปวดกระจายทั่วไปทั้งรยางค์บนและล่าง โดยตำแหน่งที่พบปวดรุนแรงมักพบบริเวณ ก้น สะโพก และขา มีลักษณะความปวดเป็นแบบแสบร้อน ปวดตื้อๆ ปวดชา เป็นต้นโดยมีความรุนแรงของความปวดเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับปานกลางถึงมาก ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจึงต้องแสวงหาวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยา เช่น การใช้ยากลุ่มยากันชัก รองลงมา คือ ยาต้านการซึมเศร้า และยาแก้ปวดและรักษาตามสาเหตุของความปวด นอกจากนี้มีการผสมผสานการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาโดยการปรับร่างกายทางกายภาพและการปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม เช่น การนวด การฝังเข็ม การฝึกจิต การออกกำลังกาย การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น การได้รับความรู้และมีการปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม เป็นต้น ประสพการณ์ความปวดเรื้อรังและวิธีการจัดการอาการปวดอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีมิติย่อยของคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำกว่ามิติย่อยของคุณภาพชีวิตบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาประสพการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจไม่สามารถสะท้อนถึงประสพการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทยได้ เนื่องจากดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่าไว้ว่าการรับรู้ของบุคคลต่อประสพการณ์อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์อาจแตกต่างกันได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม จากการที่บริบททางสังคม วัฒนธรรมและระบบสุขภาพของต่างประเทศและประเทศไทยมีความแตกต่างกัน จึงทำให้งานวิจัยที่ผ่านมาอาจมีข้อจำกัดในการนำมาอ้างอิงได้ ประกอบกับการศึกษาในเรื่องประสพการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังในภาพรวมทั้งหมดมีค่อนข้างน้อย ทั้ง ๆ ที่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังต้องเผชิญกับความปวดและภาวะที่แทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บอีกยาวนานในชุมชน ดังนั้นการได้ค้นหาความรู้ผ่านการวิจัยในเรื่องนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรทางสุขภาพได้รับรู้และเข้าใจเพื่อนำไปวางแผนในการจัดการความปวดเรื้อรังและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้อย่างเหมาะสมกับสภาพบริบทสังคมต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง

##### ประชากรเป้าหมาย

ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่อาศัยอยู่ในชุมชนภาคใต้ตอนล่างครอบคลุมสี่จังหวัดได้แก่ สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่อาศัยอยู่ในชุมชนภาคใต้ตอนล่าง โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้บาดเจ็บไขสันหลังและมีความปวดอย่างน้อยสามเดือนขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่กำลังมีความปวด เช่น ปวดจากโรคมะเร็ง ปวดจากปัญหาจากฮอร์โมนรองกระดูกสันหลัง
4. มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจกันได้

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กำหนดประชากรเป้าหมายเป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีประสบการณ์ความปวดเรื้อรังและอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จึงมีข้อจำกัดของการได้มาของข้อมูลสถิติจำนวนประชากรเป้าหมายที่ชัดเจนในการนำมาใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการย้ายกลับไปภูมิลำเนาเดิม และบางพื้นที่ที่มีความไม่ปลอดภัยสำหรับผู้วิจัยในเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling) ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยติดต่อผู้บาดเจ็บไขสันหลังผ่านเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบดูแลคนพิการ เจ้าหน้าที่ชมรมคนพิการ กลุ่มผู้บาดเจ็บเครือข่าย และผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการสัมภาษณ์แล้วแนะนำผู้บาดเจ็บไขสันหลังรายต่อ ๆ ไปจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 75 ราย ตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด คือ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2557

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อใช้สัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วยสี่ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ (2) แบบประเมินชุดข้อมูลความปวดพื้นฐานจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 (3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และ (4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้ (ภาคผนวก ง)

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพก่อนและหลังได้รับบาดเจ็บ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา บุคคลที่อาศัยร่วมกัน และแหล่งช่วยเหลือทางสังคม

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย สาเหตุของการบาดเจ็บ ระยะเวลาการได้รับบาดเจ็บ ระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง ความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง การบาดเจ็บร่วมด้วยขณะได้รับบาดเจ็บ ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว อุปกรณ์ช่วยเหลือ ปัญหาสุขภาพ/

ภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บไขสันหลัง โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ เว้นยาแก้ปวด และระยะเวลาที่มีความปวดจนถึงปัจจุบัน

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0

แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 (International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set [ISCIPBDS], Version 2.0) ของ วิเตอร์สตรอม-นากา และคณะ (Widerstrom-Naga et al., 2013) ใช้ประเมินประสบการณ์ความปวดเรื้อรังของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วย

1. ผลกระทบของความปวด จำนวนสาม ข้อประกอบด้วยผลกระทบของความปวดรบกวนการทำกิจกรรมทั่วไปในแต่ละวัน อารมณ์ และการนอนหลับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่รบกวน และ 10 หมายถึง รบกวนมากที่สุด โดยมีการแปลผลแบ่งเป็นสามระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับผลกระทบของความปวด
1.00 - 3.00	รบกวนเล็กน้อย
3.01- 6.99	รบกวนปานกลาง
7.00- 10.00	รบกวนมาก

2. จำนวนลักษณะเฉพาะของความปวด จำนวนหนึ่งข้อ มีตัวเลือก 5 ตัว ตัวเลือกที่ 1 หมายถึง มีลักษณะเฉพาะของความปวดหนึ่งลักษณะ ตัวเลือกที่ 2 หมายถึง มีลักษณะเฉพาะของความปวดสองลักษณะ และตัวเลือกที่ 5 หมายถึง มีลักษณะเฉพาะของความปวดเท่ากับหรือมากกว่าห้าลักษณะ

3. ประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก จากคำตอบในข้อ 2 ผู้ตอบต้องเลือกลักษณะเฉพาะของความปวดที่รุนแรงที่สุดมาเพียงสามอันดับแรก และในแต่ละอันดับให้บอกรายละเอียด ดังนี้

3.1 ตำแหน่งที่ปวด เลือกตอบจากตำแหน่งของร่างกายแปลตำแหน่งใหญ่ ๆ ได้แก่ ศีรษะ ลำคอ/บ่า แขน/มือ ด้านหน้าลำตัว/อวัยวะเพศ ด้านหลัง แก้มก้น/สะโพก ต้นขา/เท้า และบอกข้างแต่ละตำแหน่งที่ปวด ได้แก่ ปวด (ข้างซ้าย) ปวด (ข้างขวา) และหรือปวด (ตรงกลาง)

3.2 ประเภทของความปวด ภายหลังจากผู้ตอบบรรยายรายละเอียดของลักษณะความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรกให้แก่ผู้วิจัยครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำรายละเอียดของลักษณะเฉพาะความปวดในแต่ละอันดับมาจัดกลุ่มคำสำคัญและแยกเป็นประเภทความปวดอย่างไร

อย่างหนึ่งในที่ประเภทตามที่แบบประเมินกำหนดไว้ ดังนี้ (1) ความปวดแบบนอซิเซพทีฟ (nociceptive pain) ประกอบด้วย กระดูกและกล้ามเนื้อ อวัยวะภายใน หรืออื่นๆ (2) ความปวดจากพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ประกอบด้วย ตำแหน่งบาดเจ็บ ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ หรืออื่นๆ (3) ปวดแบบอื่นๆ (other pains) และ (4) ปวดที่ไม่ทราบประเภท (unknown pain) สำหรับขั้นตอนการจัดแยกประเภทของความปวด ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการจัดแยกประเภทของความปวดแสดงไว้ในภาคผนวก จ ตาราง 1

3.3 ระดับความปวดที่รุนแรงที่สุดในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินด้วยมาตรวัดที่ใช้ตัวเลข 0 - 10 (Numerical rating scale [NRS]) โดย 0 หมายถึงไม่ปวด และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุด การแปลผลแบ่งเป็นสามระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับความรุนแรงของความปวด
1.00 - 3.00	ปวดเล็กน้อย
3.01 - 7.00	ปวดปานกลาง
7.01 - 10.00	ปวดมาก

3.4 วันที่เริ่มปวด โดย ระบุวัน เดือน ปี ที่เริ่มมีอาการปวด

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บไขสันหลังซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองภายใต้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และให้ผู้ตอบบอกถึงกลวิธีการจัดการประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรกในรอบหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อความปลายเปิดที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอะไร (what) จัดการอย่างไร (how) ใครจัดการ (who) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการโดยใคร (to whom) จัดการที่ไหน (where) และจัดการถี่เพียงใด (how often) มีสามตัวเลือก (1 - 3) คือ 1 เท่ากับ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 เท่ากับ ปฏิบัติบางครั้ง และ 3 เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง รวมถึงคำถามเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้กลวิธีจัดการความปวดหนึ่งข้อ มีห้าตัวเลือก (1-5) คือ 1 หมายถึง ไม่ได้ผล 2 เท่ากับ ได้ผลน้อย 3 เท่ากับ ได้ผลปานกลาง 4 เท่ากับ ได้ผลดี และ 5 เท่ากับ ได้ผลดีมาก

การแปลผลความถี่ของการจัดการความปวดและประสิทธิผลในการจัดการความปวด แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับความถี่
1.00 - 1.66	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
1.67 - 2.33	ปฏิบัติบางครั้ง
2.34 - 3.00	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับประสิทธิภาพการจัดการความปวด
1.00 - 2.33	เล็กน้อย
2.34 - 3.67	ปานกลาง
3.68 - 5.00	มาก

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 รุ่นที่ 2 ซึ่งได้รับการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยจิระรัตน์ โพธิ์ชัย และคณะ (Jirattanaphochai et al., 2005) ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในช่วงสี่สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบลำดับ ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและลบ สามารถจัดหมวดหมู่คุณภาพชีวิตเป็นสองด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย มีสี่มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย (10 ข้อ) บทบาทที่ถูกรบกวนจากปัญหาทางกาย (4 ข้อ) ความปวด (2 ข้อ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (5 ข้อ) และ (2) ด้านจิตใจ มีสี่มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ) พลังแห่งชีวิต (4 ข้อ) บทบาทที่จำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ (3 ข้อ) และสุขภาพจิตทั่วไป (5 ข้อ) และอีกหนึ่งข้อเป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้บาดเจ็บในปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการปรับปรุงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของจิระรัตน์ โพธิ์ชัย และคณะ (Jirattanaphochai et al., 2005) โดยเพิ่มตัวเลือก 1 ตัวเลือกในข้อคำถามของมิติการทำหน้าที่ทางกาย “ข้อ 3 ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันมีผลให้ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไปนี้ลดลงหรือไม่เพียงใด” จากเดิม มีตัวเลือกสามตัวเลือก (ลดลงมาก ลดลงเล็กน้อย ไม่ลดลงเลย) เป็นสี่ตัวเลือก (ลดลงมากที่สุด ลดลงมาก ลดลงเล็กน้อย ไม่ลดลงเลย) ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิหนึ่งท่านที่ให้ความเห็นว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังบางรายไม่สามารถเดินได้เนื่องจากเป็นอัมพาตท่อนล่างอัมพาตทั้งตัว ซึ่งอาจส่งผลให้มีการทำกิจกรรมลดลงมากที่สุด

การคำนวณคะแนนและแปลผลระดับคุณภาพชีวิต สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยได้นำมากลับคะแนนก่อนนำมาคำนวณเป็นร้อยละ แต่ละมิติมีคะแนน 0 (แย่ที่สุด) ถึง 100 (ดีที่สุด) เฉลี่ยคะแนนโดยรวมและรายด้าน โดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน มีค่าตั้งแต่ 0-100 การแปลความหมายระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านแบ่งเป็นสามระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม/รายด้าน
00.00 - 33.33	ต่ำ
33.34 - 66.67	ปานกลาง
66.68 - 100.00	สูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

#### การแปลภาษาของเครื่องมือวิจัย

เนื่องจากเครื่องมือ ISCIPBDS เวอร์ชัน 2.0 ของวิดอร์สตรอม-นากา และคณะ (Widerstrom-Naga et al., 2013) ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยดำเนินการกระบวนการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้ผู้แปลที่มีความเชี่ยวชาญสองภาษาจำนวนสามท่าน เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการแปล ซึ่งกระบวนการแปลภาษา มีดังนี้ (Brislinas cited in Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001)

ขั้นตอนที่ 1 ผู้แปลภาษาสองภาษาท่านแรกเป็นอาจารย์พยาบาลจบปริญญาเอก ณ ประเทศออสเตรเลีย และสอนหลักสูตรนานาชาติระดับบัณฑิตศึกษา แปลเครื่องมือภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (ชุดที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้แปลภาษาสองภาษาท่านที่สองเป็นอาจารย์พยาบาลจบปริญญาเอก ณ ประเทศออสเตรเลีย ปฏิบัติงานด้านวิเทศสัมพันธ์และสอนหลักสูตรนานาชาติระดับบัณฑิตศึกษา ที่ไม่เคยเห็นเครื่องมือที่แปลมาก่อน แปลเครื่องมือภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ (ชุดที่ 2)

ขั้นตอนที่ 3 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและร่วมประเมินเครื่องมือทั้งสองชุด (ชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2) เพื่อตรวจสอบความเหมือนกันด้านภาษาทั้งสองชุดพบว่ามีส่วนใหญ่มีความสอดคล้องด้านภาษาทั้งสองชุด มีเพียงประเด็นของข้อความว่า “...different pain problems” ซึ่งผู้แปลภาษาทั้งสองท่านแปลความตรงกัน แต่ผู้แปลภาษาท่านแรกมีข้อความว่า ปัญหาความปวดดังกล่าวนี้น่าจะมีลักษณะเฉพาะของความปวด ซึ่งเมื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและร่วมตรวจสอบประเด็นดังกล่าวกับต้นฉบับแบบประเมิน ISCIPBDS เวอร์ชัน 2.0 ที่วิดอร์สตรอม-นากา และคณะ (Widerstrom-Naga et al., 2013) ได้อธิบายนิยามของคำนี้อย่างละเอียดในคู่มือของการใช้แบบประเมินนี้ จึงได้ปรับข้อความดังกล่าวในแบบประเมินให้ชัดเจนขึ้น



### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด และแนวคิดการจัดการของคอคคัลและคณะ (Dodd et al., 2001) พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแล ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และอาจารย์วิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด ทำการตรวจสอบความ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด ความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้บาดเจ็บไขสันหลัง จากนั้นนำผล การพิจารณาแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาเป็นรายข้อมาคำนวณหาค่าความตรงดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (I-CVI: Item-level content validity index) โดยในแต่ละ ข้อต้องผ่านการพิจารณา ระดับ 3 หรือ 4 ทุกข้อ นั่นคือ ต้องได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 (Polit & Hungler, 1999) หากข้อใดที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์นี้ ผู้วิจัยต้องทำการพิจารณาการปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ ที่ปรึกษาและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแบบ ประเมินคุณภาพชีวิตตามที่กล่าวไว้ข้างต้น และคำนวณหาค่า I-CVI จนได้ค่าเท่ากับ 1

นอกจากนี้ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงใบหน้า (face validity) โดยตัวแทนผู้บาดเจ็บไขสันหลังสองราย ซึ่งเป็น ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรีเพื่อตรวจสอบความ เหมาะสมด้านภาษา ซึ่งผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มตัวเลือกในมิติการ ทำหน้าที่ทางกายเช่นเดียวกับที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอ

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ภายหลังแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทน ผู้บาดเจ็บไขสันหลังข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ISCI-PBDS เวอร์ชัน 2.0 และแบบประเมิน คุณภาพชีวิตไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 20 ราย มีรายละเอียด ดังนี้

แบบประเมิน ISCI-PBDS เวอร์ชัน 2.0 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงภายนอก แบบคงที่ (stability test) ด้วยการวัดซ้ำเว้นระยะการวัดสองวัน นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient [ICC]) โดยกำหนดค่าอย่างน้อยเท่ากับ .70 (มานิต พิรมเพรา และ จำลอง, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า ICC อยู่ในช่วง .84 - .97 นอกจากนี้เพื่อให้ เกิดความเที่ยง/ความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์เนื้อหาคำบรรยายลักษณะเฉพาะของความปวดที่รุนแรง ที่สุดสามอันดับแรกของผู้บาดเจ็บไขสันหลังเพื่อนำมาจัดกลุ่มประเภทความปวด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา

รายละเอียดแนวทางการวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะของความปวดจากคู่มือการใช้แบบประเมินดังกล่าว ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือได้จัดทำขึ้น หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบเพื่อประเมินความเที่ยงแบบวัดความเท่าเทียมกัน(inter-rater reliability) กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จนได้ค่าเท่ากับ 1

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ผ่านการทดสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งกำหนดค่าน้อยเท่ากับ .80 (Waltz, Strickland, & Lenz อ้างตาม ทศนีย์, 2543) การศึกษาครั้งนี้พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของจริยธรรมในการทำวิจัยเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลหรือเกิดผลกระทบน้อยที่สุด โดยการขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคผนวก ก) จากนั้นทำการสร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้บาดเจ็บไขสันหลังรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือโศกเศร้าเสียใจ สามารถขอยุติการตอบคำถามได้ทันที ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บไขสันหลังเกิดอารมณ์เศร้าโศกเสียใจมาก ผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังได้รับการให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป ผลวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับ สามารถออกจากวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย หากมีข้อความหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ หรือได้รับคำยินยอมทางวาจา (ภาคผนวก ข) แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมดโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบประเมิน ISCIPBDS เวอร์ชัน 2.0 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวด และแบบประเมินคุณภาพชีวิต

สำหรับแบบประเมิน ISCIPBDS เวอร์ชัน 2.0 ของวิเดอโรสตรอม-นากา และคณะ (Widerstrom-Naga et al., 2013) ได้ผ่านการอนุญาตยินยอมจากทีมพัฒนาเครื่องมือในการให้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (ภาคผนวก ค)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 นำโครงร่างวิจัยที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ขึ้นต่อคณะกรรมการจริยธรรมของการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาการวิจัยพร้อมติดตามผล

1.2 ทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตการทำวิจัย และขอความร่วมมือทำการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชมรมคนพิการ

### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชมรมคนพิการ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการนัดพบกลุ่มตัวอย่าง โดยขอให้เจ้าหน้าที่ชมรมคนพิการ หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนพิการ และผู้บาดเจ็บเครือข่ายเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กรณีติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่ชมรมคนพิการ หรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบดูแลคนพิการ ผู้วิจัยเข้าร่วมการเยี่ยมบ้านพร้อมกับเจ้าหน้าที่หรือเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านด้วยตนเอง (กรณีอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา/อยู่ในพื้นที่ที่ปลอดภัย)

2) กรณีติดต่อผ่านผู้บาดเจ็บเครือข่าย ผู้วิจัยให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแนะนำผู้บาดเจ็บ ไขสันหลังรายต่อไปให้ผู้วิจัยรู้จัก หลังจากนั้นผู้วิจัยเดินทางไปหากกลุ่มตัวอย่างที่บ้านด้วยตนเอง (กรณีอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา/อยู่ในพื้นที่ที่ปลอดภัย)

2.2 ผู้วิจัยติดต่อ/พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และขอความร่วมมือทำการวิจัยตามความสมัครใจ ให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามหรือตอบรับในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายเวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ กรณีที่ไม่สามารถเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่างได้เนื่องจากข้อจำกัดในความปลอดภัย/ระยะทางไกล

จะใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แทน ในการศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายที่ได้รับ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านข้อความได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ซึ่งใช้เวลา ในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 45 นาที

2.4 ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด หลังจากนั้นนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ทางสถิติและวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. สถิติบรรยาย สถิติบรรยายนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และสุขภาพ ประสิทธิภาพความปวดเรื้อรัง ความถี่และประสิทธิผลของการจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ สำหรับข้อมูล ที่มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติวิเคราะห์โดยใช้ค่ามัธยฐาน (median [*Mdn*]) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range [*IQR*])

2. การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างง่าย (simple content analysis) ข้อมูลการจัดกลุ่ม ประเภทความปวดสามอันดับแรก และข้อมูลกลวิธีการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง การจัดการอะไร (what) ใครจัดการ (who) จัดการอย่างไร (how) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการ โดยใคร (to whom) จัดการที่ไหน (where) ได้ถูกนำมาอ่านและทำความเข้าใจ หลังจากนั้นนำ ข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกันมาไว้ในกลุ่มเดียวกัน และปรับภาษาหรือใช้คำที่ ยังคงสื่อความหมายเดิมเพื่อลดความซ้ำซ้อนพร้อมทั้งนำมาสรุปอีกครั้ง โดยทุกขั้นตอนผู้วิจัยได้ ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลัง อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 75 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ผลการวิจัยและอภิปรายผลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (3) กลวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และ (4) คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง รายละเอียดมีดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

##### ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ( $SD = 11.56$ ,  $range = 18 - 66$  ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 62.7) รองลงมาศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 36) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.3) และประถมศึกษา (ร้อยละ 33.3) ก่อนบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการประกอบอาชีพ ในขณะที่ภายหลังบาดเจ็บไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 44 และเกินครึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.7) รายได้อยู่ในระดับไม่พอใช้ร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่ได้รับสิทธิ์การรักษาจากการเป็นผู้พิการ (ร้อยละ 90.7) และสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 76.7) (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 75)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	%
<b>เพศ</b>		
ชาย	60	80.0
หญิง	15	20.0
<b>อายุ (M = 38.73 ปี, SD = 11.56, Max = 66 , Min = 18)</b>		
18 – 30	26	34.7
31 – 40	13	17.3
41 – 50	24	32.0
51 – 60	9	12.0
มากกว่า 60	3	4.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	31	41.3
คู่	31	41.3
ม้าย/หย่าร้าง	13	17.4
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	47	62.7
อิสลาม	27	36.0
คริสต์	1	1.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	2	2.7
ประถมศึกษา	25	33.3
มัธยมศึกษา	31	41.3
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	16	21.4
ปริญญาโท/เอก	1	1.3
<b>อาชีพก่อนได้รับบาดเจ็บ</b>		
รับจ้าง	30	40.0
นักเรียน/นักศึกษา	22	29.4
เกษตรกร	8	10.7

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	%
ค้าขาย/ธุรกิจ	8	10.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	9.2
อาชีพหลังได้รับบาดเจ็บ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33	44.0
ค้าขาย/ธุรกิจ	24	32.0
รับจ้าง	11	14.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	5.3
เกษตรกร	2	2.7
นักเรียน/นักศึกษา	1	1.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	41	54.7
10,001 - 20,000	24	32.0
20,001- 40,000	9	12.0
มากกว่า 40,000	1	1.3
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	31	41.4
พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ	22	29.3
พอใช้และมีเงินออม	22	29.3
สิทธิ์การรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	57	76.0
ประกันสังคม	11	14.7
เบิกราชการ	6	8.0
จ่ายด้วยตนเอง	1	1.3
สิทธิ์การรักษาผู้พิการ	68	90.7
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
ครอบครัว/ญาติ	72	96
อยู่คนเดียว	3	4

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	N	%
แหล่งช่วยเหลือจากองค์กรในสังคม		
ไม่มี	7	9.3
มี	68	90.7

### ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างได้รับบาดเจ็บไขสันหลังโดยมีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด (ร้อยละ 48) รองลงมาถูกยิง (ร้อยละ 34.7) ระยะเวลาตั้งแต่บาดเจ็บถึงปัจจุบันมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8 ปี ( $IQR = 5$ ,  $Max = 44$  ปี,  $Min = 5$  เดือน) มีการบาดเจ็บไขสันหลังระดับออกมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ตามด้วยระดับเอว (ร้อยละ 37.3) ความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นแบบไม่สมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่เป็นอัมพาตท่อนล่าง (ร้อยละ 74.4) เกือบทุกรายมีปัญหาสุขภาพ/ภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือ กล้ามเนื้อกระดูก รองลงมาเป็นท้องผูก และปัสสาวะคั่ง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72) นับถึงปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีความปวดมาเป็นเวลานาน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8 ปี ( $IQR = 4.5$ ,  $Max = 30$  ปี,  $Min = 5$  เดือน) (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ( $N = 75$ )

ข้อมูลด้านสุขภาพ	N	%
สาเหตุการบาดเจ็บ		
อุบัติเหตุจราจร	36	48.0
ถูกยิง	26	34.7
ตกจากที่สูง	8	10.7
โดนกระแทกด้วยของหนัก	2	2.7
โดนระเบิด	1	1.3
ถูกแทง	1	1.3
หกล้ม	1	1.3
ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ (ปี) ( $Mdn = 8$ ปี, $IQR = 5$ , $Max = 44$ ปี, $Min = 5$ เดือน)		
น้อยกว่า 1	4	5.3
1-5	19	25.3
6-10	26	34.7



ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	N	%
ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ (ปี) (ต่อ)		
11-20	18	24.0
มากกว่า 20	8	10.7
ระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง		
คอ	12	16.0
อก	35	46.7
เอว	28	37.3
ความรุนแรงของการบาดเจ็บ		
บาดเจ็บแบบสมบูรณ์	36	48.0
บาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์	39	52.0
การบาดเจ็บร่วมด้วยขณะได้รับบาดเจ็บ		
ไม่มี	37	50.7
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	38	49.3
บาดเจ็บปอด	17	44.7
กระดูกแขน-ขาแตก/หัก	14	36.8
บาดเจ็บช่องท้อง	5	13.1
บาดเจ็บไต	4	10.5
ความสามารถในการเคลื่อนไหว		
เดินได้ด้วยตนเอง	7	9.3
เดินได้ด้วยตนเองโดยใช้อุปกรณ์	6	8.0
อัมพาตท่อนล่าง	56	74.7
อัมพาตทั้งตัว	6	8.0
การใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
รถเข็นนั่ง	66	88.0
โครงเหล็กสี่ขาช่วยเดิน (walker)	13	17.3
ขาเหล็กออกกำลังกาย	13	17.3
รถยนต์/จักรยานยนต์ดัดแปลง	12	16.0
รถโยกด้วยมือ	4	5.3
ราวเดิน	2	2.7

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	N	%
การใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ต่อ)		
เตียงปรับเอน	2	2.7
คานไม้/เชือกเพื่อยกตัว	2	2.7
ปัญหาสุขภาพ/ภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบัน		
ไม่มี	5	6.7
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	70	93.3
กล้ามเนื้อกระดูก	52	74.3
ท้องผูก	43	61.4
ปัสสาวะคั่ง	37	52.9
แผลกดทับ	29	41.4
ติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ	16	22.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	54	72.0
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	21	28.0
เบาหวาน	6	28.6
ความดันโลหิตสูง	6	28.6
ภูมิแพ้/หอบหืด	3	14.3
ไขมันในเลือดสูง	2	9.5
หัวใจรั่ว	2	9.5
ไตบวม	2	9.5
กระเพาะอาหารอักเสบ	2	9.5
ปวดศีรษะ/ไมเกรน	2	9.5
เครียด	1	4.8
ยาที่รับประทานเป็นประจำ (ยกเว้นยาแก้ปวด)		
ไม่มี	48	64.0
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	27	36.0
ยาควบคุมเบาหวาน	6	22.2
ยาควบคุมความดันโลหิต	6	22.2
ยาช่วยการบีบตัวกระเพาะปัสสาวะ	6	22.2

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	<i>N</i>	%
ยาวิตามินรวม/แคลเซียม	5	18.5
ยาลดกรดกระเพาะอาหาร	2	7.5
ยาลดไขมันในเลือด	1	3.7
ยาพ่นขยายหลอดลม	1	3.7
ระยะเวลาที่มีความปวด (ปี) ( <i>Mdn</i> = 8 ปี, <i>IQR</i> = 4.5, <i>Max</i> = 30 ปี, <i>Min</i> = 5 เดือน)		
น้อยกว่า 1	4	5.3
1- 5	23	30.7
6 – 10	23	30.7
11 – 20	19	25.3
มากกว่า 20	6	8.0

## ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะของความปวด โดยเฉลี่ยจำนวน 4 แบบ ( $M = 3.40$ ,  $SD = 1.26$ ,  $Min = 1$ ,  $Max = 7$ ) (ภาคผนวก จ ตาราง 1) โดยลักษณะความปวดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปวดแสบร้อน รองลงมา คือ ปวดตื้อๆ และปวดแบบแปลบตามลำดับ (ภาคผนวก จ ตาราง 2) และหลังจากที่ผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของลักษณะเฉพาะของความปวดมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก (แต่ละอันดับประกอบด้วย ลักษณะเฉพาะของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของความปวด และวันที่เริ่มปวด) และผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับ ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

### ประเภทของความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก

ประเภทของความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างรายงานมีทั้งความปวดจากพยาธิประสาทและความปวดนอซีเซฟทึฟซึ่งมีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบของกล้ามเนื้อและหรือการติดเชื้อหรือการอุดตันอวัยวะภายใน ประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก คือ ความปวดพยาธิสภาพประสาทพบได้ร้อยละ 64 (ตาราง 6) ความปวดประเภทดังกล่าวมีลักษณะเฉพาะของความปวดหลายแบบ โดยพบแบบแสบร้อนมากที่สุด รองลงมาเป็น

ความปวดแปลบ และปวดเหมือนถูกแทง (ภาคผนวก ตาราง ข 2) ตำแหน่งที่ปวดพบบ่อยอยู่ระดับต่ำกว่าตำแหน่งที่ไขสันหลังบาดเจ็บ (below level) ได้แก่ บริเวณขา/เท้า ต้นขา และด้านหลัง (ตาราง 7) ซึ่งมีคะแนนความรุนแรงของความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $M = 7.38, SD = 1.90$ ) (ตาราง 8) และส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปวดดังกล่าวเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ภายหลังได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 60.4) บางรายเริ่มมีความปวดภายหลังได้รับบาดเจ็บหนึ่งปีขึ้นไป (ตาราง 9)

ประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดเป็นอันดับสองและสาม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความปวดแบบนอนซีเซฟทีฟ (ร้อยละ 62.0 และ ร้อยละ 63.0 ตามลำดับ) (ตาราง 6) ตำแหน่งปวดที่พบบ่อยได้แก่ บริเวณขา/เท้า ต้นขา ด้านหลัง และแก้มก้น/สะโพก (ตาราง 7) มีลักษณะปวดแบบตื้อ ๆ และ ปวดชา โดยความปวดที่รุนแรงอันดับสอง ( $M = 5.02, SD = 2.01$ ) และอันดับสาม ( $M = 3.91, SD = 1.60$ ) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 8) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปวดทั้งสามอันดับเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ภายหลังได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 61.3 และ ร้อยละ 76.5 ตามลำดับ) (ตาราง 9)

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก ( $N = 75$ )

ลักษณะของความปวด	ความปวดที่รุนแรงที่สุด		
	อันดับหนึ่ง ( $n = 75$ )	อันดับสอง ( $n = 71$ )	อันดับสาม ( $n = 54$ )
	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)
พยาธิสภาพประสาท	<b>48 (64.0)</b>	27 (38.0)	20 (37.0)
ตำแหน่งที่บาดเจ็บ	10 (20.8)	4 (14.8)	2 (10.0)
ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ	38 (79.2)	23 (85.2)	17 (85.0)
อื่นๆ (ปวดเส้นประสาทที่ข้อมือ)	-	-	1 (5.0)
นอนซีเซฟทีฟ	26 (34.7)	<b>44 (62.0)</b>	<b>34 (63.0)</b>
กระดูกและกล้ามเนื้อ	24 (92.3)	43 (97.7)	32 (94.1)
อวัยวะภายใน	2 (7.7)	1 (2.3)	2 (5.9)
ไม่ทราบ (เช่น แสบร้อน บวม แดง)	1 (1.3)	-	-

ตาราง 7

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งที่ปวดรุนแรงที่สุดสามอันดับแรก

(N = 75)

ตำแหน่งที่ปวด	ความปวดที่รุนแรงที่สุด		
	อันดับหนึ่ง (n = 75)	อันดับสอง (n = 71)	อันดับสาม (n = 54)
	n(%)	n(%)	n(%)
ศีรษะ*	2(2.7)	1 (1.4)	-
ลำคอ/บ่า*	8 (10.7)	15 (21.1)	9 (16.7)
คอ	3 (4.0)	2 (2.8)	3 (5.6)
ต้นคอ	3 (4.0)	5 (7.0)	3 (5.6)
บ่า	5 (6.7)	15 (21.1)	9 (16.7)
แขน/มือ*	10 (13.3)	18 (25.4)	9 (16.7)
ต้นแขน	6 (8.0)	14 (19.7)	5 (9.3)
ข้อศอก	5 (6.7)	8 (11.3)	3 (5.6)
ปลายแขน	6 (8.0)	13 (18.3)	4 (7.4)
ข้อมือ	6 (8.0)	11 (15.5)	3 (5.6)
มือ/นิ้วมือ	8 (10.7)	11 (15.5)	5 (9.3)
ด้านหน้าลำตัว/อวัยวะเพศ*	10 (13.3)	6 (8.5)	6 (11.1)
หน้าอก	3 (4.0)	1 (1.4)	3 (5.6)
ท้อง	7 (9.3)	3 (4.2)	4 (7.4)
เชิงกราน/อวัยวะเพศ	4 (5.3)	2 (2.8)	2 (3.7)
ด้านหลัง*	<b>26 (34.7)</b>	<b>29 (40.8)</b>	<b>10 (18.5)</b>
หลังช่วงบน	11 (14.7)	13 (18.3)	5 (9.3)
หลังช่วงล่าง	25 (33.3)	24 (33.8)	10 (18.5)
แก้มก้น/สะโพก*	20 (26.7)	12 (16.9)	<b>10 (18.5)</b>
แก้มก้น	15 (20.0)	7 (9.9)	8 (14.8)
สะโพก	17 (22.7)	12 (16.9)	11 (20.4)
ทวารหนัก	4 (5.3)	2 (2.8)	3 (5.6)
ต้นขา*	<b>31 (41.3)</b>	<b>28 (39.4)</b>	<b>21 (38.9)</b>

ตาราง 7 (ต่อ)

ตำแหน่งที่ปวด	ความปวดที่รุนแรงที่สุด		
	อันดับหนึ่ง (n = 75)	อันดับสอง (n = 71)	อันดับสาม (n = 54)
	n(%)	n(%)	n(%)
ขา/เท้า*	<b>39 (52.0)</b>	<b>31 (43.7)</b>	<b>37 (68.5)</b>
เข้า	27 (36.0)	23 (32.4)	28 (51.9)
หน้าแข้ง	30 (40.0)	23 (32.4)	30 (55.6)
น่อง	34 (45.3)	22 (31.0)	32 (59.3)
ข้อเท้า	32 (42.7)	21 (29.6)	29 (53.7)
เท้า/นิ้วเท้า	35 (46.7)	26 (36.6)	32 (59.3)

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่าหนึ่งตำแหน่ง

ตาราง 8

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรงของความปวดจำแนกตามประเภทของความปวดสามอันดับแรก (N = 75)

อันดับของความปวด	ระดับความรุนแรงของความปวด			M(SD)
	น้อย(1-3)	ปานกลาง(4-6)	มาก(7-10)	
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>อันดับหนึ่ง (n = 75)</b>				
นอซิเซฟทีฟ (n = 26)	2 (7.7)	13 (50.0)	11 (42.3)	6.0 (2.14)
กระดูกและกล้ามเนื้อ (n = 24)	2 (8.3)	13 (54.2)	9 (37.5)	5.7 (2.01)
อวัยวะภายใน (n = 2)	-	-	2 (100.0)	*
พยาธิสภาพประสาท (n = 48)	1 (2.1)	16 (33.3)	31 (64.6)	<b>7.38 (1.90)</b>
ตำแหน่งที่บาดเจ็บ (n = 10)	1 (10.0)	5 (50.0)	4 (40.0)	6.30 (2.45)
ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (n = 38)	-	11 (28.9)	27 (71.1)	7.66 (1.68)
ไม่ทราบ (n = 1)	-	-	1 (100.0)	-
<b>ปวดอันดับสอง (n = 71)</b>				
นอซิเซฟทีฟ (n = 44)	8 (18.2)	23 (52.3)	13 (29.5)	<b>5.02 (2.01)</b>
กระดูกและกล้ามเนื้อ (n = 43)	8 (18.6)	22 (51.1)	13 (30.3)	5.02 (2.03)
อวัยวะภายใน (n = 1)	-	1 (100.0)	-	-

ตาราง 8 (ต่อ)

อันดับของความปวด	ระดับความรุนแรงของความปวด			M(SD)
	น้อย(1-3)	ปานกลาง(4-6)	มาก(7-10)	
	n(%)	n(%)	n(%)	
พยาธิสภาพประสาท (n = 27)	3 (11.1)	13 (48.1)	11(40.8)	5.85 (1.81)
ตำแหน่งที่บาดเจ็บ (n = 4)	1 (25.0)	3 (75.0)	-	5.00 (1.41)
ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (n = 23)	2 (8.7)	10 (43.5)	11 (47.8)	6.00 (1.86)
<b>อันดับสาม (n = 54)</b>				
นอซิเซพทีฟ (n = 34)	15 (44.1)	19 (55.9)	-	<b>3.91 (1.60)</b>
กระดูกและกล้ามเนื้อ (n = 32)	14 (43.8)	18 (56.2)	-	3.97 (1.62)
อวัยวะภายใน (n = 2)	1 (50.0)	1 (50.0)	-	*
พยาธิสภาพประสาท (n = 20)	5 (25.0)	13 (65.0)	2 (10.0)	4.55 (1.50)
ตำแหน่งที่บาดเจ็บ (n = 2)	1 (50.0)	1 (50.0)	-	*
ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (n = 17)	4 (23.5)	11 (64.7)	2 (11.8)	4.65 (1.58)
อื่นๆ (n = 1)	-	1 (100.0)	-	-

หมายเหตุ \* = หาค่าแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางไม่ได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวันที่เริ่มมีความปวด (N = 75)

อันดับความปวด	วันที่เริ่มมีความปวดหลังการบาดเจ็บ (ปี)			
	ทันที	1-5	6-10	>10
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)
<b>อันดับหนึ่ง (n = 75)</b>				
นอซิเซพทีฟ (n = 26)	19 (73.1)	4 (15.4)	2 (7.7)	1 (3.8)
พยาธิสภาพประสาท (n = 48)	<b>29 (60.4)</b>	14 (29.2)	3 (6.2)	2 (4.2)
ไม่ทราบ (n = 1)	-	-	-	1 (100.0)
<b>อันดับสอง (n = 71)</b>				
นอซิเซพทีฟ (n = 44)	<b>27 (61.3)</b>	13 (29.5)	2 (4.6)	2 (4.6)
พยาธิสภาพประสาท (n = 27)	<b>20 (74.0)</b>	3 (11.1)	3 (11.1)	1(3.8)

ตาราง 9 (ต่อ)

อันดับความปวด	วันที่เริ่มมีความปวดหลังการบาดเจ็บ (ปี)			
	ทันที	1-5	6-10	>10
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>อันดับสาม (<i>n</i> = 54)</b>				
นอซิเซพทีฟ ( <i>n</i> = 34)	<b>26 (76.5)</b>	6 (17.7)	1 (2.9)	1 (2.9)
พยาธิสภาพประสาท ( <i>n</i> = 20)	<b>14 (70.0)</b>	6 (30.0)	-	-

### ผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับ

ความปวดเรื้อรังรบกวนต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับของผู้บาดเจ็บไขสันหลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.64$ ,  $SD = 1.91$ ) และเมื่อพิจารณาผลกระทบของความปวดรายข้อพบว่ารบกวนด้านการทำกิจกรรมทั่วไปในแต่ละวัน ด้านอารมณ์และการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (ตาราง 10)

ตาราง 10

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบความปวดโดยรวมและรายด้าน ( $N=75$ )

ผลกระทบ	ผลกระทบของความปวด				ระดับ
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
การทำกิจกรรมทั่วไปในแต่ละวัน	0	10	4.93	2.30	ปานกลาง
อารมณ์	0	10	4.32	2.33	ปานกลาง
การนอนหลับ	0	10	4.67	2.85	ปานกลาง
โดยรวม	0	10	4.64	1.91	ปานกลาง

