

# Follow-up Questionnaire in Spinal Cord Injury Patient

Seitsathien S, MD

Ing-Aram R, MD

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Pramongkutklao Hospital.

Seitsathien S, Ing-Aram R. Follow-up questionnaires in spinal cord injury patient. J Thai Rehabil 1994;4(2): 7-14

**Abstract** To study the return to consultation, complication, vocational, sexual behavior, status and psychological status in spinal cord injury patient after discharged from Rehabilitation ward, Pramongkutklao hospital. Of 81 questionnaires sent out, 52 (64.2%) returned. One half lost of contact more than 6 months and had higher rate of complication. Forty percent returned to work, 13.46% satisfied after sexual contact and 92.4% still remained in status. The openions to improve the rehabilitation programs.

**บทคัดย่อ** จากการศึกษาปัญหาการกลับมารับการตรวจรักษาตามนัดภาวะแทรกซ้อน อาชีพ ความสัมพันธ์ทางเพศ การหย่าร้าง และสภาพจิตใจของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยวิธีส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอายุเกิน 15 ปี ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในระหว่างเดือนตุลาคม 2531 ถึง กรกฎาคม 2534 จากผู้ตอบแบบสอบถาม 52 ราย (64.2%) ภูมิสำเนากระจายในทุกภาค และเป็นอัมพาตในระดับต่าง ๆ กัน พบว่าจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน 6 เดือน และอัตราการพบภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นในกลุ่มนี้ 40% ยังคงมีอาชีพ 13.46% ได้รับความพอใจหลังมีความสัมพันธ์ทางเพศ 92.4% ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพสมรส นอกจากนั้น ยังได้รวบรวมความคิดเห็นความรู้สึกของผู้ป่วยและเสนอแนะแนวทางปรับปรุงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังต่อไป

## บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของหลาย ๆ ระบบในร่างกาย ซึ่งอาจไม่มีการฟื้นตัวหรือฟื้นตัวได้บ้างในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ(1) และจากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งใน และต่างประเทศ พบว่า อายุผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน(2,3) ทำให้การบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นภัยอันตรายที่รุนแรงที่สุดอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อาชีพ เศรษฐฐานะ ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถแก้ไข

ปัญหาเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง หลายการศึกษาในต่างประเทศได้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นอีก ขาดอาชีพขาดรายได้ มีปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศ และมีอุปสรรคในการเข้าสู่สังคมในเปอร์เซ็นต์สูง(4,5) แต่ยังไม่มีการศึกษานี้ในประเทศไทย ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ หลัง

จากผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาลแล้ว โดยครอบคลุมเฉพาะด้าน

- อุปสรรคในการกลับมาตรวจรักษาตามนัด
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- อาชีพ
- ความสัมพันธ์ทางเพศ และการหย่าร้าง
- สภาพจิตใจ และความรู้สึกของผู้ป่วย

เพื่อหาจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหา สาเหตุ และวิเคราะห์หาแนวทางปรับปรุงงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังต่อไป

**วิธีการศึกษา**

1. สร้างแบบสอบถามชนิดกึ่งปรนัย (มีคำตอบให้เลือก และอนุญาตให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้) ขึ้นทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่กำลังนอนรักษาตัวเป็นครั้งที่ 2 ที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู แล้วปรับปรุงแบบสอบถามให้กะทัดรัด และเข้าใจง่ายขึ้น

2. ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งอายุเกิน 15 ปีทุกราย ที่เข้ารับการรักษาที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนตุลาคม 2531 ถึงเดือน กรกฎาคม 2534 แล้วรวบรวมนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลดิบ และอัตราร้อยละของประชากร

**ผลการศึกษา**

จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์ทั้งสิ้น 81 ราย มีผู้ตอบแบบสอบถาม 52 ราย คิดเป็น 64.2%

