

ຜົນໄດ້ຮັບຂອງຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາລະດັບຄວາມຮຸນແຮງຂອງຄວາມເຈັບປວດ ລະຫວ່າງຄົນເຈັບລາວ ແລະ ທ່ານໝໍທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ

ພອນເທວາ ພະສະຫວັດ ¹, ເນັງຢາງ ວັງກູ ¹, ມາກ ກອກບີແອ ², ດານຽນ ແຮງນາກ ^{1,3 *}

1. ສະຖາບັນການແພດເຂດຮ້ອນທີ່ໃຊ້ພາສາຝລັ່ງ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
2. ມະຫາວິທະຍາໄລເຊີນູກ, ເກເບັກ, ປະເທດ ການາດາ
3. ມະຫາວິທະຍາໄລລາວານ, ເກເບັກ, ປະເທດ ການາດາ

ໄດ້ຮັບຕົ້ນສະບັບ ທີ 02 ຕຸລາ 2012, ໄດ້ຮັບບົດທີ່ກວດແກ້ຄືນ ທີ 3 ພະຈິກ 2012, ເຫັນດີໃຫ້ຈັດພິມ 20 ພະຈິກ 2012

ເຫດຜົນ ແລະ ຄວາມສໍາຄັນ: ທີ່ຜ່ານມາ ຍັງບໍ່ມີການຄົ້ນຄວ້າໃດທີ່ສຶກສາກ່ຽວກັບຄວາມແມ່ນຢຳຂອງຜົນໄດ້ຮັບ ຈາກການປະເມີນຕີລາຄາຂອງທ່ານໝໍ ກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມຮຸນແຮງຂອງຄວາມເຈັບປວດ ທີ່ຄົນເຈັບບອກເລົ່າ.

ວິທີການຄົ້ນຄວ້າ: ແບບຟອມສອບຖາມກ່ຽວກັບຄວາມເຈັບປວດຂອງ McGill ໄດ້ຖືກທົບສອບ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ກັບ ຄົນເຈັບລາວ. ຕໍ່ມາສະບັບທີ່ຖືກທົດສອບແລ້ວ ໄດ້ຖືກທົດສອບກັບຄົນເຈັບໃໝ່ທັງໝົດ 180 ຄົນ ລວມທັງທ່ານໝໍທີ່ກວດຄົນເຈັບດັ່ງກ່າວ ຈຳນວນ 88 ຄົນ. ຫຼັງຈາກນັ້ນ ຄົນເຈັບກໍໄດ້ຖືກປະເມີນຄືນອີກ ໃນສອງອາທິດຕໍ່ມາ ດ້ວຍແບບຟອມສອບຖາມດຽວກັນ.

ຜົນຂອງການຄົ້ນຄວ້າ: ການປະເມີນຕີລາຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ ໂດຍທ່ານໝໍ (ຈາກການບອກເລົ່າຂອງຄົນເຈັບ) ແມ່ນມີຄວາມສໍາພັນກັບການຫາຍຈາກອາການເຈັບປວດທີ່ເປັນອຸປະສັກໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຈາກການວິເຄາະໃນ Logistic regression model ພົບວ່າ ມີສາມປັດໃຈທີ່ພົວພັນກັບ ຄວາມສອດຄ່ອງລະຫວ່າງ ການຕີລາຄາປະເມີນລະດັບຄວາມເຈັບປວດຂອງທ່ານໝໍ ແລະ ລະດັບຄວາມເຈັບປວດທີ່ຄົນເຈັບບອກເລົ່າ ເຊິ່ງໄດ້ແກ່: ຊົນເຜົ່າ ແລະ ລະດັບການສຶກສາຂອງຄົນເຈັບ ແລະ ປີການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໝໍ.

ສະຫຼຸບ: ການອົບຮົມພະນັກງານແພດຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັກສາຄົນເຈັບ ໃນເລື່ອງການປະເມີນຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ ຄວນຖືເປັນປະເດັນທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ຄວນເອົາເຂົ້າໃນຫຼັກສູດການອົບຮົມທາງການແພດ.

* ຕິດຕໍ່ຜູ້ຂຽນ: ດານຽນ ແຮງນາກ, ໂທລະສັບ: 021-219346, ແຟັກ: 021-219346, ອີເມລ: daniel.reinharz@auf.org

ພາກສະເໜີ

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ການດູແລຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບໃນບັນດາປະເທດທີ່ມີລາຍຮັບປານກາງ ແລະ ລາຍຮັບຕ່ຳ ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບການເອົາໃຈໃສ່ຫລາຍເທົ່າທີ່ຄວນ ແລະ ລາຍງານກ່ຽວກັບບັນຫາດັ່ງກ່າວຍັງມີໜ້ອຍຢູ່ (Rudich *et al.*, 2008, Solomon, 2001). ອີກດ້ານໜຶ່ງ ການຮຽນ-ການສອນກ່ຽວກັບວິທີປະເມີນ ແລະ ປິ່ນປົວຄວາມເຈັບປວດ ໃນບັນດາປະເທດກຳລັງພັດທະນາ ກໍຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບຄວາມສົນໃຈຫລາຍປານໃດ ແລະ ຍັງມີລາຍງານກ່ຽວກັບຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຊອກຊື້ຢາແກ້ປວດທີ່ສຳຄັນບາງຢ່າງ (Rahman and Haq, 2010; Taylor, 2007; Size *et al.*, 2007). ລາຄາຢາ (Suh, 2011; De Lima *et al.*, 2004) ແລະ ການສະໜອງຢາ (Foster *et al.*, 2006) ຖືເປັນອຸປະສັກໃນການເຂົ້າເຖິງຢາແກ້ປວດ ແມ້ກະທັ້ງໃນສະຖານທີ່ເຊິ່ງຖືກອະນຸມັດໃຫ້ຊື້-ຂາຍ ຜະລິດຕະພັນຢາແກ້ປວດປະເພດຢາເສບຕິດຢ່າງຖືກກົດໝາຍ ກໍຍັງຫາຊື້ຢາດັ່ງກ່າວ ໄດ້ຍາກ (Taylor, 2007).

ຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ ສາມາດປະເມີນໄດ້ຈາກການບອກເລົ່າຂອງຄົນເຈັບເອງ ເຊິ່ງຂໍ້ມູນລະດັບຄວາມເຈັບປວດດັ່ງກ່າວ ຈະສົ່ງຜົນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈຂອງແພດໝໍສຳລັບການປິ່ນປົວດ້ວຍຢາແກ້ປວດ. ແຕ່ວ່າ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂີດຄວາມສາມາດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກ ໃນການປະເມີນລະດັບຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ ຍັງມີໜ້ອຍເກີນໄປ ໂດຍສະເພາະໃນບັນດາປະເທດທີ່ມີລາຍຮັບຕ່ຳ ແລະ ປານກາງ. ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວມີຄວາມສຳຄັນຢ່າງຍິ່ງ ສຳລັບໂຮງຮຽນແພດ ເພື່ອຍົກໃຫ້ເຫັນຄວາມສຳຄັນໃນການສຶດສອນການດູແລຄົນເຈັບທີ່ທໍລະມານຈາກຄວາມເຈັບປວດ.

ສປປ ລາວ ເປັນປະເທດທີ່ທຸກຍາກ ເຊິ່ງປະຈຸບັນຖືກຈັດຢູ່ໃນອັນດັບທີ 138 ໃນບັນດາ 187 ປະເທດ ອີງຕາມດັດສະນີການພັດທະນາມະນຸດ (Human Development Index ປີ 2011). ໃນປີ 2010 ລາຍຮັບແຫ່ງຊາດຕໍ່ຄົນ ຕໍ່ປີ ແມ່ນປະມານ 2,500 ໂດລາອາເມລິກາ ໃນນັ້ນເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງປະຊາກອນ ຍັງທຸກຈົນ (UNDP, 2010). ລະບົບການດູແລສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ ເປັນຂອງລັດ ແລະ ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຕ່າງປະເທດເປັນຫຼັກ. ເຖິງວ່າຈະມີການຂະຫຍາຍຕົວຢ່າງໄວວາທາງພາກເອກະຊົນ ແຕ່ວ່າປະຊາຊົນສ່ວນຫຼາຍຍັງບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຢາປິ່ນປົວພະຍາດໄດ້. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ໃນການປັບປຸງໃຫ້ດີຂຶ້ນດ້ວຍການຝຶກອົບຮົມ ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ

ດ້ານສາທາລະນະສຸກ ແລະ ດ້ວຍການໃຫ້ສິ່ງຈຸງໃຈແກ່ພະນັກງານທີ່ມີລາຍຮັບຕ່ຳ.

ເປັນທີ່ຍອມຮັບກັນຢ່າງກວ້າງຂວາງແລ້ວວ່າ ຄຸນນະພາບຂອງລະບົບການດູແລສຸຂະພາບ ໄດ້ຊື້ໃຫ້ເຫັນເຖິງບັນຫາການໃຫ້ບໍລິການຢ່າງທົ່ວເຖິງ ເຊິ່ງໃນນັ້ນອຸປະສັກທາງດ້ານເສດຖະກິດ ແລະ ພູມສັນຖານ ກໍເປັນສາເຫດທີ່ເຮັດໃຫ້ອັດຕາການນຳໃຊ້ສະຖານທີ່ບໍລິການທາງດ້ານສາທາລະນະສຸກຕ່ຳ (ຕົວຢ່າງ: ການຈົກຖົງຈ່າຍເອງມີເຖິງ 80% ຂອງການໃຊ້ຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວ ຢູ່ໂຮງໝໍ) (Syhakhang *et al.*, 2011; Thomé and Pholsena 2009). ພາວະທີ່ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຢາປິ່ນປົວ ແມ່ນເກີດມາຈາກການສະໜອງຢາບໍ່ພຽງພໍ, ຈາກລາຄາຢາທີ່ສູງ ແລະ ຢາທີ່ມີຢູ່ ກໍບໍ່ເໝາະສົມຕາມຄວາມຕ້ອງການ (Syhakhang *et al.*, 2011; Barennes *et al.*, 2010; Odermatt *et al.*, 2007). ຄວາມຂາດແຄນຂອງລະບົບການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ລາວ ສະແດງອອກ ໃນຕົວຊີ້ວັດດ້ານສາທາລະນະສຸກ ເຊິ່ງມີອັດຕາການຕາຍຂອງແມ່ທີ່ສູງເຖິງ 660 ຕໍ່ 100,000 ຄົນຂອງເດັກມີຊີວິດ (UNDP, 2010).

ສະພາວະດັ່ງກ່າວເຮັດໃຫ້ ສປປ ລາວ ເປັນກໍລະນີທີ່ໜ້າສົນໃຈ ໃນການສຶກສາກ່ຽວກັບຄວາມສາມາດໃນການ ຕິລາຄາຄວາມຮຸນແຮງຂອງຄວາມເຈັບປວດ ທີ່ບອກເລົ່າໂດຍຄົນເຈັບໃນສະຖານທີ່ບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບທົ່ວໄປຂອງລາວ.

