

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2544- ธันวาคม พ.ศ. 2545 จำนวน 80 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
3. ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุฐานะทางเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพ กับ

ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง สาเหตุของการเป็นอัมพาตท่อนล่าง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และศาสนา (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 18 ปี	2	2.5
18-40 ปี	45	56.3
41-60 ปี	26	32.5
60 ปี ขึ้นไป	7	8.75
เพศ		
ชาย	58	72.5
หญิง	22	27.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง.		
ต่ำกว่า 1 ปี	6	7.5
1 ปี - 5 ปี	52	65.0
6 ปี - 10 ปี	16	20.0
10 ปี ขึ้นไป	6	7.5
สาเหตุของการเป็นอัมพาตท่อนล่าง		
อุบัติเหตุจราจร	37	46.3
ถูกทำร้ายร่างกาย	11	13.8
อุบัติเหตุอื่น ๆ (ตกจากที่สูง 14 ราย ถูกของหนักหล่นทับ 3 ราย การเล่นกีฬา 1 ราย)	18	22.5
อื่น ๆ (โรคทางไขสันหลัง 11 ราย ได้แก่ ไขสันหลังติดเชื้อ 3 ราย ช่องไขสันหลังตีบแคบ 3 ราย หมอนรองกระดูกแตก 2 ราย เนื้องอกของ ไขสันหลัง 3 ราย และไม่ทราบสาเหตุ 3 ราย)	14	17.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	5.0
ประถมศึกษา	37	46.3
มัธยมศึกษา	21	26.3
อาชีวศึกษา	14	17.5
อุดมศึกษา หรือสูงกว่า	4	5.0
สถานภาพสมรส		
โสด	23	28.75
คู่	42	52.5
หย่า/แยกกันอยู่	13	16.25
หม้าย	2	2.5
ศาสนา		
พุทธ	51	63.8
อิสลาม	29	36.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว อายุระหว่าง 18-40 ปี ร้อยละ 56.3 รองลงมาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคนอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.5 มีระยะเวลาที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง ตั้งแต่ 1-5 ปี ร้อยละ 65 รองลงมา ตั้งแต่ 6-10 ปี ร้อยละ 20 สาเหตุของการเป็นอัมพาตท่อนล่างส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 46.3 รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น การตกจากที่สูง การถูกของหนักหล่นทับ ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.5 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว/เดือน รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อาชีพก่อนการเจ็บป่วย อาชีพปัจจุบัน การพักอาศัยหลังเจ็บป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน		
ต่ำกว่า 12,492 บาท	69	86.25
12,492 บาท ขึ้นไป	11	13.75
รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,342 บาท	71	88.75
3,342 บาท ขึ้นไป	9	11.25
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	62	77.5
เพียงพอ	18	22.5
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	18.8
เกษตรกรกรรม	12	15.0
กรรมกร	29	36.3
ค้าขาย	16	20.2
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	10.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69	86.25
เกษตรกรกรรม	2	2.5
อาชีพส่วนตัว (ซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้า ,แกะตัวหนังตลุง)	2	2.5
ค้าขาย	3	3.75
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	5
การพักอาศัยหลังเจ็บป่วย		
อยู่กับครอบครัว	76	95
ต้องอยู่คนเดียว	4	5
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-2 คน	13	16.3
3-5 คน	36	45.0
6 คนขึ้นไป	31	38.8
ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย		
บิดา/มารดา	28	35
สามี/ภรรยา	38	47.5
บุตร	6	7.5
ญาติพี่น้อง	4	5
ดูแลตัวเอง	4	5

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างส่วนใหญ่มียาได้ของครอบครัวเฉลี่ย ต่อเดือน ต่ำกว่า 12,492 บาท ร้อยละ 86.25 และมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน ต่ำกว่า 3,342 บาท ร้อยละ 88.75 ส่งผลให้มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 77.5 สำหรับอาชีพก่อนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 36.3 มีอาชีพเป็นกรรมกร และปัจจุบันส่วนใหญ่ร้อยละ 86.25 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ สำหรับการพักอาศัยหลังเจ็บป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว

หลังเจ็บป่วย โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ถึงร้อยละ 45 และผู้ดูแลหลังเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 47.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย เบี่ยงเบน และปกติ (n=80)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ชีพจร = ครั้ง/นาที		
(1) มากกว่า 120 ครั้ง/นาที หรือ น้อยกว่า 49 ครั้ง/นาที	1	1.3
(2) อยู่ระหว่าง 101-120 ครั้ง/นาที หรือ อยู่ระหว่าง 49-60 ครั้ง/นาที	5	6.3
(3) อยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที	74	92.5
2. อัตราการหายใจ = ครั้ง/นาที		
(1) มากกว่า 30 ครั้ง/นาที หรือ น้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที	0	0
(2) อยู่ระหว่าง 21-29 ครั้ง/นาที	7	8.8
(3) อยู่ระหว่าง 12-20 ครั้ง/นาที	79	91.3
3. อุณหภูมิร่างกาย = °C		
(1) มากกว่า 39.5°C หรือ น้อยกว่า 36°C	4	5
(2) อยู่ระหว่าง 37.5-39.4°C	7	8.8
(3) อยู่ระหว่าง 36-37.4°C	69	86.3
4. ความดันโลหิต = มม.ปรอท		
(1) มากกว่า 160/95 mmHg. หรือ น้อยกว่า 90/60 mmHg	13	16.3
(2) อยู่ระหว่าง 141/91-160/95 mmHg.	5	6.3
(3). ปกติ 90/60-140/90 มม.ปรอท	62	77.5
5. ภาวะโภชนาการ		
ชาย เส้นรอบวงกึ่งกลางรอบแขน ระบุ.....		
(1) เส้นรอบวงแขนอยู่ระหว่าง 20.6-23.4 ซม. หรืออยู่ระหว่าง 35.2-37.9 ซม	10	17.2
(2) เส้นรอบวงแขนอยู่ระหว่าง 23.5-26.3 ซม หรืออยู่ระหว่าง 32.3-35.1 ซม	23	39.7
(3) เส้นรอบวงแขนอยู่ระหว่าง 26.4-32.2 ซม	25	43.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
หญิง เส้นรอบวงกึ่งกลางรอบแขน ระบุ.....		
(1) เส้นรอบวงแขนอยู่ระหว่าง 20.1-22.8 ซม. หรืออยู่ระหว่าง 34.4- 37.2 ซม	4	18.2
(2) เส้นรอบวงแขนอยู่ระหว่าง 22.9-25.7 ซม. หรืออยู่ระหว่าง 31.5-34.3 ซม.	11	50.0
(3) เส้นรอบวงแขนอยู่ระหว่าง 25.8-31.4 ซม	7	31.8
6. การรับประทานอาหาร		
(1) รับประทานอาหารไม่ได้เลยทุกมื้อและ รับประทานอาหารเสริมอย่างอื่นไม่ได้	0	0
(2) รับประทานอาหารได้ 2-3 คำ/มื้อ หรือรับประทานอาหารได้ ½ จาน/มื้อ เป็น ระยะเวลาสั้น 1 สัปดาห์	11	13.8
(3) รับประทานอาหารได้ปกติ 1 จาน/มื้อ	69	86.3
7. ระบบการย่อยอาหาร		
(1) อาหารไม่ย่อย มีอาการท้องอืด	4	5
(2) แน่นอึดอัดท้องเป็นบางครั้งหลังรับประทานอาหาร	32	40
(3) ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้องหลังรับประทานอาหาร	44	55
8. สภาพผิวหนัง		
(1) แห้ง แตก ตกสะเก็ด ผิวหนังขรุขระ บวมกดบุ๋ม	13	16.3
(2) แห้ง เล็กน้อยไม่บวม ไม่ตกสะเก็ด	20	25
(3) ชุ่มชื้น อ่อนนุ่ม ไม่มีผื่น ไม่มีลักษณะบวม	47	58.8
9. ความยืดหยุ่นของผิวหนัง		
(1) แห้งตึง ไม่สามารถใช้นิ้วมือหยิบผิวหนังขึ้นได้เลย	6	7.5
(2) มีความยืดหยุ่นเล็กน้อย เมื่อใช้นิ้วมือหยิบผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนังขึ้นมาแล้ว เมื่อปล่อยลงต้องใช้เวลามากกว่าผิวหนังจะกลับสู่สภาพเดิม	19	23.8
(3) ความยืดหยุ่นปกติ เมื่อใช้นิ้วมือหยิบผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนังขึ้นมาแล้วปล่อยลง ผิวหนังจะกลับสู่สภาพเดิมทันที	55	68.8
10. แผลกดทับ		
(1) มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง เห็นขอบแผลชัดเจน หรือแผลลึกถึงชั้น กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ	44	55