- เป็นเพศชาย 47 ราย หญิง 5 ราย
- อายุต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 77 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี อายุเฉลี่ย 32 ปี
- สภาพสมรส โสด 18 ราย คู่ 31 ราย หม้าย 3 ราย
- มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ 21 ราย จังหวัดอื่นในภาคกลาง 7 ราย ภาคตะวันออก 7 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 ราย ภาคเหนือ 7 ราย และภาคใต้ 2 ราย

การศึกษา ไม่เกินระดับ ป.7 17 ราย ระดับ ม.ศ.3 หรือเทียบเท่า 6 ราย ระดับ ม.ศ.5 หรือเทียบเท่า 20 ราย ระดับปริญญาตรีขึ้นไป 9 ราย

- สาเหตุของการบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากรถ 27 ราย ตกจากที่สูง 10 ราย ถูกยิง หรือถูกระเบิด 10 ราย ถูกตีกระแทกที่หลังโดยตรง 4 ราย ถูกแทง 1 ราย

- ระยะเวลาของการบาดเจ็บ ต่ำสุด 4 เดือน สูงสุด 120 เดือน เฉลี่ย 23 เดือน

- ระดับของอัมพาต มีทั้งอัมพาตระดับคอ (cervical) ระดับทรวงอก (thoracic) ระดับเอว (lumbar) และอัมพาตที่ ขา 2 ข้าง จากการทำลายของกลุ่มรากประสาทสันหลัง (cauda equina syndrome) ดังตารางที่ 1

- 94.2% อาศัยอยู่กับครอบครัว 5.8% อาศัยอยู่กับเพื่อน

- ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเพียง 26 ราย (50%) กลับมาตรวจรักษาตามนัดครั้งสุดท้ายภายในเวลา 6 เดือน แยกตามระดับของอัมพาตได้ตามตารางที่ 1 กลุ่มที่กลับมาตรวจน้อยที่สุด คือ อัมพาตระดับคอ (cervical) 28.6% มีผู้ป่วยที่ไปรักษาที่หมอนวด หมอน้ำมัน หรือผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ 21 ราย (40.4%) โดย 9 ราย มาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลด้วย และ 12 ราย ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาล

- สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจรักษาตามนัด
- |   |       |
|---|-------|
| 1. ปัญหาการเดินทาง (บ้านไกล ไม่สะดวก)*                                    | 50.0% |
| 2. ค่าใช้จ่าย (ไม่มีเงิน)*  | 40.4% |
| 3. ขาดความเข้าใจ (โรงพยาบาลรักษาอัมพาตไม่หาย, ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น)* | 13.4% |
| 4. ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน (คิดว่าโรงพยาบาลใกล้บ้านพอช่วยได้)*      | 3.8%  |

- ภาวะแทรกซ้อนจากการประเินด้วยตัวผู้ป่วยเอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลนานเกิน 6 เดือน มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า กลุ่มที่กลับมาตรวจรักษาภายในเวลาดังกล่าว ตามตารางที่ 2

**หมายเหตุ ( )** หมายถึง คำตอบที่ใช้ในแบบสอบถาม

- อาชีพ

หลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วย 40% (21 ใน 52 ราย) ยังคงมีอาชีพ เกือบทุกรายทำอาชีพเดิม แต่มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ มีเพียง 2 ราย ได้รับการฝึกอาชีพใหม่ โดย 1 รายเข้าทำงานแล้ว กลุ่มที่คงอาชีพไว้ได้ ได้แก่ ข้าราชการ กิจการส่วนตัว งานรับจ้างที่ต้องใช้ความชำนาญพิเศษ ส่วนกลุ่มใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา ยังคงไม่มีอาชีพหลังการบาดเจ็บดังตารางที่ 3