ວິທີການຄົ້ນຄວ້າ

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ມີສອງບາດກ້າວ: ບາດກ້າວທຳອິດ ແມ່ນການທົດສອບ ເຄື່ອງມືວັດແທກຄວາມເຈັບປວດ ສະບັບພາສາລາວ (ແບບຟອມສອບຖາມຄວາມເຈັບປວດຂອງ McGill) ແລະ ບາດກ້າວທີສອງແມ່ນການສຶກສາແບບ Cohort.

ການທົດສອບເຄື່ອງມືວັດແທກຄວາມເຈັບປວດຂອງ McGill ສະບັບພາສາລາວ

ທຳອິດ ແບບຟອມສອບຖາມສະບັບພາສາຝຣັ່ງ ຂອງ SFMPQ (Boureau, 1992) ໄດ້ຖືກແປເປັນພາສາລາວ ໂດຍອີງໃສ່ສະບັບພາສາໄທ ທີ່ຖືກດັດແກ້ແລ້ວ (Kitisomprayoonkul, 2006) ເພາະວ່າພາສາລາວ ແລະ ພາສາໄທຄ້າຍຄືກັນ (Diller, 2005). ຈາກນັ້ນ ສະບັບພາສາລາວ ຖືກແປກັບມາເປັນພາສາ

ຝລັ່ງເພື່ອກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງດ້ານເນື້ອໃນ ແລ້ວຈຶ່ງໄດ້ສະບັບໃໝ່ເອີ້ນວ່າ P2MPQ. ສະບັບໃໝ່ ນີ້ໄດ້ຖືກທົດສອບກັບຄົນເຈັບ 5 ຄົນ ແລ້ວຈຶ່ງນຳມາປັບປຸງ ໄດ້ສະບັບທີ 3 P3MPQ ເຊິ່ງເປັນສະບັບທີ່ໜ້າເຊື່ອຖື ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມເງື່ອນໄຂ ແລະ ໂຄງສ້າງ ແລະ ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ກັບຄົນເຈັບຈຳນວນ 210 ຄົນ ເຊິ່ງຄົນເຈັບທີ່ຖືກສູ່ມເຂົ້າໃນການສຶກສາປະກອບມີ: ຄົນເຈັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີອາການເຈັບປວດຊຳເຮື້ອ (ຫຼາຍກວ່າສາມເດືອນ) ທີ່ເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ ຫຼື ເປັນຄົນເຈັບກວດເຂດນອກ ໃນສາມໂຮງໝໍສູນກາງ (ໂຮງໝໍມະຫາສິດ, ມິດຕະພາບ ແລະ ເສດຖາທິລາດ) ໃນລະຫວ່າງເດືອນມີນາ - ກໍລະກົດ 2009 (ຕາຕະລາງທີ 1). ຂະໜາດຕົວຢ່າງນີ້ ມີຈຳນວນເກີນ 150 ຄົນ ເຊິ່ງເປັນຈຳນວນທີ່ເໝາະສົມເພື່ອນຳໃຊ້ວິເຄາະແບບ (Factor analyses) ເຊິ່ງເປັນວິທີທີ່ໃຊ້ຫຼັກການແບບຫົວໄປ້ມື (The rule of thumb) ທີ່ເອົາຄົນເຈັບຈຳນວນ 10 ຄົນ ຕໍ່ 1 ຄຳຖາມ. ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາໄດ້ຕອບແບບສອບຖາມດ້ານເສດຖະກິດ-ສັງຄົມ ແລະ ແບບຟອມ P3MPQ ເພື່ອບອກລະດັບຄວາມເຈັບປວດ ຕາມ 10 ລະດັບຂອງ VAS ແລະ ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜົນກະທົບຂອງຄວາມເຈັບປວດ ຕໍ່ກັບການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນ (ແບ່ງອອກເປັນສາມປະເພດຄື: ບໍ່ມີຜົນກະທົບ, ມີຜົນກະທົບເລັກໜ້ອຍ, ມີຜົນກະທົບຫຼາຍ ແລະ ເຮັດໃຫ້ຕ້ອງໄດ້ຢຸດໄປການ ຫຼື ຢຸດເຮັດວຽກບ້ານ). ຄົນເຈັບ 40 ຄົນທຳອິດ ໄດ້ຕອບແບບສອບຖາມ P3MPQ ສອງຄັ້ງໂດຍນັກຄົ້ນຄວ້າສອງຄົນ ໂດຍສຳພາດຄົນລະເຄິ່ງມື້.

ການທົດສອບດ້ານໂຄງສ້າງຂອງແບບສອບຖາມແມ່ນອີງໃສ່ການວິເຄາະແບບ Exploratory factor analysis). ກ່ອນການວິເຄາະແບບ Factor analyses ຄຳຖາມທີ່ມີຜູ້ຕອບຄືກັນ >85% ໄດ້ຖືກຄັດອອກ ລວມທັງຄຳຖາມທີ່ມີຄ່າໂຫຼດຕໍ່ກ່ວາ 0.40 ຫຼື ມີຄວາມອື່ນຕົວສອງເທົ່າໃນຫຼາຍໆປັດໃຈ. ການທົດສອບຕາມເງື່ອນໄຂຄວາມຖືກຕ້ອງ ໄດ້ຖືກທົດສອບໂດຍໃຊ້ຄວາມສຳພັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ກັບຄະແນນຄວາມເຈັບປວດທີ່ວັດແທກໂດຍ Visual Analog Scale (VAS) ແລະ ຄວາມສຳພັນກັບຜົນກະທົບຂອງຄວາມເຈັບປວດຕໍ່ກັບຄວາມສາມາດໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນ ໂດຍນຳໃຊ້ສະຖິຕິ Spearman Rho test. ໄດ້ນຳໃຊ້ການວິເຄາະແບບ Interjudge (ການທົດສອບຄວາມສຳພັນຂອງ Pearson) ເພື່ອຕີລາຄາຄວາມໜ້າເຊື່ອຖື. ຜົນການວິເຄາະເຮັດໃຫ້ເຮົາໄດ້ແບບສອບຖາມທີ່ຖືກຕ້ອງເໝາະສົມ ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ LMPQ (ເບິ່ງຜົນການຄົ້ນຄວ້າ).