### ส่วนที่ 3 กลวิธีการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังที่หลากหลายทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด การปรับความคิดและจิตใจ การใช้ยาแผนปัจจุบัน การลดการใช้กล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การใช้แพทย์แผนไทย /ยาพื้นบ้านการเปลี่ยนท่า การใช้ความร้อน/ความเย็น



และอื่น ๆ โดยวิธีการจัดการความปวดที่ใช้บ่อยมากที่สุด ได้แก่ การนวด (ร้อยละ 78.7) รองลงมาใช้วิธีการปรับความคิดและจิตใจ (ร้อยละ 61.3) เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำจิตใจให้สงบและใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง การใช้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 50.6) การลดการใช้กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40) เช่น การนอนพัก การพักกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 40) เช่น การเดิน การบริหารข้อ การเคลื่อนไหวแขนขา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมักจัดการความปวดดังกล่าวด้วยตนเองที่บ้าน และหรือแสวงหาหรือได้รับความช่วยเหลือในการจัดการความปวดจากผู้อื่น เช่น จากสมาชิกครอบครัว หมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่สุขภาพ (ตาราง 11)

ตาราง 11

จำนวน และร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติหรือผู้ให้การช่วยเหลือจำแนกตาม วิธีการจัดการความปวด\*

(N = 75)

วิธีการจัดการความปวด	จำนวนผู้ปฏิบัติ	ผู้ปฏิบัติหรือช่วยเหลือ		
		ผู้บาดเจ็บ ไขสันหลัง	ครอบครัว/ หมอ พื้นบ้าน	แพทย์/ เจ้าหน้าที่ สุขภาพ
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. การนวด	59 (78.7)	45(76.3)	14 (23.7)	-
2. การปรับความคิดและจิตใจ	46(61.3)	46(100.0)	-	-
2.1 เบี่ยงเบนความสนใจ (เช่น ทำกิจกรรมอื่นๆ ดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกมส์)	39 (84.8)	39 (100.0)	-	-
2.2 ทำจิตใจให้สงบ/ศาสนาเป็นที่พึ่ง (เช่น ปล่อยวาง สวดมนต์ ทำสมาธิ อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ใช้ความอดทน)	7 (15.2)	7 (100.0)	-	-
3. การใช้ยาแผนปัจจุบัน	38(50.6)	9 (25.7)	1 (2.9)	25 (71.4)
3.1 ยากลุ่มกันชัก เช่น กาบาเพนติน	10 (26.3)	-	-	10 (100.0)
3.2 ยากล่อมกล้ามเนื้อ	8 (21.0)	1 (12.5)	-	7 (87.5)
3.3 ยากล่อมประสาท เช่น โคลนาซีแพม (Clonazepam) คลอราซีเพท (Clorazepate) ไดอะซีแพม (Diazepam)	5 (13.1)	-	-	5 (100.0)
3.4 ยาพาราเซตามอล	5 (13.1)	5 (100.0)	-	-

วิธีการจัดการความปวด	จำนวนผู้ปฏิบัติ	ผู้ปฏิบัติหรือช่วยเหลือ		
		ผู้บาดเจ็บ ไขสันหลัง	ครอบครัว/ หมอ ที่บ้าน	แพทย์/ เจ้าหน้าที่ สุขภาพ
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
3.5 ยาระบาย	3 (7.9)	1 (33.3)	-	2 (66.7)
3.6 ยาบาล์ม	2 (5.3)	2 (100.0)	-	-
3.7 ยาแก้ปวด เช่น ทรามาคอลล	2 (5.3)	-	-	2 (100.0)
3.8 ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	2 (5.3)	-	1 (50.0)	1 (50.0)
3.9 ยาระบาย	3 (7.9)	1 (33.3)	-	2 (66.7)
4. การลดการใช้กล้ามเนื้อ (เช่น การนอนพัก การพักกล้ามเนื้อ)	30 (40.0)	29 (96.7)	1 (3.3)	-
5. การออกกำลังกาย (เช่น การเดิน การบริหารข้อ การเคลื่อนไหวแขนขา)	30 (40.0)	28 (93.1)	2 (6.9)	-
6. การใช้ยาแพทย์แผนไทย /ยาพื้นบ้าน	30 (40.0)	26 (65.0)	4 (35.0)	-
6.1 ยาทานวด (เช่น พิมเสน น้ำมันนวด ยาหม่อง)	29 (96.7)	26 (89.7)	3 (10.3)	-
6.2 ยาต้มสมุนไพร	1 (3.4)	-	1 (100.0)	-
7. การเปลี่ยนท่า (เช่น ยกขาสูง ยืดขา ยกตัวขึ้นจากรถเข็นนั่ง)	26 (34.7)	24 (92.3)	2 (7.7)	-
8. การใช้ความร้อน/ความเย็น	20 (26.7)	15 (75.0)	5 (25.0)	-
8.1 ให้ความอบอุ่น (เช่น ห่มผ้า ใส่อีวหนาว แช่น้ำอุ่น สวมถุงเท้า ประคบผ้าร้อน)	14 (70.0)	11 (78.6)	3 (21.4)	-
8.2 ใช้ความเย็น (เช่น ประคบเย็น ใช้พดลมเป่า)	6 (30.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	-
9. อื่น ๆ	4 (5.3)	3 (75.0)	-	1 (25.0)
9.1 การลูบสัมผัส	3 (75.0)	3 (100.0)	-	-
9.2 การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ	1 (25.0)	-	-	1 (100.0)

หมายเหตุ \* = มีการใช้วิธีการจัดการความปวดมากกว่าหนึ่งวิธี

กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดดังกล่าวข้างต้น โดยให้เหตุผลต่าง ๆ ได้แก่ การนวดช่วยทำให้ผ่อนคลาย (ร้อยละ 82.7) รู้สึกเบาสบายตัว ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การประคบร้อนช่วยบรรเทาปวด (ร้อยละ 62.6) เช่น การใส่ถุงเท้า การแช่น้ำอุ่น การเบี่ยงเบนความสนใจช่วยให้ลืมความปวด (ร้อยละ 52) เช่น การไม่คิดถึงความปวด และการหากิจกรรมอย่างอื่นทำ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางราย (ร้อยละ 4) ให้เหตุผลของการเลือกบรรเทาปวดแบบไม่ใช่ยา แทนการใช้ยาบรรเทาปวด เนื่องจากมีความคิดว่าหากตนเองต้องพึ่งพายาลดปวดอย่างต่อเนื่องและกลัวอันตรายของยา จึงเลือกใช้ยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวดมากเท่านั้น (ตาราง 12)

ตาราง 12

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่เลือกใช้วิธีการจัดการความปวด\* (N=75)

เหตุผลในการเลือกวิธีการจัดการความปวด	n	%
1. ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (เช่น นวด ยาทานวด)	62	82.7
2. ทำแล้วช่วยบรรเทาปวด (เช่น ประคบร้อน)	47	62.6
3. ช่วยให้ลืมความปวด (เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ)	39	52.0
4. ช่วยกระตุ้นไหลเวียนเลือดลม (เช่น นวด ออกกำลังกาย)	30	40.0
5. บุคลากรสุขภาพ-พระจัดให้/แนะนำ (เช่น ยาแผนปัจจุบัน ยาแพทย์แผนไทย การออกกำลังกาย)	22	29.3
6. เคยทำมาก่อน/ความเคยชิน (เช่น การนอนพัก การไม่คิดถึงหรือ สนใจเรื่องความปวด การลูบสัมผัส)	17	22.7
7. ทำง่าย/ทำได้ด้วยตนเอง (เช่น การนอนพัก)	9	12.0
8. เชื่อว่าทำแล้วหาย	8	10.7
9. ทำให้จิตใจสงบ/เป็นความเชื่อของศาสนาอิสลาม	7	9.3
10. ทำแล้วไม่เป็นอันตราย	3	4.0
11. เลือกวิธีการไม่ใช่ยาแทนเพราะต้องการหลีกเลี่ยงการกินยา เนื่องจากกินยาแล้วต้องกินตลอด กลัวอันตราย กลัวการทำลายไต กินยาเมื่อปวดมากจริงๆ	3	4.0
12. กินยาช่วยลดอาการนำก่อนปวด (เช่น กล้ามเนื้อกระตุก)	1	1.3

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่าหนึ่งเหตุผล

สำหรับความถี่ในการจัดการความปวดเรื้อรัง พบว่า ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการปรับความคิดและจิตใจบ่อยครั้ง (ร้อยละ 95.7) รองลงมาเป็นวิธีการใช้ความเย็น (ร้อยละ 83.3) การลดการใช้กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 76.7) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 70.0) การใช้ความร้อน (ร้อยละ 64.3) และการใช้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 63.2) (ตาราง 13)

นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิผลซึ่งค่าคะแนนอยู่ในระดับมากตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง คือ การใช้ยาทรมาคอล ( $Mdn = 4.50$ ) การใช้ระบายน ( $M = 4.33, SD = 0.57$ ) การทำจิตใจให้สงบ/ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง ( $M = 4.29, SD = 0.76$ ) และการใช้ความเย็น ( $M = 4.00, SD = 1.10$ ) (ตาราง 13)



ตาราง 13 (ต่อ)

วิธีการควบคุมปวด	ความถี่ในการจัดการความปวด				ประสิทธิผลการจัดการความปวด				M(SD)
	นานครั้ง n(%)	บางครั้ง n(%)	บ่อยครั้ง n(%)	ไม่ได้ผล n(%)	น้อย n(%)	ปานกลาง n(%)	ดี n(%)	ดีมาก n(%)	
(n = 2)	2 (100.0)	-	-	-	-	1 (50.0)	1 (50.0)	-	*
3.9 ยาขี้บวม (n = 1)	-	1 (100.0)	-	-	-	1 (100.0)	-	-	-
4. การลดการใช้กล้ามเนื้อ (n = 30)	2 (6.6)	5 (16.7)	23 (76.7)	-	1 (3.3)	8 (26.7)	14 (46.7)	7 (23.3)	3.7 (0.80)
5. การออกกำลังกาย (n = 30)	-	9 (30.0)	21 (70.0)	-	4 (13.3)	11 (36.7)	11 (36.7)	4 (13.3)	3.53 (0.90)
6. ยาแผนไทย/พื้นบ้าน (n = 30)	12 (40)	12 (40.0)	6 (20.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	17 (56.7)	9 (30.0)	2 (6.7)	3.33 (0.80)
7. การเปลี่ยนท่า (n = 26)	-	4 (15.4)	22 (54.6)	-	1 (3.8)	9 (34.7)	11 (42.3)	5 (19.2)	3.77 (0.82)
8 การใช้ความร้อน (n = 14)	4 (28.6)	1 (7.1)	9 (64.3)	-	-	5 (35.7)	5 (35.7)	4 (28.6)	3.93 (0.82)
9 การใช้ความเย็น (n = 6)	1 (16.7)	-	5 (83.3)	-	1 (16.7)	-	3 (50.0)	2 (33.3)	4.00 (1.10)

หมายเหตุ \* = หาค่าแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางไม่ได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย

#### ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.3) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต โดยรวม รายด้าน และมีதிய่อยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีติการทำหน้าที่ทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $M = 37.07$ ,  $SD = 15.06$ ) และมีติกิจกรรมทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $M = 63.66$ ,  $SD = 17.59$ ) (ตาราง 14 -15)

ตาราง 14

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน ( $N = 75$ )

คุณภาพชีวิต	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
โดยรวม	2	2.7	70	93.3	3	4.0
รายด้าน						
ด้านร่างกาย	12	16.0	60	80.0	3	4.0
ด้านจิตใจ	2	2.7	47	62.6	26	34.7

ตาราง 15

ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวม รายด้าน และมีதிய่อย ( $N = 75$ )

คุณภาพชีวิต	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านร่างกาย	9.24 -76.91	45.07	12.44	ปานกลาง
การทำหน้าที่ทางกาย	3.33 -86.67	37.07	15.06	ปานกลาง
บทบาทที่ถูกลำกัดจากปัญหาทางกาย	0.00 -100.00	51.91	18.52	ปานกลาง
ความปวด	11.11- 88.89	49.77	14.19	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพโดยรวม	0.00 - 80.00	41.53	14.81	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	28.13 - 91.56	59.97	13.06	ปานกลาง
พลังกำลัง	12.50 - 93.75	57.33	15.89	ปานกลาง
กิจกรรมทางสังคม	12.50 - 100.0	63.66	20.04	ปานกลาง

คุณภาพชีวิต	Min-Max	M	SD	ระดับ
บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์	0.00 - 100.0	59.8	19.31	ปานกลาง
สุขภาพจิต	5.00 - 95.00	59.0	17.59	ปานกลาง
โดยรวม	23.70 - 71.85	51.68	9.46	ปานกลาง

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในช่วงวัยกลางคนที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมาเป็นเวลาหลายปี โดยมีสาเหตุจากการได้รับอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลศูนย์สถิติการบาดเจ็บไขสันหลังแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งรายงานว่า การเกิดบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่พบในเพศชาย (ร้อยละ 80.7) ซึ่งช่วงที่เกิดการบาดเจ็บไขสันหลังมักพบในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีสาเหตุจากการบาดเจ็บทางจราจรมากที่สุด (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ ลี และคณะ (Lee et al., 2014) ที่ทบทวนข้อมูลและสรุปสถิติการเกิดบาดเจ็บไขสันหลังจากทั่วโลกพบว่าสาเหตุหลักของการเกิดบาดเจ็บไขสันหลังคือ อุบัติเหตุจราจร ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากเพศชายกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนิยมใช้ยานพาหนะในการเดินทาง เช่น การใช้มอเตอร์ไซด์เนื่องจากมีความสะดวกและคล่องตัวในการเข้าถึงตรอกและซอย และอาจขับขี่ด้วยความรวดเร็วไม่ระมัดระวังจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้สูงกว่าวัยอื่น ๆ (กิ่งแก้ว, 2543) นอกจากนี้การศึกษารังนี้ยังพบว่าสาเหตุรองลงมาที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง คือ การถูกยิง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของพิศศักดิ์ และคณะ (2551) และจิราภรณ์ และคณะ (2553) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนหนึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้ตอนล่างซึ่งมีการลอบยิงทำร้ายบ่อย

ผลจากการได้รับอุบัติเหตุทางจราจรและการถูกยิง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษารังนี้มีการบาดเจ็บไขสันหลังระดับทรวงอก/เอว และเกิดอัมพาตตอนล่างแบบไม่สมบูรณ์ ทำให้ระบบประสาทสั่งการและรับรู้สึกบกพร่องหรือ/และสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมลำตัว รยางค์ส่วนล่าง (ขา) และอวัยวะในช่องเชิงกราน (อภินา, 2555; Somers, 2010) รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อกระดูก ท้องผูก ปัสสาวะกั่ง แผลกดทับ ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของการประกอบอาชีพ โดย



ก่อนบาดเจ็บทุกคนมีอาชีพหรือเล่าเรียนการศึกษา แต่หลังบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งรายได้ดังกล่าวไม่เพียงพอใช้ ใกล้เคียงกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศตุรกีจำนวน 54 คน พบว่าภายหลังการบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนจากความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะและทางเดินอาหาร แผลกดทับ และอาการกล้ามเนื้อกระตุก ปัญหาความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังไม่สามารถทำงานได้เหมือนก่อนบาดเจ็บ (Gurcay et al., 2010) และการศึกษาของเดชพระธรรมและคงคะสุวรรณ (Dajpratham&Kongkasuan, 2011) ที่ศึกษาในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังเป็นเวลาประมาณ 4 ปี จำนวน 67 คน พบว่าสองในสามของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเกือบครึ่งหนึ่งประเมินรายได้ว่าไม่เพียงพอ

## ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ความปวดเรื้อรังทั้งที่เป็นจากความปวดจากพยาธิสภาพประสาทและความปวดนอซิเซพทีฟ โดยเมื่อจัดอันดับประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก พบว่าความปวดพยาธิสภาพประสาทเป็นความปวดที่มีความรุนแรงที่สุดอันดับแรก ซึ่งมักมีลักษณะความปวดแบบปวดแสบร้อน ปวดแปลบ และปวดเหมือนถูกแทง และมีความรุนแรงของความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมาอันดับสองและสามเป็นความปวดนอซิเซพทีฟที่มีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ ๆ และปวดชา โดยมีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ความปวดทั้งสองประเภทส่วนใหญ่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภายหลังได้รับบาดเจ็บทันทีจนอาจพัฒนาในเดือนหรือปีต่อมา โดยตำแหน่งที่ปวดส่วนใหญ่อยู่ต่ำกว่าระดับที่ไขสันหลังบาดเจ็บ เป็นบริเวณ ขา/เท้า ต้นขา และด้านหลัง ความปวดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทั่วไปในแต่ละวัน อารมณ์ และการนอนหลับในระดับปานกลาง ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความปวดเรื้อรังที่ปรากฏขึ้นภายหลังบาดเจ็บไขสันหลัง เกิดปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม/การรักษา กล่าวคือ ความปวดพยาธิสภาพประสาทเกิดขึ้นจากการที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บโดยตรงทำให้รากประสาทถูกทำลาย (Jensen et al., 2005) และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ มีการปล่อยสารพิษ (excitotoxic) และเกิดการอักเสบ ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของระบบการยับยั้งการหลั่งสารเคมีภายในตัวประสาท ประกอบด้วยแกมมาอะมิโนบิวทีริก (GABA) และไกลซีน (glycine) (D'Angelo et al., 2013; Yeziarski, 2009) เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบประสาทรับความรู้สึกของไขสันหลัง ส่งผลให้มีการตอบสนองของวงจรความปวดเพิ่มขึ้น ระบบประสาทส่วนปลายจึงมีความไวต่อการ

กระตุ้นได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป (D'Angelo et al., 2013; Yeziarski, 2009) และเกิดความรู้สึกปวดเมื่อย มีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีตัวกระตุ้นก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่จึง รายงานว่ามีความปวดที่มีลักษณะเฉพาะที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดแสบร้อน รองลงมาเป็นปวดแปลบ และปวดเหมือนถูกแทง (ภาคผนวก จ ตาราง 1 และภาคผนวก ฉ ตาราง 1) สอดคล้องกับการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าความปวดพยาธิสภาพประสาทเรื้อรังในผู้บาดเจ็บ ไขสันหลังมีลักษณะความปวดที่พบบ่อย คือ ปวดแสบร้อน (Margot-Ducclot et al., 2009) และ การศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าลักษณะความปวดของผู้ป่วยบาดเจ็บ ไขสันหลังที่พบบ่อย คือ ปวดแสบร้อน ที่รองลงมาเป็นความปวดแบบปวดร้าว ถูกของมีคม ปวดตุ้บๆ ปวดเหมือนถูกแทง ไฟฟ้าช็อต ทะลุ ทะลวง และถูกแมลงกัดต่อย ตามลำดับ (Cruz – Almeida et al., 2009; Felix et al., 2007)

นอกจากสาเหตุจากการที่รากประสาทถูกทำลายโดยตรงแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการเกิดความปวดพยาธิสภาพประสาท ดังเช่น ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ ได้แก่ระดับ ตำแหน่งของการบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจาก การศึกษาที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดความปวด พยาธิสภาพประสาทเรื้อรังในผู้บาดเจ็บ ไขสันหลัง โดยพบว่าระดับตำแหน่งของการบาดเจ็บ ความ รุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิด ความปวดพยาธิสภาพประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ไขสันหลังระดับคอ ออก และบริเวณ ไขสันหลังส่วนหางม้า (caudaequina) มีความรุนแรงการบาดเจ็บ ไขสันหลังแบบ ไม่สมบูรณ์ และระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บ ไขสันหลังที่ยาวนานมีโอกาพบความปวด พยาธิสภาพประสาทได้มาก (Margot-Docclot et al., 2009) ซึ่งการศึกษานี้จากข้อมูลด้าน สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงข้างต้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการบาดเจ็บ ไขสันหลังระดับอกร้อยละ 46.7 และระดับเอวร้อยละ 37.3 และมีความรุนแรงของการ บาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์ร้อยละ 52 รวมทั้งมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการบาดเจ็บที่ยาวนาน 8 ปี จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่ามีความปวดพยาธิสภาพประสาทที่ปวดรุนแรงที่สุด อันดับแรก (ร้อยละ 64) (ตาราง 6) ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาแบบสำรวจที่ผ่านมา เกี่ยวกับความปวดจากการบาดเจ็บ ไขสันหลังในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 279 คน (Wollaars et al., 2007) และการศึกษาแบบสำรวจในกลุ่มผู้บาดเจ็บ ไขสันหลังที่มีความปวดเรื้อรัง จำนวน 575 คน (Heutink et al., 2011) พบว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่มีความปวดพยาธิสภาพประสาทมากที่สุดพบได้ ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 69.3 ตามลำดับ