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
10. แผลกดทับ (ต่อ)		
(2) มีรอยแดงบริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับ รอยแดงจะไม่หายไป 15-30 นาที หรือมีรอยแดงเข้มซึ่งไม่จางลงเมื่อแรงกดหมดไป เมื่อกดดูจะแข็งเป็นดาน หรือมีรอยถลอกบริเวณผิวหนังที่มีการกดทับ	1	1.3
(3) ไม่มีรอยแดงให้เห็นบริเวณผิวหนัง หรือมีรอยแดงให้เห็นบริเวณปุ่มกระดูก ที่กดทับแต่จะหายภายใน 15-30 นาที เมื่อแรงกดหายไป	35	43.8
11. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัวเอง การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ และการใช้ห้องสุขา)		
(1) ต้องช่วยเหลือในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง	6	7.5
(2) ต้องช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง	34	42.5
(3) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด	40	50
12. การเคลื่อนไหวร่างกาย		
(1) เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้เลยต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอด	10	12.5
(2) เคลื่อนไหวร่างกายเองได้มีผู้ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง	21	26.3
(3) เคลื่อนไหวร่างกายเองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	49	61.3
13. ความสามารถในการเคลื่อนไหว และกำลังกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ของแขน		
(1) กล้ามเนื้อแขนสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหว ด้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ ข้อต่อต่าง ๆ ติดแข็ง	5	6.3
(2) กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงเล็กน้อยสามารถเคลื่อนไหวด้านแรงโน้มถ่วงของโลก ได้ ข้อต่อต่าง ๆ ติดบ้างเล็กน้อยสามารถบริหารให้หายสู่ปกติ	9	11.3
(3) กล้ามเนื้อแขนกำลังปกติ สามารถเคลื่อนไหวด้านแรงได้เต็มที่	66	82.5
14. ความสามารถในการเคลื่อนไหว และกำลังกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ของขา		
(1) กล้ามเนื้อขาสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวด้าน แรงโน้มถ่วงของโลกได้ ข้อต่อต่าง ๆ ติดแข็ง	76	95
(2) กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงเล็กน้อยสามารถเคลื่อนไหวด้านแรงโน้มถ่วง ของโลกได้ ข้อต่อต่าง ๆ ติดบ้างเล็กน้อยสามารถบริหารให้หายสู่ปกติได้	4	5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
14. ความสามารถในการเคลื่อนไหว และกำลังกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ของขา (ต่อ)		
(3) กล้ามเนื้อขา กำลังปกติ สามารถเคลื่อนไหวด้านแรงได้เต็มที่	0	0
15. การถ่ายปัสสาวะ		
(1) ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ ต้องสวนปัสสาวะปัสสาวะทิ้ง หรือคาสาย สวนปัสสาวะ มีอาการปัสสาวะเล็ดราดบ่อย ต้องใส่ถุงรองรับไว้	49	61.3
(2) ถ่ายปัสสาวะเอง ทุก 4-6 ชั่วโมง ตามเวลาที่กระตุ้น ไม่มี/มีปัสสาวะเล็ดราด นาน ๆ ครั้ง	16	20.0
(3) ถ่ายปัสสาวะเองได้ปกติ ไม่มีปัสสาวะเล็ดราด	15	18.8
16. การถ่ายอุจจาระ		
(1) ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องสวนอุจจาระหรือล้างอุจจาระ และมีอุจจาระเล็ดราด	37	46.3
(2) ไม่ถ่ายอุจจาระภายใน 3 วัน แน่นอึดอัดท้อง ต้องใช้ยาระบาย ยาเหน็บ ถึงจะถ่ายอุจจาระ ไม่มี/มีอุจจาระเล็ดราดนาน ๆ ครั้ง	21	26.3
(3) ถ่ายอุจจาระได้ปกติ วันละ 1 ครั้ง หรือ 2-3 วัน/ครั้ง ไม่มีอุจจาระเล็ดราด	22	27.5
17. การนอนหลับ		
(1) นอนหลับน้อยกว่า 3 ชั่วโมง/คืน	17	21.3
(2) นอนหลับ 4-6 ชั่วโมง/คืน	22	27.5
(3) นอนหลับสนิท 7-9 ชั่วโมง/คืน	41	51.3
18. การตอบสนองความต้องการทางเพศ		
(1) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเอง และ/หรือ คู่ครองได้	64	80
(2) สามารถให้ความสุข และ/หรือ ตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเอง และ/หรือ คู่ครองได้เป็นบางครั้ง แต่ต้องใช้เวลาหรืออุปกรณ์ช่วย	4	5
(3) สามารถให้ความสุข และ/หรือ ตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเอง และ/หรือ คู่ครองได้ตามปกติ	12	15
19. ความปวด		
(1) ปวดตลอดเวลาโดยบางครั้งไม่ทราบตำแหน่งที่ปวด	23	28.8
(2) ปวดบ่อยครั้ง สามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้	25	31.3
(3) ไม่มีอาการปวดหรือปวดนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน) โดยทราบ ตำแหน่งที่ปวด	32	40

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
20. การอยู่ร่วมกับกับบุคคลอื่น		
(1) แยกตัวอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	1	1.3
(2) มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเมื่อจำเป็น	4	5
(3) มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตามปกติ	75	93.8

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และกำลังกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ของขา พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อขาในแนวราบได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวด้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ ข้อต่อต่าง ๆ ติดแข็ง รองลงมาจากการสูญเสียการตอบสนองความต้องการทางเพศ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเอง และ/หรือ คู่ครอง ได้ปกติ และจากการสูญเสียการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 61.3 โดยพบว่า ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ ต้องสวนปัสสาวะทิ้ง หรือคาสายสวนปัสสาวะ มีอาการปัสสาวะเล็ดราดบ่อย ต้องใส่ถุงรองรับไว้