ในกลุ่มว่างงาน 31 ราย 16 ราย บอกว่าสภาพร่างกายตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทั้งที่ 7 ราย ในจำนวนนี้เป็นอัมพาตในระดับต่ำกว่า T<sub>6</sub> และ cauda equina ส่วนอีก 9 ราย เป็นอัมพาตในระดับคอ ในด้านรายได้พบว่า 2 ใน 31 รายนี้ มีรายได้ของตนเอง คือได้เงินทดแทนหลังปลดพิการจากราชการทหาร 1 ราย และมีรายได้จากดอกเบียเงินฝาก

- สภาพสมรส

เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีการจดทะเบียนสมรส ดังนั้นสภาพสมรสในการศึกษานี้จึงหมายถึง การอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวในทางพฤตินัย ซึ่งตัวผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเองว่า สภาพความสัมพันธ์ในขณะนี้ จัดอยู่ในกลุ่มใด พบว่า 94.2% ของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพสมรส โดย 84.5% ของกลุ่มนี้ยังคงพักอาศัยในบ้านเดียวกันเหมือนเดิม โดยคู่สมรส (ภรรยา) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและเป็นฝ่ายหารายได้ ในกรณีผู้ป่วยว่างงาน ส่วนอีก 9.7% ต้องแยกบ้านอาศัย เนื่องจากความจำเป็นในการประกอบอาชีพ

มีผู้ป่วยเพียง 3 ราย (9.7%) ประเมินว่ามีการหย่าร้าง เนื่องจากคู่สมรสหนีหาย ขาดการติดต่อ

- ความสัมพันธ์ทางเพศ

มีผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางเพศหลังการบาดเจ็บแล้ว จำนวน 25% ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนสูงสุดที่ระดับ T<sub>1</sub>-T<sub>5</sub> จำนวนต่ำสุดที่ระดับ C และกลุ่มผู้ป่วยระดับ T<sub>6</sub>-T<sub>10</sub> ไม่มีรายใดได้รับความพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังตารางที่ 4

ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางเพศหลังการบาดเจ็บทุกราย เป็นผู้ที่แต่งงานแล้ว ส่วนผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ 54.3% ให้เหตุผลว่ายังไม่มีความต้องการ 34.3% กลัวเป็นอันตราย กลัวไม่สำเร็จ หรือกลัวถูกปฏิเสธ 11.4% ไม่มีโอกาสที่จะแสดงออก เนื่องจากเป็นโสด และเพียง 19.2% ของผู้ป่วยทั้งหมดบอกว่าต้องการคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์

- สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหามากในขณะนี้ ได้แก่

เป็นภาระของครอบครัว	28 ราย
ขาดรายได้	27 ราย
หมดทางก้าวหน้าในอาชีพ	20 ราย
ปัญหาทางด้านร่างกาย	15 ราย
สมรรถภาพทางเพศ	15 ราย
ขาดคนดูแล	12 ราย
ช่วยตัวเองไม่ได้	11 ราย

- ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วย

ส่วนท้ายของแบบสอบถาม ได้เปิดกว้างให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระพบว่า ผู้ป่วย 8 ราย ตีใจมากที่ได้รับการติดต่อจากโรงพยาบาล 7 ราย เขียนให้กำลังใจผู้ป่วยอื่นให้ต่อสู้ยาได้ ท้อแท้สิ้นหวัง 2 ราย กำลังท้อแท้อย่างมาก มองไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง 10 ราย บอกว่าต้องการกำลังใจจากเพื่อน จากญาติ และแพทย์ผู้รักษา อย่างมาก ต้องการให้โรงพยาบาลเน้นเรื่องของจิตใจมากขึ้น และรู้สึกพอใจมากกับการที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้จัดให้มีการประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ โดยมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ประสานงาน นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องการให้หน่วยงานให้ หรืออย่างน้อยก็แนะนำการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อที่จะได้ไม่เบื่อ ไม่คิดมาก และต้องการให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อกันเองบ้างหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว

ตารางที่ 1. การตรวจและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บไขสันหลัง ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระดับของอัมพาต	จำนวนรวม	การตรวจรักษาครั้งสุดท้ายที่กองเวชศาสตร์			อักษากับหมอนวดหมอน้ำมัน ๑๒๑
		ภายใน ๖ เดือน	เกิน ๖ เดือน	ไม่เคยมาตรวจ	
C	14	4 (28.6)	4	6	4
T <sub>1</sub> -T <sub>5</sub>	6	4 (66.7)	1	1	3
T <sub>6</sub> -T <sub>10</sub>	14	8 (57.1)	2	4	5
T <sub>11</sub> -L <sub>1</sub>	6	4 (66.7)	0	2	2
cauda equina	12	6 (50.0)	3	3	7
รวม	52	26*	10	16**	21

อัมพาตระดับคอ (C) 14 ราย ระดับทรวงอก (T) 26 ราย และระดับ cauda-equina 12 ราย มีผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาภายใน 6 เดือน 26 ราย กลับมาตรวจเกิน 6 เดือน 10 ราย ไม่เคยมาตรวจภายหลังจากจำหน่าย 16 ราย และไปรักษาที่หมอนวด หมอน้ำมัน 21 ราย ผู้ป่วยอัมพาตระดับคอ (C) ที่ติดตามการรักษาภายใน 6 เดือน มี 4 ราย (28.6%) ระดับทรวงอก T<sub>1</sub>-T<sub>5</sub> 4 ราย (66.7%) ระดับทรวงอก T<sub>6</sub>-T<sub>10</sub> 8 ราย (57.1%) ระดับทรวงอก T<sub>11</sub>-L<sub>1</sub> 4 ราย (66.7%) และระดับ cauda equina 6 ราย (50.0%)

หมายเหตุ

- ( ) ร้อยละ ของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับของอัมพาต
- \* รวมผู้ป่วย 4 ราย ที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน 6 เดือน
- \*\* ผู้ป่วย 5 ราย ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
1. เจ็บปวดร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต	45.5	61.5
2. เกร็งมากจนขยับตัวลำบาก	31.8	58.9
3. แผลกดทับ	18.2	57.7
4. บั๊ตสภาวะชุน และมีไข้	22.7	46.2
5. อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร	18.2	31.8
6. ช็อคติดยึด	4.6	15.4

ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ 2 พบจำนวนผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละมากกว่าในกลุ่มที่ 1 ตามลำดับดังนี้ อาการเจ็บปวดร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต 61.5% อาการเกร็งมากจนขยับตัวลำบาก 58.9% แผลกดทับ 57.7% บั๊ตสภาวะชุน และมีไข้ 46.2% อ่อนเพลียและเบื่ออาหาร 31.8% และช็อคติดยึด 15.4%

หมายเหตุ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่มาตรวจครั้งสุดท้ายในเวลาไม่เกิน 6 เดือน  
 กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน 6 เดือน

ตารางที่ 3. อาชีพก่อนและหลังบาดเจ็บ

อาชีพ	ก่อนการบาดเจ็บ (อายุ)	หลังการบาดเจ็บ(อายุ)		
		คงอาชีพเดิม	เปลี่ยนอาชีพ	ว่างงาน
รับราชการ**	15	12	2	1
รับจ้าง : ใช้ความชำนาญพิเศษ**	5	3	-	2
รับจ้าง : ใช้แรงงาน	13	-	-	13
กิจการส่วนตัว	4	3	-	1
ทำนา ทำไร่	7	-	-	7
นักเรียน	5	-	-	5
แม่บ้าน	2	-	-	2
เกษียณ	1	1	-	-
รวม	52	19	2	31*

อาชีพรับราชการก่อนการบาดเจ็บ 15 ราย คงอาชีพเดิม 12 ราย เปลี่ยนอาชีพ 2 ราย และว่างงาน 1 ราย อาชีพรับจ้าง: ใช้ความชำนาญพิเศษ 5 ราย คงอาชีพเดิม 3 ราย และว่างงาน 2 ราย กิจการส่วนตัว 4 ราย คงอาชีพเดิม 3 ราย และว่างงาน 1 ราย ส่วนอาชีพรับจ้างใช้แรงงาน ทำนา ทำไร่ นักเรียนและแม่บ้าน ยังคงว่างงานหลังการบาดเจ็บ