ตำแหน่งของความปวดพยาธิสภาพประสาทที่พบมีทั้งบริเวณระดับ ไขสันหลัง บาดเจ็บ และต่ำกว่า ไขสันหลังบาดเจ็บ โดยตำแหน่งที่พบบ่อยมักเป็นตำแหน่งที่ต่ำกว่าระดับ

ไขสันหลังบาดเจ็บ ได้แก่ บริเวณ ขา/เท้า ด้านขา และด้านหลัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของภาวะปวดพยาธิสภาพประสาทในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 50 คน พบว่าภาวะปวดพยาธิสภาพประสาทมักพบได้ในส่วนของขา/เท้าทั้งสองข้าง (Celik et al., 2012) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บไขสันหลังระดับอก/เอว และเป็นอัมพาตท่อนล่าง ทำให้ระบบประสาทรับความรู้สึกระดับที่มีพยาธิสภาพ (at level) และต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพ (below level) ทำงานผิดปกติไปจากเดิมเช่น มีอาการปวดแบบเกินจริง และมีประสาทไวต่อการสัมผัส (hyperalgesia) หรือบอกไม่ได้ว่ามีอะไรมากระตุ้น (Yeziarski, 2009)

เมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของภาวะปวดพยาธิสภาพประสาท กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีภาวะปวดรุนแรงโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เหตุที่เป็นเช่นนี้นอกจากการมีพยาธิสภาพของไขสันหลังดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะปวดดังเช่น การศึกษาที่ผ่านมาของนักวิจัยที่ศึกษาภาวะปวดเรื้อรังภายหลังบาดเจ็บไขสันหลังระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,295 คน พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ระดับเอว และมีความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปวดที่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ (Modirian et al., 2010) ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งบริเวณเอวและมีความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์ (ตาราง 6) นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคคลและบริบทสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะปวดในระดับมาก กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยรายใช้ยาบรรเทาอาการปวดจากพยาธิสภาพประสาท ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากมีความกลัวต่อผลข้างเคียงของการใช้ยาแก้ปวดระยะยาว เช่น การทำลายไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนเรื่องปัสสาวะคั่ง และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จึงอาจทำให้หยุดการใช้ยาด้วยตนเองหรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังกล่าวอาจไม่สามารถบรรเทาความปวดตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการได้ตลอดเวลา ดังเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 13) คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่ามีผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวนไม่น้อยที่มีความปวดในระดับที่รุนแรง (Jensen et al., 2005; Miguel, 2009; Modirian et al., 2010; Molton et al., 2009) ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากที่กลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวนมากมีความปวดไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดที่แพทย์ใช้ในการรักษา (Monton et al., 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากแพทย์ไม่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจัดการความปวดเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่มีผู้บาดเจ็บไขสันหลังรายงานว่ายากแก้ปวดไม่ตอบสนองให้ความปวดทุเลาลง และมีความกลัวที่จะใช้ยา

บ่อยครั้งจึงหาวิธีการจัดการความปวดอย่างอื่นเสริม เพื่อให้เกิดความสมดุลของชีวิต โดยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับความปวดได้ (Lofgren & Norrbrink as cited in Finnerup, 2013) นอกจากนี้ปัจจัยด้านบริบทสิ่งแวดล้อม อาจเป็นเพราะว่าการศึกษารึ้นนี้กลุ่มตัวอย่างหลายคนมีที่อยู่อาศัยห่างไกลจากโรงพยาบาลหรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่ปลอดภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดภาคใต้ การไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องความปวดเรื้อรังเพียงอย่างเดียวเป็นไปได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้บาดเจ็บอัมพาตท่อนล่าง/อัมพาตทั้งตัวและมีรายได้น้อยเพราะต้องขอความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวในการนำพาส่งโรงพยาบาลซึ่งต้องใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างหลายรายเลือกใช้วิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช่ยาผสมผสานหรือทดแทนการใช้ยาบรรเทาปวด

สำหรับความปวดแบบนอซิเซฟทีฟ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่า เป็นความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับสองและสามซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องการจัดการความปวดแบบไม่ใช่ยาและไม่ใช่ยาในกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีความปวดเรื้อรัง จำนวน 575 คน และพบว่าความปวดนอซิเซฟทีฟเป็นความปวดที่พบได้รองลงมาจากความปวดพยาธิสภาพประสาท (Heutink et al., 2011) ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากการอักเสบ/บาดเจ็บของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมหรือมีการใช้งานหรือการกดทับมากเกินไป เช่น การใช้แรงของกล้ามเนื้อ ข้อมือ หรือข้อไหล่ในการเคลื่อนย้ายร่างกายการนั่งบนรถเข็น นั่งห้อยขาหรือนอนนาน (Siddall & Middleton, 2006) กลุ่มตัวอย่างจึงลักษณะความปวดแบบปวดตื้อๆ ปวดชา หรือความปวดที่เกิดจากภาวะอุดตันของอวัยวะภายใน เช่น การมีปัสสาวะคั่ง ท้องผูก หรือกล้ามเนื้อขากระดูก กลุ่มตัวอย่างจึงรายงานว่ามีความปวดในลักษณะจุดแน่น เกร็ง เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (Cruz-Almeida et al., 2009; Molton et al., 2009; Ullrich et al., 2008) และตำแหน่งที่พบความปวดประเภทนอซิเซฟทีฟได้บ่อยได้แก่ ขา เท้า หลัง ต้นขา เข่า/สะโพก ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุที่กล่าวไว้ข้างต้น และมีผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาของผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง และมีระยะเวลาบาดเจ็บยาวนานซึ่งพบความปวดได้บ่อยในตำแหน่ง หลัง ขา/เท้า ต้นขา และเชิงกราน (Cruz – Almeida et al., 2009; Modirian et al., 2010)

สำหรับความรุนแรงของความปวดนอซิเซฟทีฟ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความปวดประเภทนี้มักเกิดการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ (Cardenas & Felix, 2009; Siddall & Middleton, 2006; Rekan et al., 2012) และการอุดตัน/การติดเชื้อของอวัยวะภายใน ซึ่งสามารถบรรเทาอาการปวดนี้ได้ด้วยยาและแก้ไขตามสาเหตุ (Siddall & Middleton, 2006) เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ การลดใช้แรงบริเวณตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บ การสวนปัสสาวะ การให้ยาระบาย เป็นต้น

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปวดเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการทำงานทั่วไประดับ และ การนอนหลับ โดยเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑกานต์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 132 คน พบว่าการปวดเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานต่างๆ เนื่องจากไม่สามารถนั่งนานเกินไปจากความปวดจากการกดทับแผลหรือกล้ามเนื้อนานเกินไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ยังให้ข้อมูลว่าความปวดเรื้อรังจากพยาธิสภาพประสาทมักพบบ่อยโดยเฉพาะในช่วงการนอนหลับในเวลากลางคืน ซึ่งมีสภาพอากาศที่หนาวเย็นกว่าช่วงเวลากลางวัน (ภาคผนวก จ ตาราง 1) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของวชิรญาณ (2555) ซึ่งพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังบอกว่ามักมีอาการปวดกำเริบในช่วงเวลากลางคืนหรือรุ่งเช้าที่มีสภาพอากาศหนาวเย็น ทำให้กระทบการนอนหลับอย่างมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซิลิกและคณะ (Celik et al., 2012) ที่ศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกของความปวดประเภทพยาธิสภาพประสาทในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง พบว่าความรุนแรงของความปวดในช่วงเวลากลางคืนมีความรุนแรงสูงกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่งผลกระทบในเรื่องของการนอนหลับพักผ่อนเวลากลางคืน ทำให้ต้องตื่นนอนทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด และนอนหลับต้อยาก ส่งผลให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ มีอารมณ์แปรปรวนและกังวลได้ง่าย (อมรพันธ์, 2549)

## ส่วนที่ 2 กลวิธีการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความปวดที่ผสมผสานทั้งแบบใช้ยา (ยาแผนปัจจุบัน ยาแพทย์แผนไทย/ยาพื้นบ้าน) และแบบไม่ใช้ยาภายใต้เหตุผลและความเชื่อต่าง ๆ กัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมักจัดการความปวดด้วยตนเองที่บ้านและหรือได้รับคำแนะนำความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ในที่นี้จะอภิปรายผลของแต่ละวิธีการจัดการความปวดที่เป็นลักษณะเด่นของกลุ่มตัวอย่างที่ค้นพบได้จากการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

### การนวด

การนวดเป็นวิธีการจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด (ร้อยละ 78.7) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว/หมอพื้นบ้าน เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้บ่อยครั้ง โดยให้เหตุผลว่าการนวดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ช่วยคลายเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด และผู้ปฏิบัติประเมินผลลัพธ์ของวิธีการจัดการความปวดอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 47.2) ซึ่งใกล้เคียงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา

มาพบว่า ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีความปวดเรื้อรังมีวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่นิยมเลือกใช้มากที่สุดคือ การนวด เนื่องจากการนวดช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อ โดยทำให้เลือดมาเลี้ยงและขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น ช่วยผ่อนคลายความเกร็งของกล้ามเนื้อส่งผลให้ลดปวดและจิตใจให้รู้สึกโล่ง สบายตัวและผ่อนคลาย (วันเพ็ญ, 2549; Heutink et al., 2011; NorrbrinkBudh & Lundeberg, 2004; Widerstrom-Naga & Turk, 2003) นอกจากนี้อาจอธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู่ว่าการนวดเป็นการกระตุ้นที่ผิวหนัง ส่งผลให้มีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่ไขสันหลัง ให้ยับยั้งการส่งสัญญาณความเจ็บปวด ลดประสิทธิภาพการส่งผ่านสัญญาณในสมองที่รับรู้ความปวดในระดับไขสันหลังและระดับทาลามิก เป็นการปิดประตู่ส่งสัญญาณความปวด จึงทำให้ความปวดลดลง (ชาธิปิติ, อุไรวรรณ และ กรรมนิภา, 2554; ผ่องศรี, 2551; วันเพ็ญ, 2549)

### **การปรับความคิดและจิตใจ**

การปรับความคิดและจิตใจเป็นวิธีการจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดเป็นอันดับสอง เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ และการทำจิตใจให้สงบ/ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้บ่อยครั้ง โดยให้เหตุผลว่าการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการทำกิจกรรมอื่น ๆ ช่วยทำให้ลืมความปวด ไม่ต้องครุ่นคิดหรือจดจ่อกับความปวด และมีประสิทธิผลในการลดปวดได้ โดยเฉพาะอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาเรื่องการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บจำนวน 117 คนภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลังยาวนานโดยเฉลี่ย 17 ปี พบว่าร้อยละ 40.8 ของผู้บาดเจ็บเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายและการฝึกจิตเป็นลำดับแรก ๆ ในการจัดการความปวด (Cardenas et al., 2006) แม้ว่าการเบี่ยงเบนความสนใจและการทำจิตใจให้สงบ/ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งอาจจะไม่ลดระดับความรุนแรงของความปวดได้ทั้งหมด แต่สามารถช่วยให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังควบคุมตนเองและรับมือหรือปรับตัวกับความปวดเรื้อรังที่เผชิญอยู่ได้ (Burns et al., 2013) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ความปวดไปยังสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ความปวดหรืออารมณ์ที่ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นขณะเจ็บปวด (ผ่องศรี, 2551) เป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลไปควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง (ปิยาภรณ์, 2544; ยศพล และศรีสุดา, 2556) อีกทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่พอใจ จะมีผลทำให้เกิดการหลั่งเอนดอร์ฟิน(endorphine) ลดการรับรู้ต่อปวด เพิ่มความอดทนต่อความปวด (Potter & Perry อ้างตามปิยาภรณ์, 2544)

นอกจากนี้การทำจิตใจให้สงบ /ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งเพื่อลดปวด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้บ่อยครั้งเช่นกัน โดยให้เหตุผลของการจัดการด้วยวิธีนี้ว่าการปล่อยวาง การทำสมาธิทำให้

จิตใจสงบ ไม่คิดกังวลกับเรื่องปวด และรายงานผลลัพธ์ของการจัดการความปวดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งอธิบายได้ว่าการทำสมาธิ ทำให้จิตใจสงบ ช่วยทำให้ร่างกายคลายความเครียด ลดการเร้าทางอารมณ์มีผลโดยตรงต่อการทำงานของไฮโปทาลามัสที่เกี่ยวข้องกับระบบซิมพาเทติก ปลดปล่อยกระแสไฟฟ้าลดลง ส่งผลให้กระตุ้นต่ออดรีนอลเมดัลลา (adrenal medulla) น้อยลง การหลั่งอิพิเนฟริน (epinephrine) ลดลง การเผาผลาญภายในเซลล์ลดลงเป็นเหตุให้คลายความวิตกกังวล และยังพบว่าขณะจิตสงบเป็นสมาธินั้น ร่างกายจะมีการหลั่งเอนดอร์ฟิน (endorphine) ออกมามากขึ้น เป็นผลให้ความปวดลดลง (อมรพันธ์, 2549) ดังเห็นได้จากการศึกษาแบบทดลองเกี่ยวกับผลของการฝึกสมาธิเพื่อลดอาการปวดในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังจำนวน 89 คน โดยการฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่องแปดสัปดาห์ พบว่าช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบและลดอาการปวดหลังเรื้อรังได้ (Morone, Greco, & Weiner, 2008) นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่ามิกกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 36) มีการจัดการกับความปวดเรื้อรังภายใต้ความเชื่อที่ว่าความปวดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่พระเจ้าทดสอบและกำหนดให้เป็นสิ่งที่ต้องยอมรับและอดทนกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นทัศนคติของผู้นับถือศาสนาอิสลามกับความเจ็บป่วยที่ว่า การหายจากโรคเป็นประสงค์จากพระอัลลอฮ์เท่านั้น ชาวมุสลิมจึงต้องวิงวอนและมีความอดทน เชื่อมมั่นในจิตใจที่เข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวัง จะต้องไม่เสียใจ ท้อแท้ โวยวาย กับการบำบัดที่ไม่ได้ผล ซึ่งพระอัลลอฮ์อาจให้อะไรมากกว่าการหายจากโรค ความเชื่อดังกล่าวนี้มีผลทำให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีความปวดมีความอดทนและมีกำลังใจที่จะสู้ต่อ (อิสมาอีล อ้างตาม เปรมทิพย์, 2553)

### การใช้ยาแผนปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีการใช้ยาแผนปัจจุบันในการจัดการความปวดเรื้อรัง ในจำนวนนี้มีส่วนหนึ่งที่มีผู้ใช้ยาตามคำแนะนำ/แผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาคลายกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 26.3) ยาคลายกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 21) และยากล่อมประสาท (ร้อยละ 13.1) ยาทรามาดอล (ร้อยละ 5.3) เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายาคลายกล้ามเนื้อเป็นยากล่อมกันชักเป็นยากล่อมแรกทีนิยมนำใช้ลดปวดจากพยาธิสภาพประสาทในผู้บาดเจ็บไขสันหลังมากที่สุด (Heutink et al., 2011; Teasell et al., 2009) ซึ่งหากยากล่อมแรกใช้ไม่ได้ผลก็สามารถเลือกยากล่อมที่สองควบคู่กันได้ เช่น ยาต้านอาการซึมเศร้า (Attal et al., 2009; Teasell et al., 2010) ยาคลายประสาท หรือยากล่อมโอปิออยด์ เป็นต้น เพื่อให้สามารถควบคุมหรือลดปวดได้ดี

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาบรรเทาปวดจากพยาธิสภาพประสาท พบว่ามีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (ตาราง 11) อาจเป็นเนื่องจากการรับรู้ว่ายาบรเทาปวดไม่สามารถลดปวดได้ดีพอ

ดังเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ของการจัดการด้วยยาแผนปัจจุบันส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 13) ร่วมกับความกังวลกับผลข้างเคียงของยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสบการณ์ปวดประเภทพยาธิสภาพประสาท และการจัดการความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังเลือกวิธีการไม่ใช่ยาในการจัดการกับความปวดที่มี เนื่องจากกลัวอันตรายจากผลข้างเคียงของยา (Lofgren & Norrbrink as cited in Finnerup, 2013) รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีการลำบากในการเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษาหรือพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านความปวด (ภาคผนวก จ ตาราง 1) รายละเอียดดังที่ได้อภิปรายไว้ในหัวข้อประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง ซึ่งประเด็นนี้เป็นข้อมูลสำคัญที่เจ้าหน้าที่สุขภาพควรคำนึงเพื่อพัฒนา/ส่งเสริมวิธีการจัดการความปวดจากพยาธิสภาพประสาท โดยการใช้ยา การฝังระวางและจัดการกับผลข้างเคียงของยา และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีความปวดเรื้อรัง

### **การลดการใช้กล้ามเนื้อ**

การลดการใช้กล้ามเนื้อเช่น การนอนพัก การพักกล้ามเนื้อ เป็นวิธีการจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยให้เหตุผลว่าวิธีนี้ทำได้ง่าย ซึ่งการได้นอนพักหรือการพักใช้กล้ามเนื้อส่วนที่ปวดให้อยู่นิ่ง เป็นการได้ทั้งน้ำหนักลงบนที่นอน ทำให้หลังได้ยืด ลดแรงกระทำกับกระดูกและกล้ามเนื้อจากการนั่งนานๆ และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของอมรพันธ์ (2549) ที่ศึกษาความปวดและการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บที่มีความปวดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งจำนวน 100 คน พบว่า การนอนพักเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย มีความปลอดภัยและไม่มีผลข้างเคียง ทำให้ความปวดทุเลาลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ พุทธิพร (2554) ที่ศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 166 คน พบว่า การนอนพัก เป็นวิธีการจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้และได้ผลดี เพราะการนอนพักเป็นการลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กไม่ให้ส่งสัญญาณความปวด จึงทำให้ผู้บาดเจ็บไม่ปวด (อมรพันธ์, 2549) ดังเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินประสิทธิผลของการบรรเทาปวดจากการลดการใช้กล้ามเนื้อโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.90, SD = 0.80$ )

### **การออกกำลังกาย**

ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเพื่อลดปวดโดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายได้บ่อยครั้งด้วยตนเองและหรือมีสมาชิกครอบครัวคอยช่วยเหลือ เช่น การเดิน การบริหารข้อ การเคลื่อนไหวแขนขา โดยให้เหตุผลว่าบุคลากรสุขภาพให้คำแนะนำว่าการออกกำลังกายช่วยกระตุ้นไหลเวียนเลือด ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดข้อติดแข็งและความปวดได้ และสามารถ



บรรเทาปวดได้ผลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 9 เดือน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย ทำให้มีความปวดและความเครียดลดลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีติดตามผลทุก 3, 6 และ 9 เดือน (Ditor et al., 2003)