ส่วนภาวะสุขภาพที่อยู่ในภาวะปกติได้แก่ 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถอยู่ร่วมกับกับบุคคลอื่นได้ดี โดยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตามปกติมากถึง ร้อยละ 93.8 รองลงมาได้แก่ การมีอัตราการเต้นของชีพจรที่ปกติ อยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที ร้อยละ 92.5 และการมีอัตราการหายใจปกติ ร้อยละ 91.3 อัตราการหายใจ (อยู่ระหว่าง 12-20 ครั้ง/นาที)

นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะสุขภาพที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและปกติมีค่าใกล้เคียงกัน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ โดยพบว่า มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง เห็นขอบแผลชัดเจน หรือแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ ร้อยละ 55 และอีกกลุ่มหนึ่งไม่มีรอยแดงให้เห็นบริเวณผิวหนัง หรือมีรอยแดงให้เห็นบริเวณปุ่มกระดูกที่กดทับแต่จะหายภายใน 15-30 นาที เมื่อแรงกดหายไปร้อยละ 43.8

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ตารางที่ 4 ร้อยละของระดับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง แยกตามระดับความทุกข์ทรมาน (n=80)

ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน	ร้อยละของระดับความทุกข์ทรมาน			
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ตามความต้องการ	10.0	8.8	18.8	62.5
2. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถ ยืน เดิน นั่ง เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	2.5	7.5	26.3	63.8
3. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถรับความรู้สึกปวด ร้อนหนาว บริเวณต่ำกว่าที่ได้รับบาดเจ็บ	13.8	16.3	28.3	41.3
4. รู้สึกทุกข์ทรมานกับความปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบแหล่งที่มาของความปวด	21.3	7.5	20.0	51.3
5. รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อขา หลัง แขน ไหล่	20.0	20.0	37.5	22.5
6. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ	32.5	13.8	22.5	31.3
7. รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหน้ามืด มึนศีรษะ ใจสั่นเมื่อเปลี่ยนท่า	71.3	6.3	13.8	8.8
8. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถดูแล ตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้	36.6	6.3	20.0	35.0
9. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	65.0	8.8	15.0	11.3
10. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการท้องผูก	27.53	13.8	28.8	30.0
11. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการมีอุจจาระเล็ด/ปัสสาวะเล็ดเมื่อเข้าสังคม	1.3	2.5	16.3	40.0
12. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการคั่งค้างของปัสสาวะเมื่อไม่สามารถแบ่งถ่ายปัสสาวะออกเองได้	32.5	11.3	16.3	40.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน	ร้อยละของระดับความทุกข์ทรมาน			
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
13. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้และปัสสาวะไหลตลอดเวลา	38.8	11.3	16.3	33.8
14. รู้สึกทุกข์ทรมานกับปัสสาวะของท่านที่มีกลิ่นเหม็นหรือเป็นหนอง	71.3	3.8	10.0	15.0
15. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้	78.8	3.8	8.8	8.8
16. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อท่านนอนไม่หลับ, พักผ่อนไม่เพียงพอ	52.5	7.5	17.5	22.5
17. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเอง และ/หรือ คู่ครองได้ปกติ	46.3	12.5	12.5	28.8
18. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตนเองได้ดั้งเดิม	7.5	3.8	20.0	68.8
19. รู้สึกทุกข์ทรมานจากรูปร่างหรือโครงสร้างของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป	10.0	8.8	18.8	62.5

จากตารางที่ 4 พบว่าความทุกข์ทรมานด้านร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตนเองได้ดั้งเดิม (ร้อยละ 68.8) การที่ไม่สามารถ ยืน เดิน นั่ง เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ร้อยละ 63.8) การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ตามความต้องการ (ร้อยละ 62.5) และจากรูปร่างหรือโครงสร้างของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (ร้อยละ 62.5) ตามลำดับ

สำหรับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับไม่มีนั้น ได้แก่ การที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้ (ร้อยละ 78.8) การที่ปัสสาวะที่มีกลิ่นเหม็นหรือเป็นหนอง (ร้อยละ 71.3) การที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ (ร้อยละ 65) การนอนไม่หลับ, พักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.5) และจากการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองและ/หรือคู่ครองได้ปกติ (ร้อยละ 46.3)

นอกจากนั้นยังพบว่า มีเหตุการณ์หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและรู้สึกทุกข์ทรมานมากใกล้เคียงกัน ได้แก่ อาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อขา หลัง แขน ไหล่ (ร้อยละ 20.0

ไม่รู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน และร้อยละ 22.5 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) จากการเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 32.5 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 31.3 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ 36.6 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 35.0 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) อาการท้องผูก (ร้อยละ 27.5 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 30 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก)

ตารางที่ 5 ร้อยละของระดับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง แยกตามระดับความทุกข์ทรมาน (n=80)

ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน	ร้อยละของระดับความทุกข์ทรมาน			
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
20. รู้สึกทุกข์ทรมานหรือเกิดภาวะซับซ้อนใจเมื่อต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นหรือเป็นภาระของครอบครัว	2.5	3.8	15	78.8
21. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง	10.0	6.3	20.0	62.5
22. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถสั่งการให้ใครทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้	11.3	11.3	35.0	42.5
23. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อต้องอยู่คนเดียว	30.0	15.0	21.3	33.8
24. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการถูกครอบครัวทอดทิ้ง	68.8	3.8	12.5	15.0
25. รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อถูกสังคมทอดทิ้ง	40.0	11.3	16.3	32.5
26. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว	22.5	8.8	18.8	50.0
27. รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหวังเมื่อต้องอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	25.0	7.5	21.3	46.3
28. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการไม่มีรายได้เป็นของตนเอง และไม่มีเงินใช้จ่ายระหว่างเจ็บป่วย	20.0	2.5	15.0	62.5
29. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างได้หรือเพื่อนใหม่ได้	43.8	6.3	27.5	22.5
30. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ	51.3	8.8	25.0	15.0
31. รู้สึกทุกข์ทรมานและโกรธตัวเอง บุคคลรอบข้าง เมื่อไม่สามารถปฏิบัติในสิ่งที่เคยปฏิบัติได้	25.0	13.8	27.5	33.8

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน	ร้อยละของระดับความทุกข์ทรมาน			
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก
32. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถปกป้องตนเอง และ/หรือครอบครัวได้	10.0	8.8	20.0	61.3
33. รู้สึกทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการขาดการยอมรับจากสังคม	28.8	11.3	30.0	30.0

จากตารางที่ 5 พบว่าความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นหรือเป็นภาระของครอบครัว (ร้อยละ 78.8) การสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (ร้อยละ 62.5) การไม่มีรายได้เป็นของตนเองและไม่มีเงินใช้จ่ายระหว่างเจ็บป่วย (ร้อยละ 62.5) การที่ไม่สามารถปกป้อง ตนเองและ/หรือครอบครัวได้ (ร้อยละ 61.3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (ร้อยละ 50.0) ชีวิตไม่มีความหวังเมื่อต้องอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 46.3) ไม่สามารถสั่งการให้ใครทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ (ร้อยละ 42.5) ตามลำดับ

ส่วนเหตุการณ์หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การถูกครอบครัวทอดทิ้ง (ร้อยละ 68.8) การที่ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ (ร้อยละ 51.3) และการที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างหรือเพื่อนใหม่ได้ (ร้อยละ 43.8) ตามลำดับ