ການສຶກສາແບບ Cohort

ໄດ້ເຮັດການສຶກສາແບບ Cohort ໃນເດືອນ 6 ຫາ ເດືອນ 9 ປີ 2010. ປະຊາກອນສຶກສາແມ່ນຄົນເຈັບທີ່ມາພົບແພດຍ້ອນມີອາການເຈັບປວດເປັນຄັ້ງທຳອິດຢູ່ໂຮງໝໍມະຫາສິດ, ໂຮງໝໍແຂວງ ຫຼວງພະບາງ ແລະ ໂຮງໝໍແຂວງ ສະຫວັນນະເຂດ. ຄົນເຈັບທີ່ຖືກເລືອກໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາແມ່ນ ຄົນເຈັບທີ່ເຂົ້ານອນໂຮງໝໍບໍ່ເກີນ 24 ຊົ່ວໂມງ ທີ່ພະແນກພາຍໃນ ແລະ ພະແນກຜ່າຕັດ ຫຼື ເປັນຄົນເຈັບກວດເຂດນອກ ຫຼື ເປັນຄົນເຈັບມາກວດຢູ່ພະແນກສຸກເສີນ. ຄົນເຈັບທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຈະຕ້ອງບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ຈາກທ່ານໝໍໃນໄລຍະສາມເດືອນຜ່ານມານັບແຕ່ມື້ທີ່ເຂົ້າມາກວດຢູ່ໂຮງໝໍ. ນອກນີ້ ທ່ານໝໍຜູ້ທີ່ກວດຄົນເຈັບຜູ້ນັ້ນ ຈະຕ້ອງຍິນຍອມເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາເຊັ່ນດຽວກັນ. ຂະໜາດຕົວຢ່າງແມ່ນອີງໃສ່ຫຼັກການ ການວິເຄາະຂໍ້ມູນແບບ Logistic regression ທີ່ມີຕົວຜັນແປ 18 ໂຕ. ຕໍ່ມາກໍ່ໃຊ້ ຫຼັກການກົດເກນໄປ້ມື (The rule of thumb) ແລະ ໄດ້ຂະໜາດຕົວຢ່າງຄົນເຈັບທັງໝົດ 180 ຄົນ. ຄົນເຈັບ 180 ຄົນແມ່ນຈັບຄູ່ກັບທ່ານໝໍທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວເຂົ້າເຈົ້າ ເຊິ່ງມີທ່ານໝໍທັງໝົດ 88 ຄົນເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຄຸນລັກສະນະຂອງຄົນເຈັບແມ່ນມີຢູ່ຕາຕະລາງທີ 1.

ໄດ້ນຳໃຊ້ແບບຟອມສອບຖາມຕໍ່ໄປນີ້ ກັບຄົນເຈັບ: ແບບຟອມ LMPQ, ແບບຟອມສອບຖາມກ່ຽວກັບ ພາວະຊຶມເສົ້າ (Depression) ສະບັບພາສາລາວທີ່ຜ່ານການທົດສອບມາກ່ອນ BDIII (Siphantong *et al.*, 2010), ແບບຟອມສອບຖາມກ່ຽວກັບພາວະຄວາມຄຽດ (Stress) ມີ 9 ຄຳຖາມ ທີ່ໄດ້ແປເປັນພາສາລາວ PSM9 (Lemyre ad Tessier, 2003) ແລະ ແບບຟອມສອບຖາມທາງດ້ານປະຊາກອນສາດ-ສັງຄົມ (ຕາຕະລາງທີ 1). ແບບຟອມສອບຖາມທັງໝົດໄດ້ເຮັດທົດສອບກັບຄົນເຈັບ 5 ຄົນກ່ອນປະຕິບັດຕົວຈິງ. ທ່ານໝໍຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມສອບຖາມມື້ດຽວກັບຄົນເຈັບ ແຕ່ວ່າຢູ່ແຍກຫ່ອງກັບຄົນເຈັບ ເຊິ່ງປະກອບມີສອງແບບຟອມຄື: ແບບຟອມສຳລັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ການຝຶກອົບຮົມ, ຂະແໜງການທີ່ຊ່ຽວຊານ ແລະ ປີການເຮັດວຽກ) (ຕາຕະລາງທີ 2) ແລະ ແບບຟອມ LMPQ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄົນເຈັບຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຄົນເຈັບຖືກຕິດຕໍ່ໃນສອງອາທິດຕໍ່ມາຜ່ານທາງໂທລະສັບ (ໃນກໍລະນີທີ່ເຂົາເຈົ້າອອກໂຮງໝໍແລ້ວ) ຫຼື ຕິດຕໍ່ໂດຍກົງຖ້າຫາກເຂົາເຈົ້າຍັງນອນໂຮງໝໍຢູ່ ເພື່ອສຳພາດຄັ້ງທີສອງ ໂດຍໃຊ້ແບບຟອມ LMPQ.