โดยสรุป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมีวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังแบบผสมผสานด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งส่วนใหญ่นิยมจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาโดยให้เหตุผลว่าทำได้ง่าย ช่วยผ่อนคลาย บรรเทาปวดและไม่ทำให้เกิดอันตราย ในขณะที่การใช้ยาบรรเทาปวดอาจมีผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาและความยากลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์ เพื่อปรึกษาหรือให้การรักษาปัญหาความปวดเพียงอย่างเดียว โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรังด้วยวิธีดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังจำนวนมากเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา แม้รับรู้ว่าการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถช่วยจัดการความปวดได้เพียงพอ แต่สามารถช่วยในเรื่องของอารมณ์ และการนอนหลับที่ดีขึ้น (Norrbrinkbudh & Lundeborg, 2004) ซึ่งการที่ผู้บาดเจ็บจะเลือกวิธีการจัดการอาการปวดในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Dodd et al., 2001) กล่าวคือ ปัจจัยด้านบุคคล เช่น หากบุคคลมีความเชื่อ/ศรัทธาในสิ่งนั้นหรือสามารถปฏิบัติสิ่งนั้นได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และเมื่อปฏิบัติแล้วได้ผลบรรเทาปวด ก็จะเกิดการเรียนรู้และนำมาใช้ในการจัดการความปวดครั้งต่อไป นอกจากนี้มีปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งบุคคลต้องคำนึงในการเลือกมาใช้เพื่อจัดการอาการปวด ได้แก่ ความปลอดภัย/ไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว บุคคลรอบข้างและบุคลากรสุขภาพในการจัดการความปวดเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

#### ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทางกายซึ่งเป็นผลจากความพิการหรือการเป็นอัมพาตท่อนล่าง ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก และเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความปวดเรื้อรังรุนแรงในระดับปานกลางถึงมาก และมีภาวะแทรกซ้อนทางกายของหลาย

อวัยวะที่พบบ่อย เช่น กล้ามเนื้อกระดูก ท้องผูก แผลกดทับ และปัสสาวะคั่ง ปัญหาเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำกิจกรรมได้เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังมาเป็นระยะเวลานานจำนวน 50 คน พบว่า ผู้บาดเจ็บมีปัญหาสุขภาพเรื่องกล้ามเนื้อกระดูก ปัญหาด้านระบบทางเดินอาหาร ปัสสาวะคั่ง แผลกดทับ และปัญหาความปวด มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังลดต่ำกว่าก่อนได้รับบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (Singh et al., 2010) อีกทั้งปัญหาทางกายเหล่านี้ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมีข้อจำกัดและขาดอิสระในการทำงาน ดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ดังเห็นได้จากผลการศึกษากครั้งนี้ ซึ่งพบว่าก่อนบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีงานทำ แต่ภายหลังการบาดเจ็บเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้ง ๆ ที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยกลางคนซึ่งมีความมุ่งมั่นในการทำงานหรือสร้างรากฐานให้กับตนเองและครอบครัว แต่การมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายทั้งที่เกิดจากความเจ็บป่วยโดยตรง ความปวด และภาวะแทรกซ้อนทางกาย จึงอาจส่งผลให้ไม่สามารถผลิตผลงานได้เหมือนดังเดิม ทำให้ไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑกานต์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ พบว่าความพิการทำให้ผู้บาดเจ็บไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม ทำให้ขาดรายได้ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้บาดเจ็บจึงประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตในมิติการทำหน้าที่ทางกายมีคะแนนต่ำสุด เช่นเดียวกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้บาดเจ็บไขสันหลังประเมินคุณภาพชีวิตในมิติความสามารถทางกายมีคะแนนต่ำที่สุด (Arango-Lasprilla et al., 2010; Barker et al., 2009; Boakye et al., 2012)

อย่างไรก็ตามการศึกษากครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในมิติกิจกรรมทางสังคม หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองว่ามีกิจกรรมทางสังคมในระดับสูง อาจเป็นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการบาดเจ็บมาเป็นระยะเวลายาวนาน ( $Mdn = 8$  ปี) ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ สามารถเรียนรู้และยอมรับสภาพการณที่เปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น ดังเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการปรับสภาพความคิดและจิตใจ จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับความคิดและจิตใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของกู (Ku, 2007) เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้บาดเจ็บไขสันหลังโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-36) พบว่าระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บมีแนวโน้มสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่มีระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บที่ยาวนานมีแนวโน้มของการมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ที่เพิ่งได้รับบาดเจ็บหรือได้รับบาดเจ็บในช่วงเวลาที่ไม่ยาวนาน และหลาย

งานวิจัยพบว่าระยะเวลาของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (พิทักษ์ และคณะ, 2549; Arango-Lasprilla et al., 2010; Celik et al., 2007; Dijkers, 1999; Stevens et al., 2008) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีกิจกรรมทางสังคมในระดับสูงอาจเป็นจากการที่ได้รับการพูดคุย การให้กำลังใจ ความรักห่วงใยดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดหรือมีความสำคัญต่อตนเอง เช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย (Celik et al., 2007) อีกทั้งจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชนทั้งด้านความรู้ ด้านร่างกายจิตใจและสังคม เช่น การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจที่จะเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคมมากขึ้นและการอำนวยความสะดวกในการบริการรับ-ส่งของหน่วยงานรัฐ (มีบางพื้นที่) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยหรือต้องการร่วมทำกิจกรรมของเครือข่ายผู้พิการ จึงช่วยลดช่องว่างการมีกิจกรรมสังคม และทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่าและมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงประเมินว่ามีกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับสูง

โดยสรุป จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายได้จากแนวคิดการจัดการของ ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังมีความเป็นพลวัต อาการปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลังเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนพัฒนาเป็นเดือนปี ความปวดมีทั้งประเภทความปวดจากพยาธิสภาพประสาทและความปวดนอซิเซฟทีฟ (จากการอักเสบหรือการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ/ข้อและหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะภายใน) โดยผู้บาดเจ็บประเมินประเภทความปวดที่รุนแรงอันดับแรก คือ ความปวดพยาธิสภาพประสาท รองลงมาอันดับที่สองและสามคือความปวดนอซิเซฟทีฟ ตำแหน่งที่ปวดพบได้บ่อยอยู่บริเวณที่ต่ำกว่าระดับที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และประเมินความปวดพยาธิสภาพประสาทอยู่ในระดับรุนแรงมาก และความปวดประเภทนอซิเซฟทีฟรุนแรงในระดับปานกลาง ผลของความปวดดังกล่าวรบกวนการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับระดับปานกลาง ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจึงใช้กลวิธีการจัดการความปวดที่ผสมผสานทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยส่วนใหญ่มักใช้การบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยามากกว่าการใช้ยาเพราะปฏิบัติได้ง่าย ช่วยให้เกิดผ่อนคลายและบรรเทาปวด รวมถึงป้องกันหรือหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้านและในแต่ละมิติ ผู้บาดเจ็บไขสันหลังรับรู้ว่าคุณอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีมาตรการทำกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และ

มิติการทำกิจกรรมทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งผลการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในการศึกษารั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (เช่น ระดับของการบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระยะเวลาการได้รับบาดเจ็บ ความเสี่ยง/ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด อาการแทรกซ้อนทางกาย) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง กลวิธีการจัดการความปวดเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความปวดเรื้อรังต่อเนื่องมีระยะเวลาตั้งแต่สามเดือนขึ้นไป และไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่กำลังมีความปวด ที่อาศัยอยู่ในชุมชนภาคใต้ตอนล่าง ครอบคลุมจังหวัดสงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จำนวน 75 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2557 ถึงเดือนเมษายน 2557

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีสี่ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวด และ ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ประเมินคุณภาพของทุกเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิต่างกัน สำหรับแบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0 ผ่านกระบวนการแปลภาษาไทยเป็นอังกฤษและอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้แปลที่มีความเชี่ยวชาญสองภาษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดสอบความตรงเชิงไบเนอรัลกับผู้บาดเจ็บไขสันหลังสองราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมด้านภาษา และทดลองใช้กับผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 20 รายเพื่อทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2 โดยวิธีการวัดซ้ำวันระยะการวัดสองวัน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient) อยู่ระหว่าง .84 - .97 สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิตคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้ค่าเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (simple content analysis) ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยกลางคนได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมาเป็นเวลานาน 8 ปี ( $Mdn = 8$  ปี,  $IQR = 5$ ) สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุการจราจร และหลังบาดเจ็บส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บไขสันหลังรุนแรงแบบไม่สมบูรณ์และเป็นอัมพาตท่อนล่าง เกือบทุกคนมีภาวะแทรกซ้อน

ทางกายที่พบบ่อย เช่น กล้ามเนื้อกระดูก ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง แผลกดทับ เป็นต้น โดยก่อนบาดเจ็บทุกคนมีงานทำแต่หลังบาดเจ็บเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ทำงานและมีรายได้ไม่พอใช้ สำหรับความปวดเกิดขึ้นมานาน 8 ปี ( $Mdn = 8$  ปี,  $IQR = 4.5$ )

ประเภทความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ คือ อันดับแรกเป็นความปวดพยาธิสภาพประสาท (พบร้อยละ 64) โดยส่วนใหญ่มีลักษณะของความปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดเสวร้อน รองลงมาเป็นความปวดแปลบ และปวดเหมือนถูกแทง ตำแหน่งปวดที่พบบ่อยอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ไขสันหลังบาดเจ็บ และมีความปวดรุนแรงโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ( $M = 7.38$ ,  $SD = 1.90$ ) ความปวดนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บ ขณะที่บางคนเริ่มมีความปวดนี้เกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บ 1 ปีขึ้นไปจนถึงมากกว่า 10 ปี ส่วนประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดเป็นอันดับสองและสาม คือ ความปวดนอซิเซฟทิฟ (พบร้อยละ 62 และร้อยละ 63 ตามลำดับ) โดยมักพบลักษณะปวดเป็นแบบปวดแบบตื้อ ๆ และปวดชา ตำแหน่งปวดที่พบบ่อยอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ไขสันหลังบาดเจ็บ ความปวดรุนแรงโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 5.02$ ,  $SD = 2.01$ ;  $M = 3.91$ ,  $SD = 1.60$  ตามลำดับ) ความปวดดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ภายหลังได้รับบาดเจ็บเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปวดเรื้อรังรบกวนต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 4.64$ ,  $SD = 1.91$ )

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา สำหรับวิธีการจัดการความปวดที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่ (1) การนวด (ร้อยละ 78.7) (2) การปรับความคิดและจิตใจ (ร้อยละ 61.3) (3) การใช้ยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 50.6) (4) การลดการใช้กล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40) และ (5) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 40) โดยให้เหตุผลของการเลือกวิธีการจัดการความปวดดังกล่าวว่าปฏิบัติได้ง่าย ช่วยทำให้ผ่อนคลาย และบรรเทาความปวดได้ และประเมินผลลัพธ์ของวิธีการจัดการความปวดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม รายด้านและแต่ละมิติอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 51.68$ ,  $SD = 9.46$ ) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในมิติด้านกิจกรรมทางสังคม ( $M = 63.66$ ,  $SD = 20.04$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในมิติด้านการทำหน้าที่ทางกาย ( $M = 37.07$ ,  $SD = 15.06$ )

## ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

1. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ snowball sampling เฉพาะผู้ที่มีรายชื่อในเครือข่ายชมรมผู้พิการ ทำให้ไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้บาดเจ็บไขสันหลังรายอื่นที่อาศัยอยู่ในเขตภาคใต้ตอนล่าง
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมดได้มาจากสัมภาษณ์จากผู้บาดเจ็บไขสันหลังซึ่งได้รับบาดเจ็บมาเป็นเวลานาน อาจทำให้คำตอบที่ได้มา มีความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาล

## ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยประสบการณ์ความปวด การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในด้านบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

### ด้านบริหารการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมหรือประสานให้มีการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง ญาติผู้ดูแล และแพทย์แผนไทยหรือผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน
2. ควรมีการจัดทำคู่มือการเรียนรู้การใช้ชีวิตอยู่กับความปวดเรื้อรังอย่างมีคุณภาพของผู้บาดเจ็บไขสันหลังเพื่อให้ผู้บาดเจ็บสามารถเรียนรู้และดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย
3. ควรจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (self-help group) เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บสามารถเรียนรู้และปรับตัวกับความปวดอย่างเหมาะสมได้เร็วขึ้น

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการอบรมให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ในการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้งแบบวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้และนำความรู้ที่ได้ไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติผู้ดูแลนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ควรให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความปวดเรื้อรังที่เกิดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดพยาธิสภาพ ประสาท การบริหารยาเพื่อจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และการเฝ้าระวัง การป้องกัน และหรือจัดการกับอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา รวมถึงการให้คำปรึกษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการโทรศัพท์ผ่านผู้ป่วยเจ็บและหรือญาติผู้ดูแล การประสานการส่งต่อกับทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อตรวจเยี่ยมบ้าน หรือการอำนวยความสะดวกในการบริการรับ-ส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านความปวด

3. เลือกวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังที่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในการศึกษาครั้งนี้ แสวงหาและนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลลัพธ์ที่ดี เช่น การนวด การทำจิตใจให้สงบ/ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง การประคบร้อน - เย็น การลดการใช้กล้ามเนื้อ เป็นต้น เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นทางเลือกในการจัดการความปวดเรื้อรังให้กับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและญาติผู้ดูแล

4. ควรส่งเสริม ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนทางกาย รวมทั้งประสานกับนักสังคมสงเคราะห์ให้การส่งเสริมอาชีพเพื่อช่วยเพิ่มรายได้ให้ตนเองและหรือกับครอบครัวของผู้บาดเจ็บไขสันหลังอันจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในเชิงลึกโดยทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดเรื้อรังและการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลังเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ความปวด การจัดการความปวด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดเรื้อรังและการจัดการความปวด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้มุมมองของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

2. ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปต่อยอดความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตวัฒนธรรมและสังคมไทย



3. ควรพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง และครอบครัว โดยบูรณาการดูแลที่ผสมผสานทั้งด้านการให้ความรู้ การบริหารร่างกาย และการปรับความคิดและจิตใจ เพื่อบรรเทาความปวดเรื้อรังในผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ

4. เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ในการศึกษา เพื่อให้เห็นความหลากหลายของประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวดและคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทย

## เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ ดินกามิน. (2547). การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กาญจนา บุตรจันทร์. (2542). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ในผู้สูงอายุโรคระดูกและกล้ามเนื้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษณา นาคี, ประคอง อินทรสมบัติ, และสมจิต หนูเจริญกุล. (2542). พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 3(1), 27 - 43.
- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2543). ไขสันหลังบาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.
- จิราภรณ์ วรรณปะเชม, สุกัลยา อมตฉายา, วัฒนา ศิริธรรณีวัฒน์, ปรีดา อารยวิชานนท์, และภัทรา วัฒนพันธ์. (2553). ความสามารถทางกาย คุณภาพชีวิต อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการล้มในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ระยะเรื้อรังหลังออกจากโรงพยาบาล. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 2, 188 - 195.
- ชาติปัทม์ เครือพานิชย์, อุไรวรรณ ชัชวาล, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์, และกรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. (2554). ผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic tension - type headache. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพ, 23, 57 - 70.
- ทัศนีย์ นะแสง. (2543). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการแพทย์. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์. (2546). การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นุสรรา ประเสริฐศรี และ ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์. (2556). การจัดการปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6, 2 - 10.
- นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เนตรนภา กุ่มพันธ์วี. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยาภรณ์ รัตนสคนธ์. (2544). *ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เปรมทิพย์ ชลิดาพงศ์. (2553). Cultural diversity in pain experience: Thai culture across the country southern patients with orofacial pain. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสานวันกิจ, และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *มิติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการกับความปวด* (หน้า 31 - 52). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). การเร้า ความเจ็บปวด และการตระหนักรู้. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1* (หน้า 251 - 318). กรุงเทพมหานคร: ไอกรูป เพรส.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. (2547). *Pain: ความปวด ชุดตำราพื้นฐานความปวด* (เล่ม 1). กรุงเทพมหานคร: เมตมีเดีย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ Health-Related Quality of life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2, 327-337.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: วิพรินทร์.
- พิทักษ์ ทองสุข, วิทยา วชิราวัฒน์, เรณู พุกบุญมี, และ เขมรดี มาสิงบุญ. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14, 62-72.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, และอรัญญา ปุรณัน. (บรรณาธิการ) (2530). *การดูแลสุขภาพตนเอง: ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม*. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิศกดิ์ ชินชัย, พรเพ็ญ สิริสัตยะวงศ์, และวชิราพร วิทยานิล. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันกับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังออกจากโรงพยาบาล. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 31, 119-128.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2540). *เส้น จุด และโรคในทฤษฎีการนวดไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- พุทธิพร พิธานธนาณุกุล, และ ปัทมา สุริต. (2554). การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29 (4), 58 - 68.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, พิรมเพรา คิษยวณิช, และ จำลอง ศิษยวณิช. (2544). เครื่องวัดทางจิตเวช: ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ไข้. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 2, 127 - 138.
- มนทกานต์ เฟ็งสกุล. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพราะ, และ สุกัญญา ชันวิเศษ. (2554). คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 28, 98-109.
- ยุพาวดี ชันทบัลลัง, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และ กิตติกร นิลมานัต. (2550). ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25, 491 - 499.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2553). ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับการจัดการความปวด. ใน ชัชชัย ปรีชาไวย, อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *มิติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการกับความปวด* (หน้า 31 - 52). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์. (2555). *ประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้บาดเจ็บไทยพุทธ จากสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วนิดา ไวกิตติพงษ์. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัชรီ เลอমানกุล และ ปารณี มีแต่้ม. (2543). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF - 36 ฉบับภาษาไทย. *ไทยเภสัชสาร*, 24, 92 - 111.
- วัชรီ เลอমানกุล, และ ปารณี มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF - 36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร*, 29, 69 - 88.

- วันเพ็ญ รัชชชุ่น. (2549). ผลการนวดแผนไทยต่ออาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่ไม่ใช่จากโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2552). ความปวดในเวชปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2554). ความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว. (2549). ความปวดและการระงับปวด *Pain & Pain management*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศุภาพร รัตนสิริ (2556). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. ค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/northo/2012/km-for-nurse/47-spinal-cord-injury-nursing-care.htm>
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). การระงับปวดเฉียบพลันโดยใช้ยาแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (*Clinical Guidance for Acute Pain Management*). ค้นจาก [www.pmh.go.th/index.php?option=com...id...](http://www.pmh.go.th/index.php?option=com...id...)
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒน์สกุล, และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (*WHOQOL-BREF-THAI*). ค้นจาก [www.dmh.go.th/test/whoqol/](http://www.dmh.go.th/test/whoqol/)
- อภิชนา ไชวินทะ. (2555). ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง: การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม (เล่มที่ 1). เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- อภิชนา ไชวินทะ. (2556). ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง: การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม (เล่มที่ 2). เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- อมรพันธ์ ชานีรัตน์. (2549). ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรวรรณ ดงหงส์. (2553). การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อังฉรา นวจินดา. (2549). ทฤษฎีคุณภาพชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. ค้นจาก [www.thaipopulation.org/Stable/index.php?option=com...task...](http://www.thaipopulation.org/Stable/index.php?option=com...task...)
- อำนาจ ธิฐาพันธ์. (2553). ความปวด *Pain: concept & mechanism*. ค้นจาก <http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15>

- Amr, Y. M. (2010). Multi-day low dose ketamine infusion as adjuvant to oral gabapentin in spinal cord injury related chronic pain: A prospective, randomized, double blind trial. *Pain Physician, 13*, 245 - 249.
- Arango - Lasprilla, J. C., Nicholls, E., Olivera, S. L., Perdomo, J. L., & Arango, J. A. (2010). Health-related quality of life in individuals with spinal cord injury in Columbia, South America. *Neurorehabilitation, 27*, 313-319.
- Attal, N., Mazaltarine, G., Perrouin - Verbe, B., & Albert, T. (2009). Chronic neuropathic pain management in spinal cord injury patients. What is the efficacy of pharmacological treatments with a general mode of administration? (oral, transdermal, intravenous). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 52*, 124 - 141.
- Barker, R. N., Kendall, M. D., Amsters, D. I., Pershouse, K. J., Haines, T. P., & Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord, 47*, 149 - 155.
- Benzel, E. C. (2012). *Spinal surgery techniques, complication avoidance, and management* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Boakye, M., Leigh, B. C., & Skelly, A. C. (2012). Quality of life in persons with spinal cord injury: Comparisons with other populations. *Journal of Neurosurgery Spine, 17*, 29 - 37.
- Bryce, T. N., Biering-sorensen, F., Finnerup, N. B., Cardenas, D. D., Defrin, R., Lunderg, T., ...Dijkers, M. (2012). International spinal cord injury pain classification: Part I. Background and description. *Spinal Cord, 50*, 413 - 417.
- Burns, A. S., Delparte, J. J., Ballantyne, E. C., & Boschen, K. A. (2013). Evaluation of an interdisciplinary program for chronic pain after spinal cord injury. *The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation, 5*, 832 - 838.
- Cardenas, D. D., & Felix, E. R. (2009). Pain after spinal cord injury: A review of classification, treatment approaches, and treatment assessment. *The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation, 1*, 1077 - 1090.
- Cardenas, D. D., & , Jensen, M. P. (2006). Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: A survey study. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 29*, 109 - 117.