นอกจากนั้นยังพบเหตุการณ์หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและรู้สึกทุกข์ทรมานมากใกล้เคียงกัน ได้แก่ การที่ต้องอยู่คนเดียว (ร้อยละ 30 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และร้อยละ 33.8 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและขาดการยอมรับจากสังคม (ร้อยละ 28.8 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และร้อยละ 30.0 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุฐานะทางเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพ
กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพ
กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม
และในภาพรวม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง	ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง		
	ด้านร่างกาย	ด้านจิตสังคม	โดยรวม
อายุ	-0.048	.091	.023
ฐานะทางเศรษฐกิจ	-.224*	-.454**	-.363**
ภาวะสุขภาพ	-.516**	-.419**	-.501**

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย
อัมพาตท่อนล่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และโดยรวม
($r = -0.048$, $r = 0.091$, $r = 0.023$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฐานะทางเศรษฐกิจ
สังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ($r = -0.224$) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานจิตสังคม และโดยรวม
($r = -0.454$, $r = -0.363$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ
สังคมดีมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ภาวะสุขภาพ
มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และโดยรวม ในระดับ
ปานกลาง ($r = -0.516$, $r = -0.419$, $r = -0.501$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ
ผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1, 2) ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่

ร้อยละ 72.5 เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุระหว่าง 18-40 ปี ร้อยละ 56.3 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.63 ปี สำหรับสาเหตุของอุบัติเหตุเหล่านั้น ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.3 เกิดจากอุบัติเหตุจราจร เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนต้นหรืออยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นวัยของการศึกษา วิทยาลัยทำงานมีความจำเป็นที่จะต้องใช้เวลายานพาหนะในการเดินทางมากกว่าวัยอื่น ๆ และเป็นช่วงที่มีโอกาสใช้ชีวิตค่อนข้างโลดโผน ขับขี่ยานด้วยความเร็วสูง ร่วมกับมีการใช้สารเสพติด ขณะขับซึ่งมักจะไม่มีมาตรการระวังในการขับรถ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยในวัยนี้ได้รับอุบัติเหตุสูงกว่าวัยอื่น ๆ (กิ่งแก้ว, 2543; มารยาท, จันทร์ฉาย, สิริรัตน์ และสมพิศ, 2542; อำนวยและชลเวช, 2541; Black & Matassarini-Jacobs, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาอุบัติเหตุการเกิดไขสันหลังบาดเจ็บในประเทศไทยของปาจารย์ (Pajareya, 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่ศึกษาร้อยละ 85 เป็นผู้ชาย มีอายุระหว่าง 12-75 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.8 ปี และ ร้อยละ 50.7 เกิดจากอุบัติเหตุจราจร และใกล้เคียงกับการศึกษาอุบัติเหตุการเกิดไขสันหลังบาดเจ็บในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าร้อยละ 82 เป็นผู้ชาย มีอายุระหว่าง 15-30 ปี และมีสาเหตุส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุจราจรเช่นกัน (Smeltzer & Bare, 2000)

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.25 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 12,492 บาท ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนทั้งประเทศ (วิทยากร, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77.5 บอกว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งเมื่อศึกษาถึงอาชีพก่อนการเจ็บป่วย พบว่าร้อยละ 36.8 มีอาชีพเป็นกรรมกร และร้อยละ 18.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนปัจจุบันร้อยละ 86.25 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่สามารถประกอบอาชีพได้อีกร้อยละ 13.75 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 2.5 อาชีพส่วนตัว ร้อยละ 2.5 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 3.75 ตามสมรรถภาพของร่างกายที่เหลืออยู่ และจากการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และอีกร้อยละ 5 สามารถประกอบอาชีพรับราชการได้ดั้งเดิม โดยที่หน่วยงานราชการได้เอื้ออำนวยเกี่ยวกับความสะดวกของสถานที่ และลักษณะของงานให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย

2. ภาวะสุขภาพ

จากการประเมินภาวะสุขภาพ (ตารางที่ 3) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ในภาวะเจ็บป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ ของขา มากที่สุด (ร้อยละ 95) โดยกล้ามเนื้อขาสามารถเคลื่อนไหวในแนวราบได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ และมีข้อต่อต่าง ๆ ติดแข็ง เนื่องจากเมื่อเกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังตั้งแต่ต่ำกว่าระดับทรวงอกที่ 1 ลงมา ก็จะมีผลต่อ

การทำงานของกล้ามเนื้อที่ต่ำกว่าลงมา จากการที่สมองไม่สามารถสั่งการให้กล้ามเนื้อเหล่านี้ทำงานได้ เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบเล็ก ซึ่งพบภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยเกือบทุกราย ภาวะสุขภาพที่มีอยู่ในภาวะเจ็บป่วยรองลงมาได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางเพศ (ร้อยละ 80) โดยไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตัวเองและ/หรือ คู่ครองได้ เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของอวัยวะเพศในผู้ชายขึ้นอยู่กับการเงินตนาการทางเพศ การสัมผัสอวัยวะเพศโดยตรง และการเกิดขึ้นเองโดยอาศัยการควบคุมของสมองส่วนซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ และระบบลิมบิกของไขสันหลังส่วนอกระดับที่ 11 ถึงไขสันหลังส่วนเอวระดับที่ 2 และไขสันหลังและรากประสาทกระเบนเหน็บระดับที่ 2-4 ซึ่งจากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษามีการบาดเจ็บของไขสันหลังตั้งแต่ระดับทรวงอกที่ 6 ลงมา ดังนั้นจึงไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ปกติสอดคล้องกับผลการประเมินภาวะสุขภาพดังกล่าว การศึกษาายังพบว่าภาวะสุขภาพมีการสูญเสียการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (ร้อยละ 61.3) โดยไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง ต้องสวนปัสสาวะทิ้ง หรือคาสายสวนปัสสาวะไว้ มีอาการปัสสาวะเล็ดราดบ่อย ต้องใส่ถุงรองรับไว้จากการบาดเจ็บของ ไขสันหลังทำให้เส้นประสาทที่มาควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะถูกทำลายทำให้ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะเองได้ปกติ

นอกจากนั้นยังพบว่า ภาวะสุขภาพที่อยู่ในระดับปกติ 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์หรือการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นตามปกติ (ร้อยละ 93.8) อัตราการเดินของซีพจรอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที (ร้อยละ 92.5) อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที (ร้อยละ 91.3) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์หรือการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นตามปกติ นั้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานกว่า 1 ปี มากถึงร้อยละ 92.5 จึงสามารถทำใจและปรับตัวยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นได้ และจากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่าร้อยละ 95 พักอาศัยกับครอบครัวหลังเจ็บป่วย และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย จึงทำให้ไม่มีปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ดังที่ แมคกอร์วัน และรูท (McGowan and Roth 1987 cited in Stambrook et al, 1991) กล่าวถึง สัมพันธภาพในทางบวกของครอบครัวว่ามีผลต่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ ส่วนอัตราการเดินของซีพจร และอัตราการหายใจที่อยู่ในภาวะปกติ นั้นเนื่องระดับการบาดเจ็บของไขสันหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาไม่มีผลต่อการทำงานอวัยวะดังกล่าว

3. ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

จากการศึกษาระดับความทุกข์ทรมาน (ตารางที่ 4) พบว่า เหตุการณ์หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากใน 3 อันดับแรก ได้แก่ การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม

ตามบทบาทของตนเองได้ดั้งเดิม (ร้อยละ 68.8) การที่ไม่สามารถ ยืน เดิน นั่ง เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ร้อยละ 63.8) จากการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ตามความต้องการ (ร้อยละ 62.5) และจากรูปร่างหรือโครงสร้างของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (ร้อยละ 62.5) จะเห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยดังกล่าวเป็นความทุกข์ทรมานจากการที่ภาวะสุขภาพด้านการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและกำลังกล้ามเนื้อข้อต่อต่าง ๆ ของขาร้อยละ 95 มีการเปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ วิไล, ศิริลักษณ์, อารุณ และชลเวช (2542) ที่พบว่าการบาดเจ็บของไขสันหลังและทำให้เป็นอัมพาตท่อนล่างนั้นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร ผลพวงของอุบัติเหตุทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่า "ตกนรกทั้งเป็น" เนื่องจากตกอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่หรือไม่ได้เลย (อำนาจ และชลเวช, 2541) จากการศึกษาความสามารถในการเคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้าง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อภาพลักษณ์ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกไปทำงานนอกบ้าน การเดินทางไปค้าขายตามปกติ เป็นต้น รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนย้ายตัวเอง คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของวรรณิและคณะ (2538) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 120 คน ที่พบว่าผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทที่เคยเป็นของตนได้เต็มที่ จะมีความเครียดด้านจิตใจ มีความคับข้องใจ มีความขัดแย้งในใจ

นอกจากนั้นยังพบว่าเหตุการณ์หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้ (ร้อยละ 78.8) การที่ปัสสาวะที่มีกลิ่นเหม็นหรือเป็นหนอง (ร้อยละ 71.3) อาการหน้ามืด มึนศีรษะใจสั่นเมื่อเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 71.3) และ การที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ (ร้อยละ 65) อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องการที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้นั้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นอัมพาตตั้งแต่ระดับทรวงอกที่ 6 ลงมา ซึ่งไม่มีผลต่อกล้ามเนื้อที่ใช้ในการควบคุมการหายใจออก ผู้ป่วยจึงไม่มีความทุกข์ทรมานเมื่อมีเสมหะเพราะสามารถไอออกได้ตามปกติ และจากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ส่วนการที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานกับปัสสาวะที่มีกลิ่นเหม็นหรือเป็นหนอง จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าร้อยละ 61.3 ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะออกเองได้ ต้องสวนปัสสาวะทิ้งหรือคาสายสวนปัสสาวะมีอาการปัสสาวะเล็ดราดบ่อย ต้องใส่ถุงรองรับไว้ แต่จากการสอบถามลักษณะสี กลิ่น ของปัสสาวะในผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะทิ้งหรือปัสสาวะได้เอง ไม่พบว่า มีผู้ใดมีปัสสาวะเป็นหนอง และจากการสังเกตลักษณะของปัสสาวะในรายที่คาสายสวนปัสสาวะไว้ก็ไม่พบว่า มีผู้ใดมีปัสสาวะเป็นหนอง อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

ร้อยละ 92.5 มีระยะเวลาเป็นอัมพาตท่อนล่างมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป จึงเรียนรู้วิธีการที่จะป้องกันหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองในขณะที่เจ็บป่วยได้ดี สำหรับการที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหน้ามืด มึนศีรษะ ใจสั่นเมื่อเปลี่ยนท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระยะเวลาเป็นอัมพาตท่อนล่างมากกว่า 1 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 61.3 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ส่วนการที่ไม่มีความทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ นั้น จากการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าร้อยละ 86.3 รับประทานอาหารได้ปกติ 1 จาน โดยปกติการที่บุคคลจะรับประทานอาหารได้ปกติ นั้นจะต้องมีระบบการย่อยอาหารที่ปกติ ไม่มีอาการท้องอืดหรือแน่น อึดอัดท้อง จากอาหารไม่ย่อย หรือจากการที่ไม่ได้ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาหลายวัน (เนตรนา, 2451)

นอกจากนั้นจากการศึกษาพบว่าสาเหตุการณหรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และทุกข์ทรมานมากโดยมีค่าร้อยละใกล้เคียงกันได้แก่ อาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อ ขา หลัง แขน ไหล่ (ร้อยละ 20.0 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 22.5 รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) การเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 32.5 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 31.3 ที่รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) การที่ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ (ร้อยละ 36.6 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 35.0 ที่รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) อาการท้องผูก (ร้อยละ 27.5 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและร้อยละ 30.0 ที่รู้สึกทุกข์ทรมานมาก) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อขานั้น เป็นความปวดเกิดจากการที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บแบบสมบูรณ์ ไม่สามารถขยับขาได้ และไม่สามารถรับความรู้สึกใด ๆ บริเวณต่ำกว่าที่ได้รับบาดเจ็บได้เลย อาการปวดดังกล่าวอาจเกิดเนื่องจากการระคายเคืองบริเวณรากประสาท เช่น มีพังผืดรัดรากประสาท หรือเกิดจากการอักเสบของเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นกลาง เป็นต้น (Guttmann, 1973 อ้างตาม กิ่งแก้ว, 2538) ส่วนความทุกข์ทรมานจากอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อหลัง แขน ไหล่ อาจเกิดจากการใช้อวัยวะส่วนนั้นมากเกินไปเพื่อชดเชยกับอวัยวะส่วนที่เป็นอัมพาต เช่น การใช้ยืนตัวเมื่อขึ้นหรือลงรถเข็น การเข็นล้อเข็นระยะทางไกล ๆ หรือเป็นเวลานาน การนั่งนาน ๆ เป็นต้น (กึ่งแก้ว, 2543) ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เป็นอัมพาตท่อนล่างมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป และมีเทคนิคหรือวิธีการในการเคลื่อนย้ายตัวเองเฉพาะ รู้จักวิธีบริหารกล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรง การบรรเทาหรือป้องกันอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ จึงไม่รู้สึกทุกข์ทรมานกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่รู้สึกทุกข์ทรมานมาก ในเรื่องนี้ อาจเป็นเพราะมีระยะเวลาเป็นอัมพาตท่อนล่างน้อยกว่า 1 ปี และร้อยละ 38.8 มีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ร่วมกับการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและกำลังกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ของแขน โดยร้อยละ 17.6 มีกล้ามเนื้อแขนอ่อนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้และข้อต่อต่าง ๆ ติดแข็ง

ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานกับการเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อนั้น เนื่องจากการเกร็งกระดูกของกล้ามเนื้อนั้นเกิดจากการที่มีแรงมากระทำเร็ว ๆ เช่น การกระดูก การกระชาก ทำให้มีการตอบสนองอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อรูปกระสวย (กิ่งแก้ว, 2543) ซึ่งมักเกิดหลังเดือนที่ 3 ของการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง จะมีมากถึงระดับหนึ่งหลังจากนั้นจะคงที่หรือลดลงซึ่งกินเวลาเป็นปี (เนตรนภา, 2541) จากข้อมูลพื้นฐานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 92.5 มีระยะเวลาเป็นอัมพาตก่อนล่างมากกว่า 1 ปี ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการป้องกันอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้จึงไม่รู้สึกทุกข์ทรมานมากนัก ส่วนผู้ที่มีความทุกข์ทรมานมากนั้น อาจเนื่องเป็นเพราะอาการเกร็งกระดูกรบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้าย เป็นต้น (กิ่งแก้ว, 2543)

สำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้นั้น อาจเนื่องจากขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ ซึ่งจากการประเมินภาวะสุขภาพพบว่าร้อยละ 43.8 ไม่มีแผลกดทับ ส่วนผู้ที่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนี้มากนั้นน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยร้อยละ 55 ภาวะสุขภาพยังมีแผลกดทับอยู่ แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นเพียงเกรด 1 ก็ตาม แต่ก็ยังมีผลต่อความทุกข์ทรมานด้านจิตใจเนื่องจากการหายของแผลช้าแม้ว่าจะดูแลอย่างดี และแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้วิธีป้องกันการเกิดแผลกดทับดี แต่เมื่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเองมีน้อยยังต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ ผู้ป่วยจึงสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการท้องผูกนั้นอาจเนื่องจากผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระเองได้ทุกวัน จากการประเมินภาวะสุขภาพพบว่าร้อยละ 27.5 ถ่ายอุจจาระได้เองปกติ ไม่มีเลือดราด ส่วนผู้ที่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนี้ เพราะไม่สามารถถ่ายอุจจาระเองได้ ต้องกินยาระบาย ใช้ยาเหน็บช่วยหรือต้องให้ผู้อื่นสวนหรือล้างอุจจาระให้ (ร้อยละ 72.5) อาจเป็นเพราะได้รับการฝึกในเรื่องนี้ยังไม่ดีพอก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สำหรับผลการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ การที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระของครอบครัว (ร้อยละ 78.8) การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (ร้อยละ 50.0) และการที่รู้สึกว่าคุณชีวิตไม่มีความหวังเมื่ออยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 46.3) และการที่ไม่สามารถสั่งการให้ใครทำในสิ่งที่ต้องการได้ (ร้อยละ 42.5) ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้าง ทั้งนี้เนื่องจากโดยปกติคนเราจะต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และเปลี่ยนอิริยาบถตลอดเวลา จากทำนองเป็น ทำยืน เดิน นอน เมื่ออยู่ ๆ ต้องตกอยู่ในสภาพที่ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ หรือสามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง แต่ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จากสภาวะของโรคที่เกิดขึ้นในภายหลัง เช่น

จากอุบัติเหตุต่าง ๆ จากภาวะของโรคที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาท และมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตได้ตามปกติ และต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์เป็นยี่งนัก (อภิญา และคณะ, 2541) และจากคำกล่าวของผู้ป่วยที่กล่าวถึงการที่ไม่สามารถ ยืน เดิน นั่ง เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และการต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระของครอบครัวว่า "สุดท้ายของชีวิตเลย รบกวนคนอื่น หงุดหงิดอยากจะทำอะไร ก็ทำไม่ได้ จะเอาอะไรก็ต้องใช้เพื่อน ทำอะไรกินก็ลำบาก" ทั้งนี้เนื่องจากการบาดเจ็บของไขสันหลังและมีผลทำให้ต้องสูญเสียสมรรถภาพร่างกายส่วนล่างส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกือบทุกอย่างในชีวิต ไม่สามารถทำทุกอย่างที่ตนเองเคยทำได้ รวมทั้งไม่สามารถกลับไปทำงานที่ตนเองรักได้ ต้องปรับเปลี่ยนงานใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง หรืออาจจะถูกออกจากงานเมื่อไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาน้อยและมีอาชีพที่ต้องใช้แรงกายในการทำงาน นอกจากนั้นการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายดังกล่าวยังมีผลต่อการสูญเสียบทบาททางสังคมและครอบครัว จากข้อมูลพื้นฐานจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 81.2 มีอาชีพ มีงานทำก่อนการเจ็บป่วยแต่ภายหลังเจ็บป่วยพบว่ามีเพียงร้อยละ 13.75 เท่านั้นที่ยังสามารถทำงานได้แต่ปรับเปลี่ยนลักษณะงานที่เอื้อต่อความสามารถทางกายที่เหลืออยู่ ในรายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวก็ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นสมาชิกครอบครัว ต้องสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมให้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างอิสระ ต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น (กิ่งแก้ว, 2543; วิจิตรา, 2544)

นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานที่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองมากถึง ร้อยละ 62.5 เนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของระบบต่าง ๆ แม้จะใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานก็ยังไม่สามารถฟื้นฟูให้เหมือนปกติได้ ต้องตกอยู่ในสภาพพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้ปกติทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงานย่อมทำให้ผู้ที่ตกอยู่ในสภาพนี้รู้สึกทุกข์ทรมานมาก โดยเฉพาะผู้ชายที่มีความรู้สึกว่าการสูญเสียร่างกายส่วนล่างไปจะเหมือนสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต (วรรณิและคณะ, 2538) ส่วนความทุกข์ทรมานจากการไม่มีรายได้เป็นของตนเองและไม่มีเงินใช้จ่ายระหว่างเจ็บป่วยนั้น พบว่าร้อยละ 62.5 มีความทุกข์ทรมานมาก จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าร้อยละ 86.25 ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ หลังเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 13.8 ที่มีงานทำมีรายได้เป็นของตนเองหลังจากเจ็บป่วยด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการศึกษาของวิไลและคณะ (2542) ที่ศึกษาความสามารถในการทำงานและกิจกรรมสันทนาการภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 55 ราย พบว่า

มีผู้ป่วยที่สามารถทำงานได้ 16 ราย โดยทำงานเต็มวันจำนวน 8 ราย ครึ่งวัน 5 ราย และน้อยกว่าครึ่งวัน 3 ราย ส่วนผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้นั้นสาเหตุเป็นจากสภาพร่างกายที่ทำงานไม่เอื้ออำนวย และการเดินทางไม่สะดวก การที่บุคคลมีงานทำมีอาชีพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากการทำงานก่อให้เกิดคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองสามารถทำประโยชน์ และงานที่เป็นอาชีพยังก่อให้เกิดรายได้แก่ตนเองและครอบครัว ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นว่าตัวเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 61.3 มีความทุกข์ทรมานมากจากการที่ไม่สามารถปกป้องตนเองและ/หรือครอบครัว จากข้อมูลพื้นฐานจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 เป็นเพศชาย และร้อยละ 56.3 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยแห่งการเสริมสร้างหลักฐานในชีวิต เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อครอบครัวและสังคม (ทิพย์พา, 2541) การสูญเสียความสามารถในการรับสัมผัส และการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่ตนเองเป็นอยู่ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว (สุจิตรา, 2537)

สำหรับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ การถูกครอบครัวทอดทิ้ง (ร้อยละ 68.8) จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหลังเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ก่อนการเกิดไขสันหลังขาดเจ็บจนต้องมีสภาพเป็นอัมพาตท่อนล่างจึงทำให้ความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับน้อย คล้ายคลึงกับการศึกษาของวรรณและคณะ (2538) ที่พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่ศึกษาเห็นว่ามีค่าสำคัญต่อชีวิตมาก คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้อง เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง ก็จะได้รับความช่วยเหลือ ได้รับกำลังใจ และช่วยประคองสภาพจิตใจ ช่วยยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรักษาสมดุลของจิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ลักษณะทางวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของไทย และลักษณะของสังคมไทยที่อยู่กันฉันท์เครือญาติที่มีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดมาช้านาน (อัศนี, 2539) โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว จะมีความผูกพันกันทางสายโลหิตมาก ญาติพี่น้องจะคอยดูแลทุกข์สุขของกันและกันเสมอ (รุจา, 2541) ส่วนความรู้สึกไม่ทุกข์ทรมานจากการไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ (ร้อยละ 51.3) นั้นอาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรัก ได้รับการดูแลด้วยความห่วงใยจากสมาชิกในครอบครัว หรือครอบครัวให้การดูแลอย่างดีและเมื่อมีปัญหาจึงได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกภายในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากที่ไม่มีเพื่อน