ຕາຕະລາງ 1: ຄຸນລັກສະນະທົ່ວໄປຂອງຄົນເຈັບທີ່ທຳການສຶກສາ (ສະແດງເປັນຈຳນວນ ແລະ % ໃນວົງເລັບ)

ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນທົດສອບ (210 ຄົນ)	ການສຶກສາ Cohort (180 ຄົນ)
ເພດຊາຍ	100 (48)	80 (44.44)
ອາຍຸ (Mean)	50.05	43.44
ລະດັບການສຶກສາ		
- ກົກໜັງສື	50 (24.00)	34 (19.10)
- ປະຖົມ	51 (24.29)	58 (32.58)
- ມັດທະຍົມຕົ້ນ	40 (19.05)	34 (19.10)
- ມັດທະຍົມປາຍ	29 (13.81)	22 (12.36)
- ວິທະຍາໄລ- ມະ ຫາວິທະຍາໄລ	40 (19.05)	30 (16.85)
ອາຊີບ		
- ພະນັກງານລັດ	31 (14.76)	12 (6.67)
- ລູກຈ້າງ	3 (1.43)	31 (17.22)
- ເຈົ້າຂອງຮ້ານ	16 (7.62)	
- ວຽກອິດສະລະ	20 (9.52)	23 (12.77)
- ຊາວນາ/ຊາວໄຮ່	30 (14.29)	62 (34.44)
- ແມ່ບ້ານ	39 (18.57)	19 (10.56)
- ອື່ນໆ	71(33.81)	
ລາຍຮັບຄອບຄົວຕໍ່ ເດືອນ(Mean)(ກີບ)	608,185	1,030,530
ຊົນເຜົ່າ		
- ລາວລຸ່ມ	-	146 (81.11)
- ລາວເທິງ	-	22 (12.22)
- ລາວສູງ	-	12 (6.67)
ສະຖານະສົມລົດ ຢູ່ກັບຜົວ/ເມັຍ	-	141 (78.33)

ການວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ໄດ້ວິເຄາະຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມສອດຄ່ອງ ແລະ ການບັນເທົາຄວາມເຈັບປວດ ເຊິ່ງຄວາມສອດຄ່ອງໃນທີ່ນີ້ ໝາຍເຖິງຄວາມແຕກຕ່າງກັນໜ້ອຍກວ່າ ຫຼື ເທົ່າກັບ 5 ຢ່າງ (ລຳດັບແຕ່ 0 ຫາ 24) ໃນຄະແນນທີ່ກະຈາຍຢູ່ທີ່ຈຸດເວລາທີ 1 (T1) ໂດຍຄົນເຈັບ ແລະ ໂດຍທ່ານໝໍທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ ເຊິ່ງເປັນຄະແນນທີ່ມີຄວາມສຳພັນທາງຄລິນິກ. ຄວາມເຈັບປວດໃນອາທິດທີສອງຖືກແບ່ງເປັນສອງກຸ່ມ ເຊິ່ງຖືເອົາຄ່າທີ່ຢູ່ເໜືອຜົນກະທົບຂອງຄວາມເຈັບປວດ ຕໍ່ກັບການດຳເນີນຊີວິດປະຈຳວັນເປັນຈຸດຕັດ ເຊິ່ງພົບວ່າເປັນ ຈຸດທີ່ເໝາະສົມສຳລັບການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້.

ການທົດສອບຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງຄວາມສອດຄ່ອງ ແລະ ຄວາມເຈັບປວດ ແມ່ນໃຊ້ສະຖິຕິ Chi-square test. ສ່ວນການວິເຄາະແບບ Logistic regressions (backward stepwise) ແມ່ນຖືກກຳນົດພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂຕໍ່ໄປນີ້: ຕົວຜັນແປທີ່ເອົາ ແມ່ນມີຄ່າ $p \leq 0.05$, ເອົາອອກແມ່ນຄ່າ $p \geq 0.10$, Classification cut-off ແມ່ນ 0.5, Maximum iterations ແມ່ນ 20) ໃຊ້ເພື່ອວິເຄາະທາງຕົວກຳນົດຄວາມສອດຄ່ອງ. ການວິເຄາະແບບນີ້ແມ່ນອີງໃສ່ການທົດທວນເອກະສານ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມສອດຄ່ອງຂອງການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດໂດຍທ່ານໝໍ ແລະ ການຕີລາຄາຄົນເຈັບດ້ວຍແບບຟອມຖາມ ເຊິ່ງປະກອບມີຂໍ້ມູນທາງດ້ານປະຊາກອນສາດ-ສັງຄົມ, ຄະແນນຄວາມເຈັບປວດຢູ່ຈຸດ T1, ພາວະຊຶມເຊົ້າ ແລະ ຄະແນນຄວາມຄຽດຂອງຄົນເຈັບ ແລະ ຂໍ້ມູນປະຊາກອນສາດ, ປະເພດກິດຈະກຳ, ປີການ ເຮັດວຽກຂອງທ່ານໝໍ (Melotti *et al.*, 2009; Marquie *et al.*, 2004; Robinson and Wise, 2003; Solomon 2001).

ການສຶກສາທັງແບບແມ່ນໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກ ການຈັດຕັ້ງໂຮງຂອງແຕ່ລະໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາ ແລະ ໄດ້ຮັບອະນຸມັດດ້ານຈັນຍາທຳ ຈາກຄະນະກຳມະການແຫ່ງຊາດດ້ານຈັນຍາທຳການຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກ.