- Celik, B., Gultekin, O., Beydogan, A., & Caglar, N. (2007). Domain-specific quality of life assessment in spinal cord injured patients. *International Journal of Rehabilitation Research, 30*, 97 - 101.
- Celik, E. C., Erhan, B., & Lakse, E. (2012). The clinical characteristics of neuropathic pain in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord, 50*, 585 - 589.
- Costanza, R., Fisher, B., Ail, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ...Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human need, and subjective well-being. *Ecological Economics, 61*, 267-276.
- Cruz-Almeida, Y., Felix, E. R., Martinez-Arizala, A., & Widerstrom - Noga, E. G. (2009). Pain symptom profiles in persons with spinal cord injury. *Pain Medicine, 10*, 1246 - 1259.
- D'Angelo, R., Morreale, A., Donadio, V., Boriani, S., Marald, N., Plazzi, G., & Liguori, R. (2013). Neuropathic pain following spinal cord injury: What we know about mechanisms, assessment and management. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 17*, 3257 - 3261
- Dajpratham, P., & Kongkasuwan, R. (2011). Quality of life among the traumatic spinal cord injured patients. *Journal of the Medical Association of Thailand, 94*, 1252-1259.
- Dijkers, M. P., & Bryce, T. N. (2012). Introducing the International Spinal Cord Injury Pain (ISCIPI) classification. *Pain Management, 2*, 311- 314.
- Dijkers, M., Bryce, T., & Zanca, J. (2009). Prevalence of chronic pain after traumatic spinal cord injury: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 46*, 13 - 30.
- Dijkers, M. P. (1999). Correlates of life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 80*, 867 - 876.
- Dijkers, M. P. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 42*, 87 - 110.
- Ditor, D. S., Latimer, A. E., Ginis, K. A., Arbour, K. P., McCartney, N., & Hicks, A. L. (2003). Maintenance of exercise participation in individuals with spinal cord injury: Effects on quality of life, stress and pain. *Spinal Cord, 41*, 446 - 450.

- Dodd M., Janson S., Facione N., Faucett J., Froelicher E. S., Humphreys J.,...Taylor D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668 - 676.
- Edwards, L., Krassioukov, A., & Fehilngs, M. G. (2002). Importance of to research information among individuals with spinal cord injury: results of an evidenced - based questionnaire. *Spinal Cord*, 40, 529-535.
- Felix, E. R., Cruz-Almeida, Y., & Widerstrom-Noga, E. G. (2007). Chronic pain after spinal cord injury: What characteristics make some pains more disturbing than others ?. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44, 703 - 716.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Lason, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336 - 342.
- Finnerup, N. B., & Baastrup, C. (2012). Spinal cord injury pain: Mechanisms and management. *Current and Pain Headache Reports*, 16, 207 - 216.
- Finnerup, N. B. (2013). Pain in patients with spinal cord injury. *Pain*. From [http:// dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.12.007](http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.12.007)
- Forchheimer, M., McAweeney, M., & Tate, D. G. (2004). Use of SF-36 among persons with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83, 390-395.
- Gurcay E., Bal, A., Eksioglu, E., & Cakci, A. (2010). Qualityof life in patients with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 33, 356 - 358.
- Goossens, D., Dousse, M., Ventura, M., & Fattal, C. (2009). Chronic neuropathic pain in spinal cord injury patients: What is the impact of social and environmental factors on care management. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 173 - 179.
- Hanley, M. A., Masedo, A., Jensen, M. P., Cardenas, D., & Turner, J. A. (2006). Pain interference in person with spinal cord injury: Classification of mild, moderate, severe pain. *The Journal of Pain*, 7, 129 - 133.
- Heutink, M., Post, M. W., Bongers-Janssen, H. M., Dijkstra, C. A., Snoek, G. J., Spijkerman D. C., & Lindeman, E. (2012). The CONECS trial: Results of a randomized controlled trial of multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. *Pains*, 153, 120 - 128.



- Heutink, M., Post, M., Wollaars M., & Van Asbeck, F. (2011). Chronic spinal cord injury pain: Pharmacological and non-pharmacological treatments and treatment effectiveness. *Disability and Rehabilitation*, 33, 433 - 440.
- Hill, M. R., Noonan, V. K., Sakakibara, B. M., Miller, W. C., & the SCIRE research Team. (2010). Quality of life instruments and definitions in individual with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*, 48, 438-450.
- Hu, Y., Mak, I. N. F., Wong, Y. W., Leong, C. Y., & Luk, K. D. K. (2008). Quality of life of the traumatic spinal cord injured patients in Hong Kong. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 126-131.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Pain term*. From [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain)
- Jain, N. B., Sullivan, M., Kazis, L. E., Tun, C. G., & Garshick, E. (2007). Factors associated with health-related quality of life in chronic spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86, 387-396.
- Jensen, M. P., Hoffman, A. J., & Cardenas, D. D. (2005). Chronic pain in individuals with spinal cord injury: A survey and longitudinal study. *Spinal Cord*, 43, 704 - 712.
- Jensen, M. P., Widerstrom-Naga, E., Richards, J. S., Finnerup, N. B., Biering-Sorensen, F., & Cardenas, D. D. (2010). Reliability and validity of the international Spinal Cord Injury Basic Pain Data Set Items as Self-report Measures. *Spinal Cord*, 48, 230 - 238.
- Jirattanaphochai, K., Jung, S., Sumananont, C., & Sengnipanthkul, S. (2005). Reliability of the Medical Outcomes Study Short-Form Survey Version 2.0 (Thai version) for the Evaluation of Low Back Pain Patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88, 1355 - 1361.
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's Translation Model for Cross-cultural Research. *Nursing Research*, 50, 300 - 304.
- Keogh, E., & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97, 195 - 201.
- Kimura, M., & Silva, J. V. (2009). Ferrans and Power Quality of Life Index. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 43, 1096 - 1102.

- Kitisomprayoonkul, W., Klaphajone, J., & Kovindha, A. (2006). Thai short-form McGill Pain questionnaire. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89, 846 - 853.
- Ku, J. H. (2007). Health-related quality of life in patients with spinal cord injury: review of the short form 36-health questionnaire survey. *Yonsei Medical Journal*, 48, 360 - 370.
- Kumer, P. (2005). *A textbook of pain*. New Delhi, India: CBS, Publishers & distributors-
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E., ...Underwood, P. R. (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarship* 26, 272 - 276.
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: Update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*, 52, 110 - 116.
- Lengacher, C. A., Bennett, M., Kip, K. E., Keller, R., Lavance, M. S., Smith, L. S., & Cox, C. E. (2002). Frequency of use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 1445 - 1452.
- Lidal, I. B., Veenstra, M., Hjeltnes, N., & Biering-Sorensen, F. (2008). Health - related quality of life in persons with long – standing spinal cord injury. *International Spinal Cord Society*, 46, 710 - 715.
- Lin, M. R., Hwang, H. F., Chen, C. Y., & Chin, W. T. (2007). Comparisons of the Brief Form of the World Health Organization Quality of Life and Short Form-36 for persons with spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86, 104 - 113.
- Maeyer, J. D., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364 - 380.
- Margot-Duclot, A., Tournebise, H., Ventura, M., & Fattal, C. (2009). What are the risk factors of occurrence and chronicity of neuropathic pain in spinal cord injury patients?. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 111 - 123.
- McCaffery, M. (1968). *Pain Assessment and Management*. From <http://www.uhs-pruitt.com/Resources-for-Physicians.aspx>
- Merriam-Webster. (2005). *Merriam-Webster's Medical Desk Dictionary* (Rev.ed). Massachusetts, MA: Merriam-Webster.

- Migliorini, C. E., New, P. W., & Tonge, B. J. (2011). Quality of life in adults with spinal cord living in the community. *Spinal Cord*, *49*, 365 - 370.
- Miguel, M., & Kraychete, D. C. (2009). Pain in patients with spinal cord injury: A review. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *59*, 350 - 359.
- Modirian, E., Pirouzi, P., Soroush, M., Karbalaei-Esmaeili, S., & Shojaei, H. (2010). Chronic Pain after Spinal Cord Injury: Results of a Long-Term Study. *Pain Medicine*, *11*, 1037 - 1043.
- Molton, I. R., Stoelb, B. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Raichle, K. A., & Cardenas, D. D. (2009). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: replication and cross-validation. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, *46*, 31- 42.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, *134*, 310 – 319.
- Mortenson, W. B., Noreau, L., & Miller, W. C. (2010). The relationship between and predictors of quality of life after spinal cord injury at 3 and 15 months after discharge. *Spinal Cord*, *48*, 73-79.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2013). *Spinal Cord Injury Facts and Figures at Glance*, from <http://www.nscisc.uab.edu>
- Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2011). Acupuncture and massage therapy for neuropathic pain following spinal cord injury: an exploratory study. *Acupuncture in Medicine*, *29*, 108-115.
- Norrbrink, B. C., Lund I., Hultling C., Levi R., Werhagen L., Ertzgaard P., & Lundeberg, T. (2003). Gender related differences in pain in spinal cord injured individuals. *International Spinal Cord Society*, *41*, 122 - 128.
- Norrbrink, B. C., & Lundeberg, T. (2004). Non-pharmacological pain-relieving therapies in individuals with spinal cord injury: A patient perspective. *Complementary Therapies in Medicine*, *12*, 189 - 197.
- Pappagallo, M. (2005). *The neurological basis of pain*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Perry, K. N., Nicholas, M. K., Middleton, J., & Siddall, P. (2009). Psychological characteristics of people with spinal cord injury-related persisting pain referred to a tertiary pain management center. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46, 57 - 68.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prithviraj, P. (2003). *Pain medicine a comprehensive review* (2nd ed.). Missouri, MO: Mosby.
- Raichle, K. A., Hanley, M., Jensen, M., P., & Cardenas, D. D. (2007). Cognitions, coping, and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. *The Journal of Pain*, 8, 718 - 729.
- Rekand, T., Hagen, E. M., & Gronning, M. (2012). Chronic pain following spinal cord injury. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8, 974 - 979.
- Roden, A., & Sturman, E. (2009). Assessment and management of patients with wound - related pain. *Nursing Standard*, 23, 53 - 62.
- Salmons, R. (2008). A study of quality of life issues for individuals with spinal cord injury following treatment and financial settlement. *Journal of Life Care Planning*, 7, 73 - 83.
- Schwartz, E. D., & Flanders, A. E. (2007). *Spinal Trauma. Imaging, Diagnosis, and Management*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Siddall, P. J., & Middleton, J. W. (2006). A proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44, 67 - 77.
- Singh, R., Dhankar, S. S., & Rohilla, R. (2008). Quality of life of people with spinal cord injury in northern India. *International Journal of Rehabilitation*, 31, 247-251.
- Sisto, S. A., Druin, E., & Sliwinski, M. M. (2009). *Spinal cord injury management and rehabilitation*. Missouri, MO: Mosby.
- Soler, M. D., Kumru, H., Pelayo, R., Vidal, J., Tormos, J. M., Fregni, F.,...Pascual - Leone, A. (2010). Effectiveness of transcranial direct current stimulation and visual illusion on neuropathic pain in spinal cord injury. *Brain*, 133, 2565 - 2577.
- Somers, M. F. (2010). *Spinal cord injury functional rehabilitation* (3rd ed.). New Jersey, NJ: Pearson Education.

- Sparber, A., Bauer, L., Curt, G., Eisenberg, D., Levin, T., Parks, S., & Wootton, J. (2000). Use of Complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. *Oncology Nursing Forum*, *27*, 623 - 630.
- Stevens, S. L., Caputo, J. L., Fuller, D. K., & Morgan, D. W. (2008). Physical activity and quality of life in adults with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, *31*, 373 - 378.
- Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A., & May, S. L. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, *64*, 239 - 323.
- Tan, G., Rintala, D. H., Jensen, M. P., Richards, S., Holmes, S. A., Parachuri, R., ...Price, L. R. (2011). Efficacy of cranial electrotherapy stimulation for neuropathic pain following spinal cord injury: A multi-site randomized controlled trial with a secondary 6-month open-label phase. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, *34*, 285 - 296.
- Teasell, R. W., Mehta, S., Aubut, J. L., Foulon, B., Wolf, D. L., Hsieh, J. T. C.,...Short, C. (2010). A systematic review of pharmacological treatments of pain following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *91*, 816 - 831.
- Ullrich, P. M., Jensen, M. P., Loeser, J. D., & Cardenas, D. D. (2008). Pain intensity, pain interference and characteristics of spinal cord injury. *Spinal Cord*, *46*, 451 - 455.
- Ullrich, P. M., Jensen, M. P., Loeser, J. D., Cardenas, D. D., & Weaver, F. M. (2008). Pain among veterans with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, *45*, 793 - 800.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36 - item short form health survey (SF-36): I. Conceptual Framework and item selection. *Medical Care*, *30*, 473 - 483.
- Ware, J. E. (2000). SF-36 Health survey update. *Spine*, *25*, 3130 - 3139.
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQoLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*, 903 - 912.
- Warfield, C. A., & Bajwa, Z. H. (2004). *Principles & Practice of pain medicine* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Widerstrom-Noga, E., Biering-Sorensen, F., Bryce, T., Cardenas, D. D., Finnerup, N. B., Jensen, M. P.,...Siddall, P. J. (2008). The international spinal cord injury pain basic data set. *Spinal Cord*, *46*, 818 - 823.

- Widerstrom-Noga, E., Biering-Sorensen, F., Bryce, T., Cardenas, D. D., Finnerup, N. B., Jensen, M. P., ...Siddall, P. (2013). International spinal cord injury pain basic data set version 2.0, *Spinal Cord*, 52, 282 - 286.
- Widerstrom-Noga, E. G., & Turk, D. C. (2003). Types and effectiveness of treatments used by people with chronic pain associated with spinal cord injuries: Influence of pain and psychosocial characteristics. *Spinal Cord*, 41, 600 - 609.
- Wilson, J. R., Hashimoto, R. E., Dettori, J. R., & Fehlings, M. G. (2011). Spinal cord injury and quality of life: A systematic review of outcome measures. *Evidence-Based Spine-Care*, 2, 37 - 44.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Japan Automobile Manufacturers Association*, 273, 59 - 65.
- Wollaars, M. M., Post, M. W. M., Asbeck, F. W. A., & Brand, N. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *The Clinical Journal of Pain*, 23, 383 - 391.
- World Health Organization (WHO). (1997). *Program on mental: WHOQOL Measuring Quality of life*. From [www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- World Health Organization (WHO). (1996). *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. From [www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- Yeziarski, R. P. (2009). Spinal cord injury pain: Spinal and supraspinal mechanisms. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46, 95 - 108.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795 - 800.

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก****ใบจริยธรรมทางการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**



## ภาคผนวก ข

## ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาวนารีรัตน์ พุทธกุล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาประเภทความปวดเรื้อรังที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรก (ประกอบด้วย ตำแหน่งที่เกิดความปวด ลักษณะความปวด ความรุนแรงของความปวด วันที่เริ่มเกิดปวด) และระดับผลกระทบของความปวดเรื้อรังต่อการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ และการนอนหลับตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (2) เพื่ออธิบายกลวิธีการจัดการกับความปวดของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง (3) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านจะได้รับการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของท่าน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาการสัมภาษณ์ทั้งหมด 45 นาที ประโยชน์จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้สามารถเข้าใจถึงประสิทธิภาพความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง อาจมีผลในการนำไปใช้วางแผนการพยาบาลและพัฒนาวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม ระหว่างการสัมภาษณ์ หากท่านรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือโศกเศร้าเสียใจ สามารถขอยุติการตอบคำถามได้ทันที ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึก และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามความเหมาะสม ในกรณีที่ท่านเกิดอารมณ์เศร้าโศกเสียใจมาก ผู้วิจัยจะประสานงานให้ท่านได้รับการให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ท่านมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยขอรับรองว่า ข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ชื่อของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ ท่านสามารถออกจากวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย หากท่านมีข้อคำถามหรือข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 084 -6333593 ได้ตลอดเวลา หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้ หรือแสดงความยินยอมโดยวาจา

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

(วัน/เดือน/ปี) .....

.....

(นางสาวนารีรัตน์ พุทธกุล)

ผู้วิจัย

(วัน/เดือน/ปี) .....

**ภาคผนวก ก**  
**เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือ**

**Letter for permission using the questionnaire**

จาก: **nareerat puttagun** (nareerat6@hotmail.com)

ส่งเมื่อ: 24 ตุลาคม 2556 13:00:33

ถึง: **mjensen@u.washington.edu** (mjensen@u.washington.edu)

Dear Dr. Jensen,

I am Nareerat Puttakun, a Master nursing student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand. I have passed the thesis proposal defense. My thesis title is “Chronic Pain Experience, Pain management and Quality of Life of Patients With Spinal Cord Injury”. Based on my literature review, the thesis advisory committee, and myself have decided to use the International Spinal Cord Injury Basic Pain Data Set items that were developed by you and your team to examine pain in patients with spinal cord injury. Therefore, may I ask your permission as the first author to allow me to use this questionnaire in my thesis study?

Thank you for your attention and kind consideration. I look forward to hearing from you.

Sincerely yours,

Nareerat Puttakun

RE: Letter for permission using the questionnaire

จาก: **Mark P. Jensen** (mjensen@uw.edu)

ส่งเมื่อ: 24 ตุลาคม 2556 21:47:30

ถึง: nareerat puttagun (nareerat6@hotmail.com)

Dear Nareerat Puttakun,

The SCI Pain Data Set is in the public domain, and free for anyone to use at any time. So please feel free to use the measures for your thesis.

Also, we have only very recently made some minor changes in the data set. I've attached the most up-to-date version. This has been approved by the committee, and we will submit it for publication soon. I would recommend you use the attached items.

Best of luck with your project!

-Mark Jensen

Mark P. Jensen, Ph.D.

Professor and Vice Chair for Research

Department of Rehabilitation Medicine

University of Washington

Mail address:

Harborview Medical Center

325 Ninth Avenue

Seattle, WA 98104-2499

Package Delivery:

Room 14NJB-1476

Receiving Dock

908 Jefferson

Seattle, WA 98104-2499

Voice Mail: 206-543-3185

Fax: 206-897-4881

Email: [mjensen@uw.edu](mailto:mjensen@uw.edu)

**ภาคผนวก ง**  
**เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล**  
**เรื่องประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิต**  
**ในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง**

คำชี้แจง เครื่องมือวิจัยครั้งนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

No..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... วันที่สัมภาษณ์.....