และความรู้สึกไม่ทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างหรือเพื่อนใหม่ได้ (ร้อยละ 43.8) อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อน ตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยไม่ทำให้สัมพันธ์ภาพที่ดั้นด้นเปลี่ยนแปลงไปด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ดังกล่าว

นอกจากนั้นยังพบว่า เหตุการณ์หรืออาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่มีค่าร้อยละใกล้เคียงกัน ได้แก่ การที่ต้องอยู่คนเดียว (ร้อยละ 30.0 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อต้องอยู่คนเดียวแต่อีกร้อยละ 33.8 มีความทุกข์ทรมานมากเมื่อต้องอยู่คนเดียว) สำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานนั้น อาจเป็นเพราะปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ส่วนผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากการที่ต้องอยู่คนเดียว นั้น เนื่องจากความอ้างว้างเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของบุคคล การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความสำคัญและบุคคลที่เขาต้องการที่จะมีความสัมพันธ์ด้วย จากการที่บุคคลเหล่านั้นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จากการติดธุระหรือมีภาระกิจจำเป็นอย่างอื่นที่ต้องกระทำ ดังนั้นการที่บางครั้งอาจจะต้องอยู่คนเดียวบ้าง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ้างว้าง เนื่องจากกลัวเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ยาวลักษณ์และลัดดา, 2541) ส่วนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และขาดการยอมรับจากสังคม พบว่าร้อยละ 28.5 ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าว อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาเป็นอัมพาตท่อนล่างมากกว่า 1 ปีขึ้นไป สามารถทำให้ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นได้ ดังที่เฟลด์ (Feld, 1960 cited in Gukbudak, 1985) ได้ทำการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ 1,000 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการปรับตัวปรับใจ 1-2 ปี เมื่อปรับตัวได้จึงมองความพิการว่าเป็นสิ่งธรรมดา ไม่รู้สึกอาย กลัวที่จะเปิดเผยความพิการของตนเองมากขึ้น (ธัญพร, 2543) แต่อีกร้อยละ 30.0 มีความทุกข์ทรมานมากกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทนี้ เนื่องจากการที่ต้องกลายมาเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่ตนเคยดำรงอยู่ได้ไม่ว่าจะเป็นบทบาทด้านหน้าที่การงานหรือบทบาททางสังคม เช่น เป็นตำรวจมีหน้าที่คอยช่วยเหลือหรือดูแลทุกข์สุขประชาชนในด้านต่าง ๆ เมื่อเป็นอัมพาตท่อนล่างต้องเปลี่ยนไปทำหน้าที่ด้านอื่นแทน เช่น ด้านการสื่อสาร ด้านธุรการ หรือจากที่เคยหัวหน้าครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยบทบาทดังกล่าวก็ต้องเปลี่ยนไปเป็นของคนอื่นในครอบครัวแทน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากจากความรู้สึกอายที่ไม่เหมือนคนอื่น ความรู้สึกไร้สภาพไม่ได้ และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่าจะมีโลกของตนเองอยู่แต่ในบ้าน (ธัญพร, 2543)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากความเป็นเอกพันธ์ทางอายุของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลพื้นฐานพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (มีอายุระหว่าง 18-40 ปี) มากถึงร้อยละ 56.3 ซึ่งเป็นธรรมชาติของผู้ป่วยที่จะพบมากในวัยนี้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของซลเวท, พวงทอง, วรณิ, และอรรณ, (2545) ที่พบว่าอายุของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บส่วนใหญ่มักจะมีอายุระหว่าง 15-44 ปี และคล้ายคลึงกับการศึกษาของวรณิและคณะ (2538) ที่พบว่าอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ต่างกัน นอกจากนี้ความเป็นเอกพันธ์ทางอายุแล้ว ระยะเวลาที่เจ็บป่วยก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.5 มีระยะเวลาเป็นอัมพาตท่อนล่างมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ซึ่งได้ผ่านขบวนการปรับตัวมามากแล้ว ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตนานขึ้นจะมีผลต่อแนวคิด และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เพราะความสามารถในการดูแลตนเองนั้นพัฒนามาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ระยะเวลาที่ผ่านพ้นไปจะช่วยให้คุณเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต และสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อระดับความทุกข์ทรมาน (จรีรัตน์, 2543; สายนาท, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของเคราส์และคริว (Krause & Crew, 1991) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาของการบาดเจ็บกับการปรับตัวในผู้ป่วยหลังไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยผู้ที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ระหว่าง 21-25 ปี ปรับตัวได้ดีกว่า ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ระหว่าง 16-20 ปี, 11-15 ปี, 6-10 ปี และ 2-5 ปี ($\bar{X}=17.1$, $S.D=4.4$, $\bar{X}=15.1$, $S.D=5.9$, $\bar{X}=16.1$, $S.D=4.8$, $\bar{X}=16.6$, $S.D=3.3$, $\bar{X}=15.5$, $S.D=3.9$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานกว่าจะปรับตัวที่ดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่า การปรับตัวได้ดีก็ย่อมจะมีผลต่อระดับความทุกข์ทรมานซึ่งทำให้มีความทุกข์ทรมานน้อย

นอกจากนั้นแล้วสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง ในการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 95 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหลังเจ็บป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกภายในครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยความห่วงใย และให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 6) แสดงว่าผู้ที่มีรายได้น้อยมีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.25 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 12,492 บาท ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนทั่วประเทศต่อเดือน (วิทยากร, 2544) และมีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 77.5 โดยอาชีพก่อนเป็นอัมพาตท่อนล่างส่วนใหญ่ร้อยละ 36.3 เป็นกรรมกร และมีผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มากถึงร้อยละ 18.8 และหลังเป็นอัมพาตท่อนล่าง ร้อยละ 86.25 ไม่มีงานทำ มีเพียงร้อยละ 13.75 เท่านั้น ที่ยังมีงานทำ หรือมีรายได้เพียงพอสำหรับการยังชีพ และมีเพียง ร้อยละ 7.5 เท่านั้น ที่สามารถกลับไปทำงานที่เดิมได้ โดย 4 คน โดยรับราชการตำรวจ 2 คน พนักงานรัฐวิสาหกิจ 1 คน รับราชการเป็นนักการภารโรง 1 คน แต่ปรับเปลี่ยนลักษณะของงานให้เหมาะสมกับสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบอาชีพค้าขายเหมือนเดิม 2 คน แต่อยู่ในฐานะผู้สั่งการไม่ต้องออกแรง โดยรายแรกทำงานในร้านขายวัสดุก่อสร้างซึ่งเป็นกิจการของครอบครัว ส่วนรายที่ 2 รับซื้อเศษยางพาราซึ่งเป็นอาชีพที่ผู้ป่วยทำก่อนเป็นอัมพาตท่อนล่าง แต่ลดขนาดลงโดยมีผู้ช่วยเหลือ 2 คน ทำงานเกษตรกรรม 2 คน โดย รายที่ 1 เป็นผู้หญิงเดิมรับราชการครู หลังเป็นอัมพาตท่อนล่างได้เรียนรู้วิธีการเพาะเชื้อเห็ดฟางขาย ซึ่งเป็นงานที่มีรายได้ดีส่งขายทั่วภาคใต้ อีกราย เป็นนักศึกษาก่อนเป็นอัมพาตท่อนล่าง หลังบาดเจ็บให้บิดากู้เงินสหกรณ์ของหมู่บ้านสร้างโรงเรือนเพาะเห็ดฟางส่งขายในตลาด โดยจ้างผู้ช่วยเหลือ 1 คน อีกราย เป็นนักเรียนก่อนหนีจากการเล่นฟุตบอล เมื่อสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ก็สมัครเรียนต่อกับการศึกษานอกโรงเรียนจนจบ ประถมศึกษาปีที่ 6 หลังจากนั้นก็สมัครฝึกอาชีพช่างไฟฟ้า กับศูนย์ฝึกอาชีพผู้พิการที่จังหวัดนครศรีธรรมราช และเปิดร้านซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้าน ส่วนอีกรายขับรถมอเตอร์ไซรับจ้าง หลังเป็นอัมพาตท่อนล่างได้เรียนรู้วิธีการแกะตัวหนังตะลุงขายจากญาติ และรับแกะตัวหนังตะลุงส่งขายที่จังหวัดพัทลุงและอำเภอหาดใหญ่ ส่วนรายสุดท้ายเดิมรับราชการตำรวจ หลังเป็นอัมพาตท่อนล่างเกิดภาวะแทรกซ้อนมากใช้เวลารักษานานจึงลาออก และมาเช่าที่เชือดไก่ส่งขายในตลาดตอนเช้า และย่างไก่ขายช่วงเย็น โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ซึ่งเป็นงานที่ทำรายได้ดีพอสมควร

จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเนื่องจาก รายได้ เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น การมีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยเหมาะสมและปลอดภัย สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลาง ความเจ็บป่วยได้ดี เมื่อเจ็บป่วยการมีรายได้เป็นของตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยก่อให้เกิดความรู้สึกว่า ไม่เป็นภาระของใคร มีความเป็นอิสระในตนเองสามารถช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่นได้ มีโอกาสแสวงหา สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างเจ็บป่วยได้ (จันทร์จิรา, 2544; นวลจันทร์, 2544; วราณี, ซอลดา, และเพลินพิศ, 2544) ดัชนีการศึกษาของเคลตัน และชูปอน (Clayton & Chubon, 1994) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไขสันหลังบาดเจ็บ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ โดยผู้ที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับที่เคราส์และคณะ (Krause et al, 2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ เชื้อชาติ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บในผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล พื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังบาดเจ็บที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยจากไขสันหลัง ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ ซึมเศร้า โดยผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 ดอลลาร์ มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นความทุกข์ทรมาน ด้านจิตใจสูงถึง ร้อยละ 32.4 มากกว่าผู้ที่มีรายได้ ระหว่าง 15,000-24,999 ดอลลาร์ ระหว่าง 25,999-49,999 ดอลลาร์ ระหว่าง 50,999-74,999 ดอลลาร์ (ร้อยละ 25.0, ร้อยละ 18.6, และ ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 6) แสดงว่าผู้ที่มีภาวะ สุขภาพปกติมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนหรือเจ็บป่วย ซึ่งผลการศึกษา ครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย อัมพาตท่อนล่าง ซึ่งให้เห็นว่าระดับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานเนื่องจากการ ที่บุคคลจะใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้นจะต้องมีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจ อารมณ์ที่ เข้มแข็ง และมีสังคมที่ดี (สุชาติ, 2526 อ้างตามวรรณีและคณะ, 2538) การที่ต้องมาเป็นผู้พิการ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างได้ ย่อมเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความทุกข์ทรมานต่อบุคคลผู้นั้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม (สุจิตรา, 2537) เช่นเดียวกับ

การศึกษาของโพสท์และคณะ (Post et al, 1998) ที่ศึกษาตัวทำนายภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ และพบว่า ความทุกข์ทรมานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และคล้ายคลึงกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บจากอุบัติเหตุของเวสต์กรีนและลีวี (Westgren & Levi, 1998) ที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น มีความปวดจากการสร้างเนื้อเยื่อประสาท มีการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ และการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ มีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพน้อย และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความทุกข์ทรมานดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างของวรรณิและคณะ (2538) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีค่าสำคัญต่อชีวิตมากเป็นอันดับแรกคือ การมีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งวรรณิและคณะ (2538) ได้อธิบายว่าการมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต

อย่างไรก็ตามการศึกษากาภาวะสุขภาพรายข้อพบว่าร้อยละ 80 การสูญเสียความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองและ/หรือคู่ครองได้ปกติ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับผลการประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศหรือคู่ครองได้ปกติ ที่อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 28.8 เนื่องจากร้อยละ 46.3 ไม่มีความทุกข์ทรมานเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองและคู่ครองได้ปกติ แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ตามสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 42.8 ไม่มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนี้ ส่วนอีกร้อยละ 33.3 มีความทุกข์ทรมานในเรื่องนี้มาก เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เป็นวัยที่มีความต้องการทางเพศสูงกว่าวัยอื่น ๆ แต่ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ยังไม่ค่อยมีใครกล้าหยิบยกมาพูดกันอย่างเปิดเผย เนื่องจากยังมีความอายกันอยู่มาก ความรู้สึกและความต้องการเรื่องเพศจึงถูกเก็บกด ไม่กล้าเปิดเผยหรือซักถามจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนั้นผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าตนเองไม่มีโอกาสที่จะได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ (กิ่งแก้ว, 2543; เนตรนภา, 2541) ซึ่งกลายเป็นปัญหาสำคัญในชีวิตสมรสที่ทำให้เกิดการหย่าร้างกันขึ้นในภายหลัง นอกจากนั้นการมีระยะเวลาเป็นอัมพาตที่นานก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานในเรื่องนี้น้อย เนื่องจากสามารถทำใจให้ยอมรับสภาพได้

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรอื่นกับความทุกข์ทรมานจากผลการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย

อัมพาตท่อนล่างว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = -0.221$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = -0.389$, $r = -0.362$ ตามลำดับ) กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = -0.250$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = -0.345$, $r = -0.334$) กล่าวคือ ผู้ที่มีอาชีพที่ใช้กำลังสมองหรือใช้ความคิดมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายหรือแรงกาย การศึกษายังพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.160$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r = -0.308$, $r = -0.251$) กล่าวคือ ผู้ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่นาน มีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อย ศาสนายังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = -0.278$) กล่าวคือ การนับถือศาสนามีผลทำให้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดต่ำลง ส่วนสถานภาพสมรส และคุณภาพการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตสังคม และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุปก็คือ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ซึ่งก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาที่ผ่านมา เช่น จากการศึกษา ของพุทท์กี (Putzke, 2002) ที่ศึกษาตัวทำนายนัยความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ พบว่าผู้ที่ใช้ชีวิตกับการเป็นอัมพาตท่อนล่าง 1 ปี มีความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่าผู้ที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง 2 ปี และจากการศึกษาของเคราส์และคณะ (Krause et al., 2000) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบสูงกับภาวะซึมเศร้า ส่วนศาสนา สถานภาพสมรส และคุณภาพการดูแล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