หมายเหตุ

\* ผู้ป่วยรับราชการทหาร ถูกปลดทหาร 3 ราย ในจำนวนนี้ 1 รายมีกอาชีพและเข้าทำงานแล้ว 1 ราย กำลังเป็นนักศึกษาฝึกอาชีพ 1 ราย ว่างงาน

\*\* รับจ้าง : ใช้ความชำนาญพิเศษ หมายถึง งานซึ่งไม่ได้อาศัยแรงงานเป็นหลัก ได้แก่ ทัศนศึกษา โปรแกรมเมอร์ ผู้จัดการบริษัท งานฝีมือ

**วิจารณ์**

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 ถึง 39 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน เริ่มสร้างครอบครัวและฐานะ ดังนั้นเมื่อเป็นอัมพาตจึงมีผลกระทบต่อรายได้ และความเป็นอยู่ของครอบครัวและสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก

การกลับมาตรวจรักษาเป็นระยะ ๆ โดยสม่ำเสมอมีความสำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในการศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ระยะเวลา 6 เดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ควรตรวจการทำงานของระบบขับถ่ายปัสสาวะอีกครั้ง และพบว่าผู้ป่วย 2 กลุ่ม มีจำนวนการรายงานภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่างกันอย่างชัดเจน เนื่องจากการกลับมาตรวจ

เป็นระยะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและการรักษาทำให้ปัญหาเบาบางลง อุปสรรคสำคัญ คือ การเดินทางและค่าใช้จ่าย ควรจะแก้ไขได้โดยส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกและลดค่าใช้จ่าย และต้องเตรียมความพร้อมของแพทย์ และบุคลากรอื่นในท้องถิ่นให้สามารถช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชน (Community-Based Rehabilitation, CBR) น่าจะช่วยได้มาก ปัญหาของการขาดความเข้าใจต้องแก้ไขโดยเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล และควรมีการติดต่อส่งข่าวสารเป็นระยะ ซึ่งนอกจากเป็น

ตารางที่ 4. จำนวนผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางเพศหลังการบาดเจ็บ จำแนกตามระดับของอัมพาต (N = 52)

ระดับของอัมพาต (จำนวน)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	มีความสัมพันธ์ทางเพศ		ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ
	พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ	
C (14 ราย)	8.3	-	91.7
T <sub>1</sub> -T <sub>5</sub> (6 ราย)	33.3	16.2	50.5
T <sub>6</sub> -T <sub>10</sub> (14 ราย)	-	14.3	85.7
T <sub>11</sub> -L <sub>1</sub> (6 ราย)	16.2	-	83.8
cauda equina (12 ราย)	16.2	25.0	58.8
ค่าเฉลี่ยของทุกระดับ	13.5	11.5	75.0

ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางเพศของทุกระดับ 25% เป็นผู้ป่วยอัมพาตระดับคอ (C) มีความพึงพอใจทุกราย (8.3%) ระดับ T<sub>1</sub>-T<sub>5</sub> พึงพอใจ 33.3% ไม่พึงพอใจ 16.2% ระดับ T<sub>6</sub>-T<sub>10</sub> ทั้งหมดไม่พึงพอใจ ระดับ T<sub>11</sub>-L<sub>1</sub> พึงพอใจทุกคน (16.2%) และระดับ cauda equina พึงพอใจ 16.2% ไม่พึงพอใจ 25.0% ส่วนที่เหลืออีก 75% ของผู้ป่วยทุกระดับของอัมพาต ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ

การเน้นและทบทวนความเข้าใจแล้ว ยังจะได้ประโยชน์ในการเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วย

เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเน้นรับผู้ป่วยทหารเป็นสำคัญ ทำให้กลุ่มอาชีพรับราชการมีจำนวนสูงสุด และอาจเป็นเหตุให้จำนวนผู้มีอาชีพหลังการบาดเจ็บสูงขึ้นกว่าที่เคยมีรายงานการศึกษาไว้ในประเทศญี่ปุ่น(4) และประเทศอังกฤษ(5) แต่อย่างไรก็ตามจำนวนว่างงานยังสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มรับจ้างแรงงาน ทำไร่นา แสดงถึงปัญหาในการฝึกอาชีพใหม่ให้ผู้ป่วยยังทำได้น้อยและไม่สัมฤทธิ์ผล แม้จะได้มีการพูดคุยเสนอแนะแนวทางให้แก่ผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสนใจต่อปัญหาอาชีพน้อยในระยะแรก เมื่อพิจารณาพร้อมกับความคิดเห็นจากผู้ป่วย พบว่าหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเห็นว่าเรื่องอาชีพและรายได้เป็นปัญหาที่สำคัญมากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นเวลาที่เหมาะสมใน

การแนะนำการฝึกอาชีพอีกครั้ง ซึ่งต้องประสานงานกับประชาสงเคราะห์จังหวัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งส่งเสริมให้มีการจ้างคนพิการเข้าทำงานนั้น อาจช่วยได้บ้าง แต่ในประเศญี่ปุ่นซึ่งมีกฎหมายนี้ใช้แล้ว ก็ยังพบว่าเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยอัมพาตระดับสูง ๆ ที่จะได้ทำงาน เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง แรงจูงใจในการทำงาน และความพร้อมของสถานที่ทำงาน(4) ดังนั้นการฝึกอาชีพที่ผู้ป่วยสามารถทำที่บ้านได้น่าจะเหมาะสมกว่าและแม้แต่การทำงานที่ไม่ถึงกับหวังผลในแง่รายได้ ก็ยังมีผลดีต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

94.2% ของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว แสดงว่าครอบครัวยังเป็นสถาบันหลักที่เร่าต้องเน้นการให้ความรู้คำแนะนำ เพื่อให้เป็นผู้ช่วยหรือผู้ชักนำผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องด้วย

ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยจำนวนสูงถึง 75% ไม่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศ หลังได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากกลัวเป็นอันตราย กลัวไม่สำเร็จ กลัวถูกปฏิเสธ ไม่มีโอกาสที่จะแสดงออก หรือยังไม่มีความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นเหตุผลเดียวกับที่เคยมีการศึกษาไว้(6,7) และยังพบว่าผู้ป่วยเพียง 13.5% เท่านั้นที่ได้รับ ความพึงพอใจเลยที่ระดับ T6-T10 ซึ่งแสดงว่าระดับของ อัมพาตไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จ ในการมีความสัมพันธ์ทางเพศหรือไม่ แม้ว่าถ้า พิจารณาถึงการทำงานของระบบประสาทแล้ว ผู้ที่บาดเจ็บ ไขสันหลังระดับสูงกว่าระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุม การทำงานของอวัยวะเพศ และเป็นการบาดเจ็บแบบไม่ สมบูรณ์ยังมีการนำกระแสประสาทจากสมองผ่านลงมา ได้บ้าง จะเป็นกลุ่มที่มีการทำงานของอวัยวะเพศดีกว่า(1)

! มีผู้เชื่อว่า คนพิการมีความรู้สึกทางเพศเหมือนปกติ แต่มีปัญหามากกว่าปกติในการแสดงออก(6) และความ บกพร่องของความสามารถในการแสดงออกทางเพศจะมีผลเสียต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และอาชีพของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่มีความพิการ ทางร่างกาย(7) ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังก็จัดอยู่ในกลุ่ม นี้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงคิดว่าควรเน้นการรักษาทางเวชศาสตร์ ฟื้นฟู สำหรับปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศเพิ่มขึ้นกว่าเดิม แม้ว่าความสนใจของผู้ป่วยที่แสดงออกต่อปัญหานี้จะน้อย เพียงแค่ 19.2% เท่านั้น เนื่องจากชนบรรมนิยมวัฒนธรรม ของไทยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่แสดง ความคิดเห็นนั้นน้อยกว่าที่เป็นจริง