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ

คำชี้แจง ให้เติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นความจริง

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  1.ชาย  2.หญิง
3. สถานภาพสมรส  1.โสด  2.สมรส  3.หม้าย  4.หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ศาสนา  1.พุทธ  2.อิสลาม  3.คริสต์  4.อื่นๆ(ระบุ) .....
- 5.ระดับการศึกษา  1.ไม่ได้เรียน  2.ประถมศึกษา  
 3.มัธยมศึกษา  4.อนุปริญญา /ปริญญาตรี  
 5.ปริญญาโท/เอก
6. อาชีพก่อนได้รับบาดเจ็บ  1.เกษตรกร  2.ค้าขาย/ธุรกิจ  
 3.รับจ้าง  4.รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ  
 5.ไม่ได้ประกอบอาชีพ  6. อื่นๆ (ระบุ).....
7. อาชีพปัจจุบัน  1.เกษตรกร  2.ค้าขาย/ธุรกิจ  
 3.รับจ้าง  4.รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ  
 5.ไม่ได้ประกอบอาชีพ  6. อื่นๆ (ระบุ).....
8. รายได้ครอบครัว/เดือน  1.ไม่มีรายได้  
 2.มีรายได้.....บาท/เดือน
9. ความเพียงพอของรายได้  1.ไม่พอใช้  2.พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ  3.พอใช้มีเงินออม
10. สิทธิการรักษา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1.เบิกราชการ  2.ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)  
 3.ประกันสังคม  4.ประกันชีวิต  
 5.บัตรคนพิการ  6.จ่ายเงินด้วยตนเอง

## 11. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย

- 1.อยู่คนเดียว
- 2.อยู่กับครอบครัว/ญาติ จำนวน.....คน (ระบุ) .....
- 3.อื่นๆ (ระบุ).....

## 12. แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ (เช่น ชมรม กลุ่มเครือข่าย หน่วยงานต่างๆ)

- 1.ไม่มี
- 2.มี

## 2.1บุคคล

- 1).....ช่วยเหลือด้าน.....
- 2).....ช่วยเหลือด้าน.....
- 3).....ช่วยเหลือด้าน.....

## 2.2 หน่วยงาน

- 1).....ช่วยเหลือด้าน.....
- 2).....ช่วยเหลือด้าน.....
- 3).....ช่วยเหลือด้าน.....

## ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

## 13. สาเหตุของการบาดเจ็บ

- 1.อุบัติเหตุจราจร                       2.ตกจากที่สูง                       3.ถูกยิง
- 4.โดนกระแทกด้วยของหนัก               5.โดนระเบิด                       6.อื่นๆ ระบุ.....

## 14. นับจนถึงปัจจุบันท่านได้รับบาดเจ็บมาเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

## 15. ระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง

- 1.ระดับคอ ระบุ รายละเอียด.....
- 2.ระดับอก ระบุ รายละเอียด.....
- 3.ระดับเอว ระบุ รายละเอียด.....

## 16. ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

- 1.บาดเจ็บแบบสมบูรณ์
- 2.บาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์
- 3.ไม่ทราบ

17. การบาดเจ็บร่วมด้วยขณะได้รับบาดเจ็บ (เช่น บาดเจ็บในช่องท้อง กระดูกหัก เป็นต้น)

1. ไม่มี
2. มี ระบุ.....

18. ความสามารถในการเคลื่อนไหว

1. เดินได้ด้วยตนเอง
2. เดินได้ด้วยตนเอง โดยใช้อุปกรณ์ช่วย
3. เดินไม่ได้/ อัมพาตท่อนล่าง
4. นอนติดเตียง/อัมพาตทั้งตัว

19. ปัจจุบันท่านใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันใดบ้าง

ประเภทอุปกรณ์ช่วยเหลือ

ประเภทกิจกรรม

- |        |       |
|--------|-------|
| 1..... | ..... |
| 2..... | ..... |
| 3..... | ..... |

20. ปัญหาสุขภาพ/ ภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบัน

1. ไม่มี
2. มี เช่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1 กล้ามเนื้อกระดูก
- 2.2 ท้องผูก
- 2.3 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- 2.4 แผลกดทับ ระบุตำแหน่ง.....ขนาด.....
- 2.5 ปัสสาวะคั่ง มีการจัดการโดย
- 2.5.1 สวมทึงเป็นครั้งคราว
- 2.5.2 คาสายสวนปัสสาวะ
- 2.6 อื่นๆ ระบุ.....

21. โรคประจำตัว

1. ไม่มี
2. มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....



22. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน (ยกเว้นยาแก้ปวด)

1. ไม่มี

2. มี ระบุ.....

2.1 ยาที่แพทย์สั่ง ระบุ.....

2.2 ยาที่ท่านหามาเอง ระบุ.....

23. นับจนถึงปัจจุบันมีท่านมีความปวดมาเป็นเวลา.....ปี.....เดือน

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินชุดข้อมูลพื้นฐานความปวดจากการบาดเจ็บไขสันหลังฉบับสากล เวอร์ชัน 2.0

ภายใน 7 วันที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ด้วย ท่านมีอาการปวดหรือไม่

ไม่  ใช่

ถ้าใช่

กรุณาระบุว่าในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนสิ่งใดบ้างในข้อต่อไปนี้

1. โดยทั่วไปใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความปวดส่งผลรบกวนการทำกิจกรรมทั่วไปในแต่ละวันของท่านมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวน

รบกวนมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. โดยทั่วไปใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ความปวดส่งผลรบกวนอารมณ์โดยรวมของท่านมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวน

รบกวนมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. โดยทั่วไป ความปวดส่งผลรบกวนความสามารถในการนอนหลับช่วงกลางคืนของท่านมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวน

รบกวนมากที่สุด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ท่านมีปัญหาความปวดที่มีลักษณะเฉพาะต่าง ๆ กันกี่แบบ

1 แบบ  2 แบบ  3 แบบ  4 แบบ   $\geq 5$  แบบ

## โปรดอธิบายความปวดที่มีความรุนแรงมากที่สุดสามอันดับแรก

### 5. ความปวดที่รุนแรงสุดอันดับแรก

ตำแหน่งที่มีอาการปวด (สามารถมีได้มากกว่าหนึ่งตำแหน่ง) และให้ระบุตำแหน่ง ขวา กลาง ซ้าย	ขวา	กลาง	ซ้าย	ประเภทของความปวด ความรุนแรง และวันที่เริ่มปวด การจัดการความปวด
<b>ศีรษะ</b>				<p><b>*ประเภทของความปวด (เลือกได้ข้อใดข้อหนึ่ง)</b></p> <p><input type="checkbox"/> นอซิเซพทีฟ</p> <p><input type="checkbox"/> กระดูกและกล้ามเนื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> อวัยวะภายใน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> พยาธิสภาพประสาท</p> <p><input type="checkbox"/> ตำแหน่งที่บาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p><b>*สำหรับผู้วิจัยเท่านั้น</b></p>
<b>ลำคอ/บ่า</b>				
- คอ				
- คั่นคอ				
- บ่า				
<b>แขน/มือ</b>				
- คั่นแขน				
- ข้อศอก				
- ปลายแขน				
- ข้อมือ				
- มือ/นิ้วมือ				
<b>ด้านหน้าลำตัว/อวัยวะเพศ</b>				
- หน้าอก				
- ท้อง				
- เชิงกราน/อวัยวะเพศ				
<b>ด้านหลัง</b>				
- หลังช่วงบน				
- หลังช่วงล่าง				
<b>แก้มก้น/สะโพก</b>				
- แก้มก้น				
- สะโพก				
- ทวารหนัก				
<b>ต้นขา</b>				
<b>ขา/เท้า</b>				
- เข่า				
- หน้าแข้ง				
- น่อง				
- ข้อเท้า				
- เท้า/นิ้วเท้า				

ความรุนแรงและวันที่เริ่มปวด  
ความรุนแรงของความปวดเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ที่  
ผ่านมา

0=ไม่ปวด; 10= ปวดแสบมากที่สุดที่นึกได้

0;  1;  2;  3;  4;  5;

6;  7;  8;  9;  10

วันที่เริ่มปวด : ...../...../.....

คุณมีการจัดการหรือได้รับการจัดการความปวด  
หรือไม่

ไม่  ใช่

## 6. ความปวดที่รุนแรงสุดอันดับสอง

ตำแหน่งที่มีอาการปวด (สามารถมีได้มากกว่าหนึ่ง ตำแหน่ง เช่น ขวา กลาง ซ้าย)	ขวา	กลาง	ซ้าย	ประเภทของความปวด ความรุนแรง และวันที่เริ่มปวด การจัดการความปวด
ศีรษะ				<p><b>*ประเภทของความปวด (เลือกได้ข้อใดข้อ หนึ่ง)</b></p> <p><input type="checkbox"/> นอซิเซพทีฟ</p> <p><input type="checkbox"/> กระดูกและกล้ามเนื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> อวัยวะภายใน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> พยาธิสภาพประสาท</p> <p><input type="checkbox"/> ตำแหน่งที่บาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p><b>*สำหรับผู้วิจัยเท่านั้น</b></p>
ลำคอ/บ่า				
- คอ				
- คั่นคอ				
- บ่า				
แขน/มือ				
- คั่นแขน				
- ข้อศอก				
- ปลายแขน				
- ข้อมือ				
- มือ/นิ้วมือ				
ด้านหน้าลำตัว/อวัยวะเพศ				
- หน้าอก				
- ท้อง				
- เขิงกราน/อวัยวะเพศ				
ด้านหลัง				
- หลังช่วงบน				
- หลังช่วงล่าง				
แก้มก้น/สะโพก				
- แก้มก้น				
- สะโพก				
- ทวารหนัก				
ต้นขา				
ขา/เท้า				
- เข่า				
- หน้าแข้ง				
- น่อง				
- ข้อเท้า				
- เท้า/นิ้วเท้า				

ความรุนแรงและวันที่เริ่มปวด  
ความรุนแรงของความปวดเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ที่  
ผ่านมา

0=ไม่ปวด; 10= ปวดแสบมากที่สุดที่นึกได้

0;  1;  2;  3;  4;  5;

6;  7;  8;  9;  10

วันที่เริ่มปวด : ...../...../.....

คุณมีการจัดการหรือได้รับการจัดการความปวด  
หรือไม่

ไม่  ใช่

## 7. ความปวดที่รุนแรงสุดอันดับสาม

ตำแหน่งที่มีอาการปวด (สามารถมีได้มากกว่าหนึ่ง ตำแหน่ง เช่น ขวา กลาง ซ้าย)	ขวา	กลาง	ซ้าย	ประเภทของความปวด ความรุนแรง และวันที่เริ่มปวด การจัดการความปวด
ศีรษะ				<p><b>*ประเภทของความปวด (เลือกได้ข้อใดข้อหนึ่ง)</b></p> <p><input type="checkbox"/> นอซิเซฟฟิฟ</p> <p><input type="checkbox"/> กระดูกและกล้ามเนื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> อวัยวะภายใน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> พยาธิสภาพประสาท</p> <p><input type="checkbox"/> ตำแหน่งที่บาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p><b>*สำหรับผู้วิจัยเท่านั้น</b></p>
ลำคอ/บ่า				
- คอ				
- คั่นคอ				
- บ่า				
แขน/มือ				
- คั่นแขน				
- ข้อศอก				
- ปลายแขน				
- ข้อมือ				
- มือ/นิ้วมือ				
ด้านหน้าลำตัว/อวัยวะเพศ				
- หน้าอก				
- ท้อง				
- เชิงกราน/อวัยวะเพศ				
ด้านหลัง				
- หลังช่วงบน				
- หลังช่วงล่าง				
แก้มก้น/สะโพก				
- แก้มก้น				
- สะโพก				
- ทวารหนัก				
ต้นขา				
ขา/เท้า				
- เข่า				
- หน้าแข้ง				
- น่อง				
- ข้อเท้า				
- เท้า/นิ้วเท้า				

ความรุนแรงและวันที่เริ่มปวด  
ความรุนแรงของความปวดเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ที่  
ผ่านมา

0=ไม่ปวด; 10= ปวดแสบมากที่สุดที่นึกได้

0;  1;  2;  3;  4;  5;

6;  7;  8;  9;  10

วันที่เริ่มปวด : ...../...../.....

คุณมีการจัดการหรือได้รับการจัดการความปวด  
หรือไม่

ไม่  ใช่

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

คำชี้แจง จงอธิบายกลวิธีการจัดการความปวดที่รุนแรงสามอันดับแรก

1. ลักษณะเฉพาะของความปวดที่สุดอันดับแรก

ระบุตำแหน่ง.....

วิธีใด	การจัดการความปวด												
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการความปวด				
						นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ไม่ได้ผล	น้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก
1													
2													
...													

ระบุตำแหน่ง.....

วิธีใด	การจัดการความปวด												
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการความปวด				
						นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ไม่ได้ผล	น้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก
1													
2													

2. ลักษณะเฉพาะของความปวดที่สุดอันดับสอง  
 ระบุตำแหน่ง.....

วิธีใด	การจัดการความปวด													
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการความปวด					
						นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ไม่ได้ผล	น้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก	
1														
2														
...														

ระบุตำแหน่ง.....

วิธีใด	การจัดการความปวด													
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการความปวด					
						นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ไม่ได้ผล	น้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก	
1														
2														
...														

3. ลักษณะเฉพาะของความปวดที่สุดอันดับสาม

ระบุตำแหน่ง.....

วิธีใด	การจัดการความปวด													
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการความปวด					
						นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ไม่ได้ผล	น้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก	
1														
2														
...														

ระบุตำแหน่ง.....

วิธีใด	การจัดการความปวด													
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการความปวด					
						นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ไม่ได้ผล	น้อย	ปาน กลาง	ดี	ดีมาก	
1														
2														
...														



#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมายถูกใน  ที่เห็นว่าตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุดตามความเป็นจริง

##### 1. ในภาพรวมท่านคิดว่าสุขภาพของท่าน

- ดีเยี่ยม                       ดีมาก                       ดี                       ปานกลาง                       เลว

##### 2. เมื่อเปรียบเทียบกับ 1 ปีก่อน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ปัจจุบันดีกว่าปีที่แล้วมาก                       ปัจจุบันดีกว่าเล็กน้อย  
 เท่ากับปีที่แล้ว                       ปัจจุบันเลวกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย  
 ปัจจุบันเลวกว่าปีที่แล้วมาก

##### 3. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันมีผลให้ท่านทำกิจกรรมต่างๆต่อไปนี้ลดลงหรือไม่เพียงใด

	ลดลง มากที่สุด	ลดลง มาก	ลดลง เล็กน้อย	ไม่ลดลง เลย
3.1 กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น เล่นโต๊ะ กวดดูบ้าน เล่นกีฬาเบา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ยกถือของเวลาไปซื้อของในห้างสรรพสินค้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 ขึ้นบันไดหลายชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 3 หรือมากกว่า)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ขึ้นบันได 1 ชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 ก้มลงเก็บของ กู้เข้า งอตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 เดินเป็นระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 เดินเป็นระยะทางหลายร้อยเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 เดินประมาณ 100 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 อาน้ำหรือแต่งตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



7 ท่านมีอาการปวดมากน้อยเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

- ไม่ปวดเลย                       ปวดน้อยมาก                       ปวดน้อย  
 ปวดปานกลาง                       ปวดรุนแรง                       ปวดรุนแรงมาก

8 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการปวดรบกวนการทำงาน (ทั้งที่ทำงานและบ้าน) มากน้อยเพียงใด

- ไม่รบกวนเลย                       รบกวนเล็กน้อย                       รบกวนปานกลาง  
 รบกวนค่อนข้างมาก                       รบกวนมาก

9 คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาให้คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละคำถามเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
9.1 รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 รู้สึกหงุดหงิดกังวลมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 ซึมเศร้า ไม่ร่าเริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 รู้สึกสงบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 รู้สึกเต็มไปด้วยพลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 รู้สึกหมดกำลังใจ ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 รู้สึกมีความสุขดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9 รู้สึกเบื่อหน่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพหรืออารมณ์ความรู้สึกของท่านมีผลรบกวนต่อเวลาการมีกิจกรรมทางสังคมของท่าน (เช่น ไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน) มากน้อยเพียงใด

- ตลอดเวลา                      ส่วนใหญ่                      บางเวลา                      ส่วนน้อย                      ไม่ใช่

## 11 ข้อความต่อไปนี้ที่ตรงกับสุขภาพของท่านหรือไม่

	ถูกต้อง ที่สุด	ส่วนใหญ่ ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ส่วนใหญ่ ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
11.1 ไม่สบายหรือเจ็บป่วยง่ายกว่าคนทั่วไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 มีสุขภาพดีเท่ากับคนอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 คิดว่าสุขภาพจะเลวลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 มีสุขภาพดีเยี่ยม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ภาคผนวก จ  
ตัวอย่างการจัดแยกประเภทของความปวด

ตาราง จ 1

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำบรรยายลักษณะความปวดเพื่อจัดกลุ่มประเภทความปวดที่รุนแรงที่สุดสามอันดับแรกตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

คำบรรยาย	คำสำคัญ	อันดับ/ประเภทความปวด/ตำแหน่ง
<p><b>ตัวอย่างที่ 1</b></p> <p>เพศหญิง อายุ 49 ปี ได้รับบาดเจ็บระดับเอวที่ L1 สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร มีลักษณะความปวดจำนวน 3 แบบ ได้แก่ ปวดแบบแปลบปวดชา ปวดเมื่อย</p> <p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับแรก :</b> ปวดแปลบๆ ทำให้เราทรมานอันดับหนึ่ง ....ปวดแปลบตรง เหนือเข่า ตรงต้นขา มันปวดแปลบกะมันแปลบข้างนี้แล้วมันก็วิ่งมาข้างนี้เลย มันแปลบๆ เหมือนมันลื้อกัน ได้มีบ้างปวดที่เข่า แต่ต้นขามากกว่า ปวดตอนนั่งนานๆ นั่งทำงานสามชั่วโมงเริ่มเอาเรื่อง...และ ถ้าหนาวจะปวดมากขึ้น ฝนตกจะเย็น นั่งประชุมห้องแอร์ปวด ปวดเป็นวินาทีถึงหนึ่งนาที แต่ละวันเป็นเยอะ เป็นเรื่อยๆ... ปกติสัก 15-20 นาทีครั้ง.... กลางคืนถ้าปกติก็ไม่ปวดนะ ถ้าฝนไม่ตกก็ไม่ปวด....</p> <p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง :</b> อันดับสอง ปวดชาเล็กน้อย ไม่ได้บ่นทอนอะไร ปวดส่วนมากจะปลายเท้า.... เพราะเราไม่ค่อยไปสนใจปวดมากขึ้นตอนเวลาเท้าไปโดนอะไร เวลาตัดเล็บมันซ่าๆ เรานั่งนานมันเป็น</p>	<p>-ปวดแปลบ</p> <p>-ต้นขา ปวดแปลบ มันแปลบข้างนี้แล้วมันก็วิ่งมาข้างนี้เลย เหมือนลื้อกันได้</p> <p>-ปวดที่เข่า</p> <p>-หนาวจะปวดมาก ฝนตก เย็น ห้องแอร์ เป็นเยอะเรื่อยๆ</p> <p>-ฝนไม่ตกก็ไม่ปวด</p> <p>-ปวดชา</p> <p>-ปลายเท้า</p> <p>-ปวดตอนเท้าไปโดนอะไร นั่งนานมันเป็น</p>	<p><b>ความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก</b></p> <p><b>Neuropathic pain</b></p> <p>1. ลักษณะความปวด : ปวดแปลบ</p> <p>2. ตำแหน่ง : ต่ำกว่าที่บาดเจ็บ (เข่า ต้นขา)</p> <p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง</b></p> <p><b>Nociceptive pain</b></p> <p>1. ลักษณะความปวด : ชา</p> <p>2. กระดูกและกล้ามเนื้อ : ปลายเท้า</p>

ตาราง จ 1 (ต่อ)