ຜົນການຄົ້ນຄວ້າ

ການທົດສອບແບບຟອມ MPQ ສະບັບພາສາລາວ

ການທົດສອບແບບຟອມສອບຖາມ MQP ແບ່ງອອກເປັນສອງສ່ວນຄື: ຄວາມຮູ້ສຶກ ແລະ ອາລົມ ເຊິ່ງປະກອບມີ 4 ຂໍ້ຄຳຖາມ (ຕາຕະລາງທີ 3). ແຕ່ລະສ່ວນມີຄວາມສອດຄ່ອງທາງພາຍໃນດີສົມຄວນ (ຄ່າ Kappa = 0.60 ແລະ 0.67). ພົບຄວາມສຳພັນທາງບວກກັບ VAS ($r = 0.53$, $P < 0.05$) ແລະ ມີຄວາມສຳພັນທາງສະຖິຕິກັບຜົນກະທົບຂອງຄວາມເຈັບປວດ ຕໍ່ກັບກິດຈະກຳປະຈຳວັນ ($r = 0.53$, $P < 0.01$). ແບບຟອມ SFMPQ (ທີ່ມີ 8 ຄຳຖາມ) ມີຄະແນນຄວາມໂປ່ງໃສ ທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈ ($r = 0.80$). ນອກຈາກນັ້ນ ຈຸດອິ່ມຕົວທີ 10 (Threshold of 10) ສາມາດແຍກຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກຄວາມເຈັບປວດໃນການດຳເນີນຊີວິດປະຈຳວັນ ຈາກຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບດັ່ງກ່າວ ຢ່າງເໝາະສົມ ($P < 0.001$) (ຕາຕະລາງທີ 4).

ຕາຕະລາງ 2: ຄຸນລັກສະນະທົ່ວໄປຂອງທ່ານໝໍ

ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນ (%)	Median (range)
ອາຍຸ (ປີ)	88	42 (25 – 58)
ປີການ (ປີ)	88	11.5 (0.08 – 29)
ເພດຍິງ	57 (64.77)	-
ລະດັບວິຊາສະເພາະ		-
- ຊ່ຽວຊານ	18 (20.46)	
- ແພດທົ່ວໄປ	42 (47.73)	
- ແພດຊ່ວຍ	26 (29.55)	

ຕາຕະລາງ 3: ໂຄງສ້າງປັດໃຈຂອງແບບຟອມສອບຖາມກ່ຽວກັບຄວາມເຈັບປວດ McGill ແບບສັ້ນ (ຈຳນວນ=210)

ສັດສ່ວນ ແລະ ລາຍການຈາກແບບຟອມ SF-MPQ	Factors	
	1	2
ອາລິມ		
ເປັນຕາເບື້ອໜ່າຍ	0.73	
ເປັນຕາຍ້ານ	0.73	
ລຳຄານ-ເມື່ອຍລ້າ	0.70	
ທາລຸນ-ໂຫດຮ້າຍ	0.60	
ຄວາມຮູ້ສຶກ		
ອອກຮ້ອນອອກຮົນ	-	0.72
ເຈັບສູບ	-	0.70
ເຈັບຄືມີແນວກັດ	-	0.65
ເຈັບຄືມີແນວແທງ	-	0.56
ຄ່າ Eigen values	2.5	1.4
ຄ່າຄວາມແປປວນຫຼັງຈາກປິ່ນອ້ອມ	25.8	23.3

ຕາຕະລາງ 4: ການສົມທຽບລະດັບຄວາມຮຸນແຮງຂອງຄວາມເຈັບປວດລະຫວ່າງສອງກຸ່ມຄົນ ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຕໍ່ກັບ ກິດຈະກຳປະຈຳວັນ

ຕົວຜັນແປ	ກຸ່ມ	ຄ່າສະເລ່ຍ (Mean)	95% CI	P-value
ຄະແນນ ທັງໝົດ	1	8.02	6.61 - 9.43	0.0000
	2-3	12.04	11.51 - 12.87	
	1-2	9.93	9.04 - 10.832	0.0000
	3	12.23	11.60 - 11.76	
	1	8.02	6.61 - 9.43	0.0000
	2	11.58	10.63 - 12.52	
	2	11.58	10.69 - 12.52	0.2579
	3	12.23	11.60 - 12.87	

T-test. ກຸ່ມທີ 1 ແມ່ນຄົນເຈັບບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຕໍ່ກິດຈະກຳປະຈຳວັນຈາກຄວາມເຈັບປວດ; ກຸ່ມທີ 2 ແມ່ນຄົນເຈັບທີ່ຕ້ອງຫຼຸດຜ່ອນກິດຈະກຳປະຈຳວັນຍ້ອນຄວາມເຈັບປວດ; ກຸ່ມທີ 3 ແມ່ນຄົນເຈັບທີ່ຕ້ອງໄດ້ຢຸດເຮັດວຽກ ແລະ ເກືອບທັງໝົດກິດຈະກຳປະຈຳວັນຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ການໃຫ້ຄະແນນຄວາມເຈັບປວດ ໂດຍຄົນເຈັບ ແລະ ທ່ານໝໍ

ໃນຈຳນວນຄົນເຈັບ 180 ຄົນ ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາໃນຈຸດເວລາທີ 1 ແລະ 5 (T1 ແລະ T5), ມີ 47 ຄົນ (26.1%) ເສຍຊີວິດໃນລະຫວ່າງ T1 ແລະ T2 ຈຶ່ງບໍ່ສາມາດ ສຳພາດໃນຄັ້ງທີສອງ, ເຮັດໃຫ້ມີຄົນເຈັບຈຳນວນ 128 ຄົນ (71.11%) ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາແຕ່ຕົ້ນຈົນຈົບ.