สุดท้ายในแง่ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยต้องการความใส่ใจ กำลังใจ และเพื่อนที่ เข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของตน ซึ่งการประชุมกลุ่ม ของผู้ป่วยที่ทางกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้จัดให้มีเป็น ประ จำทุกสัปดาห์นั้นเป็นจุดที่ผู้ป่วยพอใจ นอกจากนี้ยังมี ชาวสวนที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้พิการ รวมถึงชมรม สมาคมต่าง ๆ อยู่แล้ว ซึ่งควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ ผู้ป่วยได้ทราบมากขึ้นกว่านี้ก็จะประโยชน์ต่อผู้ป่วย

รวมถึงการที่มีผู้พิการในลักษณะเดียวกัน แต่ประสบความสำเร็จมาพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นระยะก็เป็นจุดที่ จะช่วยผู้ป่วยได้มากด้วย

**สรุปผล**

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงภาพรวมอย่างกว้าง ๆ ของ ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อาชีพ และครอบครัวของ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แล้ว และเสนอแนะแนวทางปรับปรุงที่เป็นไปได้ใน ส่วน ของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรง พยาบาลเป็นจุดเริ่มที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ การ ปรับตัวให้มีการสูญเสียความสามารถในการทำงานน้อย ที่สุด มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดสำหรับระดับความพิการของ ผู้ป่วย การเรียนรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเหล่านี้จำเป็นต้อง อยู่ตลอดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการติดตามการรักษา เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอกับผู้ที่มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ ฟื้นฟูเพียงพอ รวมถึงการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการให้โอกาสจากครอบครัวและสังคมรอบข้างด้วย

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ พ.อ.หญิง เพ็ญฟ้า คุณาธร หัวหน้ากองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่อนุญาตและให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้ พ.ท.โกวิท ธีรเนตร ที่ขัดเกลาแบบสอบถามและให้คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์

**เอกสารอ้างอิง**

1. Staas WE, Formal CS, Gershkoff AM, et al. Rehabilitation of the spinal cord-injured patient. In : Delisa JA. Rehabilitation Medicine principles and practice. Philadelphia : JB Lippincott, 1988 : 635-59.
2. Freed MM. Traumatic and Congenital lesions of the spinal cord. In : Kottke FJ, Lehman JF. Krusen's Handbok of Physical Medicine and Rehabilitation. 4th ed. Philadelphia : WB Saunders, 1990 : 717-48.
3. อภิขินา ไชวินชะ. บาดเจ็บไขสันหลัง ในโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ : การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี. เชียงใหม่เวชสาร 2525; 42(2) : 179-85.

- 4. Nakajima A, Honda S. Physical and Social condition of rehabilitated spinal cord injury in Japan : A Long-term review. Paraplegia 26 : 165-76.
- 5. Sutton RA, Bentley M, Castree B, et al. Review of the Social situation of paraplegic and tetraplegic patients rehabilitated in The Hexham Regional Spinal Injury Unit in the North of England over the past four years. Paraplegia 20 : 71-79.
- 6. Freedman GR. Sexuality in the young, the elderly & in Handicap. In : Library of General Medicine. Sexual Medicine. London : Churchill Livingstone, 1983; 6 : 134-38.
- 7. Anderson FS. Psychosexual issues in rehabilitation. In : Goodgold J. Rehabilitation Medicine. St Louis : CV Mosby, 1988 : 951-61.

ด้วยขงน้มนทนาการ

จาก

บริษัท ออร์กานอน (ประเทศไทย) จำกัด

ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์

**Andriol**

Testosterone undecanoate 40 mg.

**Tolvon**

Mianserine HCl 10,30 mg.