คำบรรยาย	คำสำคัญ	อันดับ/ประเภทความปวด/ตำแหน่ง
<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม : ปวดเมื่อยนี้ก็น้อยเหมือนกัน เหมือนไปใช้วิลแชร์เยอะๆ เมื่อยตรงไหล่ บ่า ต้นแขน ...ปวดเอวถ้านั่ง นานปวด เหมือนนั่งทำงานนานๆ เหมือนนั่งอยู่นานๆ... จากนั้น มากกว่านะ ถ้าไม่นั่งนานก็ไม่เป็น</p>	<p>-ปวดเมื่อย -ใช้วิลแชร์เยอะ บ่า ต้นแขน เอว นั่งนาน -ทำงานนานๆ -ถ้าไม่นั่งนานก็ไม่เป็น</p>	<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม <b>Nociceptive pain</b> 1. ลักษณะความปวด : เมื่อย 2. กระจกและกล้ามเนื้อ : บ่า ต้นแขน เอว หลัง</p>
<p><b>ตัวอย่างที่ 2</b></p>		
<p>เพศชาย อายุ 31 ปี ได้รับบาดเจ็บระดับเอว สาเหตุจากการถูกยิง มีลักษณะความปวดทั้งหมด 4 แบบ ได้แก่ ทิ่มแทง แสบร้อน เมื่อยคือ ปวดชา</p>		
<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับแรก : ปวดอันดับแรก คือ ทิ่มแทง ปวดตั้งแต่เอวลงไป แก้มก้น สะโพกถึงต้นขาทั้งสองข้าง เป็นทั้งสองข้าง แต่ส่วนใหญ่เป็นหนักข้างขวา.... ตอนดึกๆ อะไรอย่างนี้มันจะเข็น ครับ... ฝนตกก็เป็นครบ เวลาที่มีฟ้าผ่าด้วยจะเจ็บมากเลยครบ เป็นบ่อย กลางคืนเป็นทุกวันนะ</p>	<p>-ทิ่มแทง -เอวลงไป แก้มก้น สะโพก ต้นขา -ตอนดึก เข็น -ฝนตก ฟ้าผ่า เป็นบ่อย -กลางคืนทุกวัน</p>	<p>ความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก <b>Neuropathic pain</b> 1. ลักษณะความปวด : ทิ่มแทง 2. ตำแหน่ง : ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (เอว แก้มก้น สะโพก ต้นขา )</p>
<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง : คือปวดแสบปวดร้อน ปวด แสบร้อนก็เป็นทีขาหนีบ ต้นขา ช่วงระหว่างอวัยวะของเราเชิงกราน เป็นทั้งสองข้างเลยครบ ตรงกลางด้วย.... มันนี่จะเป็นก็เป็นครบ อากาศ เข็นไม่มีผลครบ เป็นบ่อยครบ เวลาเรานั่งเยอะๆก็จะเป็นด้วย เป็นแต่ละ ครั้งประมาณ 5 นาทีก็จะปวดแล้วแสบร้อน</p>	<p>-แสบร้อน -ขาหนีบ ต้นขา เชิงกราน -นี่จะเป็นก็เป็น -เป็นบ่อย</p>	<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง <b>Neuropathic pain</b> 1. ลักษณะความปวด : แสบร้อน 2. ตำแหน่ง : ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (ขาหนีบ เชิง-กราน ต้นขา)</p>

คำบรรยาย	คำสำคัญ	อันดับ/ประเภทความปวด/ตำแหน่ง
<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม : คือปวดเมื่อย เป็นที่หลังมากกว่า เป็นช่วงเอวครึ่ง เวลาเรานั่งนานๆก็จะมีเมื่อยตื้อๆ เป็นทั้งสองข้างและตรงกลาง ตรงบ่าตรงไหล่ มีบ้าง เป็นที่แขนมากกว่า เพราะที่แขนเราต้องใช้วิลแชร์ ไปห้องน้ำ ไปอะไร...</p>	<p>-ปวดเมื่อย -อว นั่งนาน เมื่อยตื้อ -บ่า ไหล่ แขน -ใช้วิลแชร์</p>	<p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม <b>Nociceptive pain</b> 1. ลักษณะความปวด : เมื่อยตื้อๆ 2. กระจกและกล้ามเนื้อ : เอว บ่า ไหล่ แขน</p>
<p><b>ตัวอย่างที่ 3</b></p>		
<p>เพศหญิง อายุ 43 ปี ได้รับบาดเจ็บระดับอกที่ T12 สาเหตุจากอุบัติเหตุจากรถ มีลักษณะความปวด 3 แบบ ได้แก่ แสบร้อน จี๊ด คันยิบๆ</p> <p>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับแรก : คือ ปวดแบบแสบร้อน เป็นตรงที่ขา ไม่ได้เป็นพร้อมกันทั้งสองข้าง แล้วแต่จะเป็นขาไหน จะเป็นขึ้นมาได้ทั้งเพ มันทวมแล้วจะแดงหมดเลย ที่น่อง ข้อเท้า ถ้าเป็นจะเป็นหมดเลย เคยเป็นหนักหนแรก นอนโรงพยาบาลเลย หนักหลังๆไม่ค่อยเท่าไร หมอให้ยามาเชื่อไม่ต้องนอนโรงพยาบาล .... หนักปวดมากใช้สูงเลย เคยหาหมอ หมอแก้หาสาเหตุไม่พบเลย แกชาวด์ (อูลตราชาวด์) แก้วสาวา (สงสัย) กลัวเส้นเลือดอุดตัน ก็ไม่มี มันทวมหมดเลย ไม่มีไทรโยค หมอให้กินยามาเชื่อ นิดไม่รู้ไอไทร แก้วว่ามันคิดเชื่อไม่รู้ไอไทร ถึงพอเป็นครั้งหลังๆ พอเห็นว่าแดงๆสักนิดก็ไปหาหมอ กลัวมันจะบวมขึ้นมา.... เป็นล่าสุดไม่กี่วันที่ เป็นนิดนึง กินยาแก้หาย ยามาเชื่อ</p>	<p>-ปวดแสบปวดร้อน -แล้วแต่จะเป็นขาไหน -บวม แดง น่อง ข้อเท้า -เป็นหนัก นอน โรงพยาบาล -ใช้สูง หมอหาสาเหตุไม่พบ ชาวด์ กลัวเส้นเลือดอุดตัน บวม -ไม่มีอะไรเลย กิน/นิตยามาเชื่อ</p>	<p>ความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก <b>Unknown</b> 1. ลักษณะความปวด : แสบร้อน บวมแดง 2. ตำแหน่ง : ขา น่อง ข้อเท้า</p>



คำบรรยาย	คำสำคัญ	อันดับ/ประเภทความปวด/ตำแหน่ง
<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง :</b> ปวดจี๊ด เป็นช่วงหน้าท้อง ตรงนี้เลย พอเจ็บจี๊ดวิ่งไปตรงหลัง ข้างซ้ายข้างเดียว ถ้าเกิดว่าคิดเชื่อจะเป็นมาก จะคู่เลย มันจะเป็นอยู่เรื่อยๆ ไม่รู้ว่าเป็นมากตอนไหน นั่งตอนนี้ก็เป็นอยู่ มันจี๊ดก็จี๊ด เป็นถึงก็หาย 5 วิ (วินาที) ก็หาย วันหนึ่งเป็นสิบๆหนเลย เป็นบ่อยมากเลยไม่รู้จะทำหรือหาย</p>	<p>-ปวดจี๊ด หน้าท้อง -จี๊ดวิ่งไปตรงหลัง -เป็นเรื่อยๆ ไม่รู้เป็นมากตอนไหน -ตอนนี้เป็นอยู่ มันจี๊ดก็จี๊ด -เป็นบ่อยมาก ไม่รู้ทำหรือหาย</p>	<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง</b> <b>Neuropathic pain</b> 1. ลักษณะความปวด : ปวดจี๊ด 2. ตำแหน่ง : ตำแหน่งที่บาดเจ็บ (ท้อง หลัง)</p>
<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม :</b> ปวดแบบคันๆ ยิบๆ เหมือนมีอะไรมาไต่ รำคาญนิ ฟองขน ขนนิลุกเลย เป็นยิบๆ เป็นข้างเดียวข้างขวา ที่ขา เป็นไต้ร่องข้างในนะ ต้นขาด้านใน ...คิดจะเป็นก็เป็น ไม่ได้เป็นทุกวัน บางที่เป็นทั้งวัน ลืมหายไปเอง ไม่ทราบว่าเป็นเพราะอะไร มันไม่ใช่ปวด มันจ๊กจี้ บอกไม่ถูก</p>	<p>-แบบคัน ยิบๆ -เหมือนมีอะไรมาไต่ รำคาญ ขนฟอง ขนลุก -ขา ไต้ร่อง ต้นขาด้านใน -ไม่ทราบว่าเป็นเพราะอะไร -จ๊กจี้ บอกไม่ถูก</p>	<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม</b> <b>Neuropathic pain</b> 1. ลักษณะความปวด : ถูกแทะ (ยิบๆ คัน) 2. ตำแหน่ง: ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (ขา ต้นขาน่อง)</p>
<p><b>ตัวอย่างที่ 4</b></p>		
<p>เพศชาย อายุ 29 ปี บาดเจ็บตรงระดับคอที่ C5-6 มีสาเหตุบาดเจ็บจากการโดนยิง มีลักษณะความปวด 3 แบบ ได้แก่ โคนบิ๊บ แสบร้อน ชา</p>		
<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับแรก :</b> คือ ปวดเหมือนโดนบิ๊บ มันตึง มันปวดเวลาฉี่ไม่ออก สายสวนอุดตัน เป็นนี้ๆ จะรู้สึกตึงตรงหน้าท้อง และดันขึ้นหัว เหมือนมีคนมาบีบหัว ขมับ และแขน จะมีอาการขนลุก เหงื่อแตก ความปวดจะขึ้นปวดศีรษะ ที่คอและ ต้นคอ พอเปลี่ยนสายสวนก็จะหายเลย หน้าท้องที่บวมๆ ก็จะดีขึ้น... ปวดศีรษะ คอ ตื้อคอ</p>	<p>-เหมือนโดนบิ๊บ ตึง -เวลาฉี่ไม่ออก สายสวนอุดตัน เป็นนี้ๆ หน้าท้อง เหมือนมีคนบีบหัว ขมับ -ศีรษะ คอ ต้นคอ เปลี่ยนสายหาย -หน้าท้องบวมดีขึ้น ศีรษะ คอ ตื้อคอ หายเลย</p>	<p><b>ความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก</b> <b>Nociceptive pain</b> 1. ลักษณะความปวด : โคนบิ๊บ ตึง 2. อวัยวะภายใน : ท้อง ศีรษะ คอ ต้นคอ</p>

ตาราง จ 1 (ต่อ)

คำบรรยาย	คำสำคัญ	อันดับ/ประเภทความปวด/ตำแหน่ง
จะหายเลย แต่ที่หน้าท้องจะค่อยๆทุเลา.... เป็นทุกสัปดาห์ ประมาณ 6 วันเป็นครั้งโดยเฉลี่ย บางครั้งก็ก่อนหน้านั้น	- ทุกข์สัปดาห์ 6 วันครั้ง	
<b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง :</b> คือ แบบแสบร้อน แสบร้อนปวดตั้งแต่แผ่นหลังถึงข้างล่าง เหมือนนอนบนแผ่นเหล็กร้อนๆ แต่ไม่ได้นอน มันเหมือนขาในกระดูก รู้สึกแสบๆร้อนๆ... มีอาการแสบร้อนตลอดเวลา ถ้าเราใส่ใจอาการ... แต่ถ้าเราไม่ใส่ใจก็จะไม่มีอะไร แต่ถ้าเป็นก็ไม่ได้เดือดร้อน.... เป็นตอนเราตั้งใจทำพยายามขยับ มันไม่ไปเหมือนความตั้งใจเราไป แต่มันไม่ไป ก็จะเกิดแสบร้อน	- แสบร้อน - แผ่นหลังถึง ข้างล่าง นอนบนแผ่นเหล็กร้อนๆ - แสบร้อนตลอดเวลา ถ้าใส่ใจ - เป็นตอนตั้งใจขยับ	<b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง</b> <b>Neuropathic pain</b> 1. ลักษณะความปวด : แสบร้อน 2. ตำแหน่ง : ต่ำกว่าตำแหน่งบาดเจ็บ (หลัง ถึง ขา/เท้า)
<b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม :</b> ปวดชา ปวดตั้งแต่แผ่นหลังลงไป...ตั้งแต่หลังช่วงบน ที่สะโพก ที่หน้าขา ที่ขา ตรงน่อง ... แก้มก้นก็รู้สึก.... เป็นเวลาหมุนเตียงลงนอน มันก็เหมือนรับน้ำหนักทั้งแผ่น ทั้งขาทั้งตัวจะรู้สึกชา	- ปวดชา - หลังช่วงบน สะโพก หน้าขา ขา น่อง แก้มก้น - หมุนเตียงลงนอน รับน้ำหนัก	<b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม</b> <b>Nociceptive pain</b> 1. ลักษณะความปวด : ปวดชา 2. กระดูกและกล้ามเนื้อ : หลัง สะโพก แก้มก้น ขา น่อง
<b>ตัวอย่างที่ 5</b> เพศชาย อายุ 27 ปี ได้รับบาดเจ็บระดับอกที่ T7 สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร มีลักษณะความปวดทั้งหมด 4 แบบ คือ ปวดชา ปวดเสียว จุกแน่น และเมื่อยตื้อๆ		

ตาราง จ 1 (ต่อ)

คำบรรยาย	คำสำคัญ	อันดับ/ประเภทความปวด/ตำแหน่ง
<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับแรก :</b> คือ ปวดเสียวในกระดูก เป็นบริเวณช่วงหลังที่ฝ่า ไม่รู้เกี่ยวกับเหล็กรีเปล่า เพราะผมยังค้างเหล็กอยู่... เป็นบริเวณหลังช่วงบน อยู่ตำแหน่งเดียวกับที่ฝ่า...ที่บาดเจ็บ เป็นมาก ตอนช่วงอากาศหนาว เป็นช่วงฝนตก อาบน้ำเย็น ห้องแอร์.... เป็นไม่บ่อย... เป็นแต่ละครั้งไม่เกิน 1 นาที</p>	<p>-ปวดเสียวกระดูก -ช่วงหลัง ที่ฝ่า -หลังช่วงบน ตำแหน่งเดียวกับฝ่า ที่บาดเจ็บ -อากาศหนาว ฝนตก น้ำเย็น แอร์</p>	<p><b>ความปวดที่รุนแรงที่สุดอันดับแรก</b> <b>Neuropathic pain</b> 1. ลักษณะความปวด : เสียว 2. ตำแหน่ง : ตำแหน่งบาดเจ็บ (บริเวณหลังช่วงบน)</p>
<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง :</b> ปวดเมื่อย ตื้อๆ ปวดเมื่อยส่วนมากเป็นช่วงหลัง จะเป็นมากช่วงทำงานนั่งนานๆ เวลาทำงานอยู่กับที่ไม่ได้ไปไหน อันนี้มาเร็วเป็นเร็ว.... เป็นมาเรื่อยๆ แต่รู้สึกได้ประมาณ 4 ปีหลัง ช่วงแรกจะยังไม่ได้ทำงาน.... ปัจจุบันได้ทำงาน เวลาเมื่อยก็ต้องทน ไปนอนไม่ได้ ใต้แค่บิดไปมา</p>	<p>-เมื่อย ตื้อๆ -เป็นมากทำงาน นั่งนานๆ ทำอยู่กับที่ไม่ได้ไปไหน เป็นมาเรื่อยๆ</p>	<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสอง</b> <b>Nociceptive pain</b> 1.ลักษณะความปวด : เมื่อย ตื้อๆ 2.กระดูกและกล้ามเนื้อ : หลัง</p>
<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม :</b> ปวดแน่น จุก จะเป็นตรงบริเวณ ออก และท้องทั้งหมด มักเป็นตอนกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก แล้วจะทำให้ปวดจุกและแน่นที่ท้องและอก แต่จะหนักจุกที่ท้อง.... จะไปหาหมอก็ลำบากจะไป ไม่สะดวก ไกลมั่ง...</p>	<p>-ปวดแน่น จุก -อก ท้อง เป็นตอนกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ทำให้จุกและแน่น</p>	<p><b>ความปวดรุนแรงที่สุดอันดับสาม</b> <b>Nociceptive pain</b> 1.ลักษณะความปวด : จุกแน่น 2.กระดูกและกล้ามเนื้อ : อก ท้อง</p>

**ภาคผนวก ฉ**  
**ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

ตาราง 1

จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะความปวดแบบต่าง ๆ ( $N = 75$ )

จำนวนลักษณะเฉพาะความปวด (แบบ)	$N$	%
$M = 3.40$ แบบ, $SD = 1.26$ , $Min = 1$ , $Max = 7$		
1	4	5.3
2	17	22.7
3	18	24.0
4	16	21.3
5	16	21.3
6	2	2.7
7	2	2.7

ตาราง 2

จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะเฉพาะของความปวดแต่ละประเภท (อันคืบหนึ่ง) ( $N = 75$ )

ลักษณะเฉพาะของความปวด	ประเภทความปวด		
	นอนซีเซฟทีฟ	พยาธิสภาพประสาท	ไม่ทราบ
	( $n = 26$ )	( $n = 48$ )	( $n = 1$ )
	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)
ปวดตื้อ ๆ	14 (53.8)	-	-
ปวดร้าว	-	2 (4.1)	-
ปวดแสบร้อน	-	23 (47.9)	1(100.0)*
ปวดแปลบ	-	16 (33.4)	-
ปวดเหมือนถูกแทง	-	5 (10.4)	-
ปวดชา	2 (7.7)	-	-
ปวดเกร็ง	4 (15.5)	-	-

ลักษณะเฉพาะของความปวด	ประเภทความปวด		
	นอซิเซฟทีฟ	พยาธิสภาพประสาท	ไม่ทราบ
	(n = 26) n (%)	(n = 48) n (%)	(n = 1) n (%)
ปวดหนักๆ	5 (19.2)	2 (4.2)	-
ปวดจุกแน่น	1 (3.8)	-	-

\* ผู้ป่วย 1 ราย รายงานว่า มีขาบวม แพทย์สงสัยว่าอาจมีเส้นเลือดดำลึกอุดตัน

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะเฉพาะของความปวดแต่ละประเภท  
(อันดับสอง) (N = 71)

ลักษณะความปวด	ประเภทความปวด	
	นอซิเซฟทีฟ	พยาธิสภาพประสาท
	(n = 44) n (%)	(n = 27) n (%)
ปวดตื้อ ๆ	30 (68.2)	-
ปวดแสบร้อน	-	8 (29.6)
ปวดแปลบ	-	5 (18.4)
ปวดเหมือนถูกแทง	-	3 (11.0)
ปวดชา	11 (25.0)	6 (22.2)
ปวดเกร็ง	2 (4.5)	-
ปวดจุกแน่น	1 (2.3)	-
ปวดเหมือนถูกแตะ	-	2 (7.4)
ปวดจี๊ด	-	1 (3.7)
ปวดเหมือนนิกขาด	-	1 (3.7)

## ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะเฉพาะของความปวดแต่ละประเภท  
(อันดับสาม) ( $N = 54$ )

ลักษณะความปวด	ประเภทความปวด	
	นอซิเซพทีฟ	พยาธิสภาพประสาท
	( $n = 34$ )	( $n = 20$ )
	$n$ (%)	$n$ (%)
ปวดตื้อ ๆ	14 (41.2)	-
ปวดแสบร้อน	-	3 (15.0)
ปวดแปลบ	-	6 (30.0)
ปวดเหมือนถูกแทง	-	4 (20.0)
ปวดชา	16 (47.0)	4 (20.0)
ปวดเกร็ง	2 (5.9)	1 (5.0)
ปวดหนักๆ	-	1 (5.0)
ปวดจุกแน่น	2 (5.9)	-
ปวดเหมือนถูกแตะ (ยิบๆ)	-	1 (5.0)

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รศ. พญ. ศศิกันต์ นิมมานรัชต์	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
3. นางดวงเพ็ญ แววันจิตร	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 2 ราย	

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวนารีรัตน์ พุทธกุล  
รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510421035  
วุฒิการศึกษา  
วุฒิ ชื่อสถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2554

### ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

1. ทุนอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2555 - 2556
2. ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2557

### ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

### การนำเสนอผลงาน

Puttakun, N., Kitrungrrote, L., & Sea-sia, W. (2014, April). *Chronic Pain Experience and Quality of Life of Persons With Spinal Cord Injury: A Preliminary Study*. Paper presented at The First Red Cross/Red Crescent International Nursing Conference (The 1st RCINC 2014), Bangkok.

นารีรัตน์ พุทธกุล, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, และวิภา แซ่เซีย. (2557). ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเขตภาคใต้ตอนล่าง: การศึกษาเบื้องต้น. การประชุมวิชาการและนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 2 การพัฒนาองค์ความรู้เชิงบูรณาการสู่ประชาคมอาเซียน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.