ໂດຍສະເລ່ຍແລ້ວ ທ່ານໝໍຕີລາຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດທີ່ບອກເລົ່າໂດຍຄົນເຈັບຕໍ່ກວ່າຄວາມເປັນຈິງ (ຕາຕະລາງ 5). ມີພຽງເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງທ່ານໝໍ (55.06%). ທີ່ສາມາດຕີລາຄາໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງຊັດເຈນ ອີງຕາມຄຳນິຍາມຂອງຄວາມສອດຄ່ອງ. ຜົນການຕີລາຄາ ໃນສອງອາທິດຕໍ່ມາ ສະແດງເຖິງຄວາມເຈັບປວດຫຼຸດລົງທີ່ຮູ້ສຶກໂດຍຄົນເຈັບ ຢ່າງມີຄວາມສຳຄັນທາງສະຖິຕິ, ແຕ່ຍັງມີຄົນເຈັບ 35 ຄົນ (41.41%) ທີ່ຍັງມີຄະແນນ ຄວາມເຈັບປວດ ≥ 10 (ຕົວຢ່າງ ລະດັບຄວາມເຈັບປວດທີ່ມີຄວາມຮຸນແຮງທີ່ຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ກັບຄວາມສາມາດໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນ).

ຕາຕະລາງ 5: ຄະແນນຄວາມເຈັບປວດ

ຕົວຜັນແປ	Mean	SD	Min	Max
ຄະແນນຄົນເຈັບ T1 (n=180)	16.27	6.19	3	33
ຄະແນນທ່ານໝໍ T1 (n=178)	12.25	6.52	1	33
ຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງ ຄົນເຈັບ ແລະ ທ່ານໝໍ (n=178)	4.05	7.60	19	-19
ຄະແນນຄົນເຈັບ T2 (n=128)	3.86	5.74	0	30
ຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງ T1 ແລະ T2 (n=128)	12.17	12	-7	29

ຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງຄວາມສອດຄ່ອງ ແລະ ຄວາມທໍລະມານຈາກຄວາມເຈັບປວດ

ຕາຕະລາງທີ 6 ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ມີຄວາມສຳຄັນ ທາງສະຖິຕິລະຫວ່າງ ຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດ ໃນ T1 ແລະ ລະດັບຄວາມເຈັບປວດໃນ T2 ທີ່ມີຜົນກະທົບກັບຄວາມສາມາດ ໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນ. ຄວາມສາມາດໃນການຕີລາຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ ມີ

ຄວາມສຳພັນກັບການຫາຍດີຂອງຄວາມເຈັບປວດ ດັ່ງກ່າວ (ທີ່ເຮັດໃຫ້ບໍ່ສາມາດດຳລົງຊີວິດຕາມປົກກະຕິ ໃນສອງອາທິດຕໍ່ມາ).

ຕາຕະລາງ 6: ຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດ ແລະ ການຫາຍດີຈາກຄວາມເຈັບປວດທີ່ເຮັດບໍ່ສາມາດປະຕິບັດ ກິດຈະກຳປະຈຳວັນໄດ້ ໃນ T2 ສະແດງເປັນຈຳນວນ(%)

ຄະແນນ	ສອດຄ່ອງ	ບໍ່ສອດຄ່ອງ	ທັງໝົດ
ຄວາມເຈັບປວດ < 10 (8-ຄຳຖາມ SF-MPQ)	37 (51.39)	16 (29.63)	53 (42.06)
ຄວາມເຈັບປວດ>10 8-ຄຳຖາມ SF-MPQ)	35 (48.61)	38 (70.37)	73 (57.94)
ທັງໝົດ	72	54	126

Chi Square = 5.9950, Fisher P = 0.01

ຕົວກຳນົດຄວາມສອດຄ່ອງ

ຕາຕະລາງທີ 7 ສະແດງເຖິງຜົນການວິເຄາະຂໍ້ມູນຈາກ Logistic regression ກ່ຽວກັບຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດ ເຊິ່ງມີສາມຕົວຜັນແປທີ່ຍັງເຫຼືອສຸດທ້າຍ ຄື: ຂົນເຜົ່າຂອງຄົນເຈັບ (ຄົນເຈັບທີ່ຢູ່ໃນກຸ່ມຄົນສ່ວນຫຼາຍ ແມ່ນມີຄວາມສຳພັນກັບຄວາມສອດຄ່ອງ), ລະດັບການສຶກສາ (ຄົນເຈັບທີ່ມີການສຶກສາສູງ ມີຄວາມສຳພັນກັບຄວາມສອດຄ່ອງ) ແລະ ປີການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໝໍ (ປີການໝ້ອຍກວ່າ 4 ປີ ມີຄວາມສຳພັນກັບຄວາມສອດຄ່ອງ).

ຕາຕະລາງ 7: Logistic regression model ໂຕສຸດທ້າຍຂອງຕົວກຳນົດຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດ

ຕົວຜັນແປ	B	S.E	Wald	Df	P-value	Exp (B)
ລາວລຸ່ມ vs. ອື່ນໆ	1.05	0.44	5.71	1	0.01	2.86
ຊັ້ນມັດທະຍົມ ແລະ ສູງກວ່ານັ້ນ vs. ປະຖົມ-ກົກໜຶ່ງສີ	0.73	0.34	4.63	1	0.03	2.09
ປີການ ≥4 vs. <4 ປີ	0.88	0.39	5.08	1	0.02	0.41
ຄ່າຄົງຄ່າ	0.28	0.50	0.30	1	0.57	0.75

Logistique regression backward stepwise

ພາກສິນທະນາ

ການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ ໄດ້ນຳໃຊ້ເຄື່ອງມື (ທີ່ຜ່ານການທົດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງເພາະສົມ) ໃນການວັດແທກລະດັບຄວາມເຈັບປວດ. ເຖິງວ່າ ແບບຟອມສອບຖາມສະບັບພາສາລາວ SFMPQ ບາງສ່ວນ ຈະແຕກຕ່າງຈາກຕົ້ນສະບັບກໍຕາມ ແຕ່ວ່າສະບັບພາສາລາວທີ່ປະກອບດ້ວຍ 8 ຂໍ້ ຄຳຖາມ ແມ່ນຖືກຕ້ອງເພາະສົມ ເພາະວ່າມັນສອດຄ່ອງກັບຮູບແບບທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງແບບຟອມສອບຖາມດັ່ງກ່າວ ແລະ ມີຄວາມສອດຄ່ອງພາຍໃນຢ່າງໜ້າພໍໃຈ, ພ້ອມກັນນັ້ນມັນກໍມີການທົດສອບ ທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມຂໍ້ກຳນົດ ແລະ ມີຄະແນນຄວາມໂປ່ງໃສທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈ.

ຜົນການຄົ້ນຄວ້າສຳຄັນຕົ້ນຕໍ ທີ່ໄດ້ຈາກການຄົ້ນຄວ້າໃນຄັ້ງນີ້ ມີຫຍັງແດ່? ມີທ່ານໝໍພຽງ 50% ເທົ່ານັ້ນ ທີ່ສາມາດຕີລາຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດ (ທີ່ບອກເລົ່າໂດຍຄົນເຈັບ) ໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງ, ສ່ວນທີ່ເຫຼືອແມ່ນມີແນວໂນມທີ່ຈະຕີລາຄາຫຼຸດຄາດໝາຍ ເຊິ່ງກໍເປັນໄປຕາມທີ່ໄດ້ຄາດການໄວ້ຢູ່ແລ້ວ (Marinsek *et al.*, 2007; Mantyselka *et al.*, 2001; Guru and Dubinsky, 2000). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ ຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດ ແມ່ນບໍ່ມີຄວາມສຳຄັນທາງດ້ານຄຣິນິກ. ໃນສອງອາທິດຕໍ່ມາ, ຄົນເຈັບຂ້ອນຂ້າງທີ່ຈະມີຄວາມເຈັບປວດຫຼຸດລົງ ຕ່ຳກວ່າລະດັບ ທີ່ສາມາດຈຳກັດຄວາມສາມາດໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳວັນ ຖ້າຫາກທ່ານໝໍຂອງເຂົາເຈົ້າສາມາດຕີລາຄາ ລະດັບຄວາມເຈັບປວດຂອງເຂົາເຈົ້າໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງຊັດເຈນ.

ເປັນທີ່ແປກໃຈຫຼາຍ ທີ່ຍັງບໍ່ມີການສຶກສາໃດ ທີ່ເຮັດກ່ຽວກັບຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງ ຄວາມສອດຄ່ອງໃນການຕີລາຄາ ແລະ ການຄວບຄຸມຄວາມເຈັບປວດ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ ມີສອງການສຶກສາທີ່ລາຍງານວ່າ ຄວາມສອດຄ່ອງມີຄວາມສຳພັນກັບສະມັດຕະພາບການເຄື່ອນໄຫວຂອງຄົນເຈັບ (Panda *et al.*, 2006; Walker *et al.*, 2001). ການສຶກສາຂອງພວກເຮົາ ຄັ້ງນີ້ ອາດສາມາດ ເຊື່ອມສານກັບຜົນການສຶກສາດັ່ງກ່າວໄດ້ ເຊິ່ງສົມມຸດຖານທີ່ເປັນໄປໄດ້ອາດແມ່ນ ການຄວບຄຸມຄວາມເຈັບປວດໃຫ້ດີຂຶ້ນ (ເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບທີ່ທໍລະຫານຈາກຄວາມເຈັບ ປວດນັ້ນດີຂຶ້ນ).

ມີສາມປັດໄຈ ທີ່ມີຄວາມສຳພັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ກັບຄວາມສອດຄ່ອງ: (1) ຂົນເຜົ່າ, (2) ລະດັບການສຶກສາຂອງຄົນເຈັບ ແລະ (3) ປີການເຮັດວຽກຂອງທ່ານໝໍ. ຄົນເຈັບທີ່ຢູ່ໃນກຸ່ມຊົນເຜົ່າສ່ວນໃຫຍ່ ແລະ ມີການສຶກສາສູງ ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ສູງ

ທີ່ຈະມີຄວາມສອດຄ່ອງກັບການຕີລາຄາປະເມີນຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ. ອາຍຸປີການທີ່ຕໍ່ກ່ວາ 4 ປີ ເພີ່ມຄວາມເປັນໄປໄດ້ໃນການຕີລາຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດ ທີ່ບອກເລົ່າໂດຍຄົນເຈັບຢ່າງຖືກຕ້ອງ. ບໍ່ມີຄວາມແປກໃຈກັບປັດໄຈສອງຢ່າງທຳອິດ ເຊິ່ງມັນບົ່ງບອກເຖິງຄວາມສອດຄ່ອງມີໜ້ອຍ ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານໝໍ ແລະ ຄົນເຈັບເປັນຄົນລະຊົນເຜົ່າ (Staton *et al.*, 2007). ທ່ານໝໍທີ່ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າ (ທີ່ບໍ່ແມ່ນຊົນເຜົ່າມັງ) ໃນສປປ ລາວ ແມ່ນມີບໍ່ຫລາຍ ເຊິ່ງມັນໝາຍເຖິງຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການສື່ສານລະຫວ່າງຄົນເຈັບ ແລະ ທ່ານໝໍ ເມື່ອພວກເຂົາເປັນຄົນລະຊົນເຜົ່າ. ໃນທາງດຽວກັນ ລະດັບການສຶກສາອາດສົ່ງຜົນກະທົບ ຕໍ່ຄວາມລຳບາກໃນການບອກເລົ່າບັນຫາສຸຂະພາບຂອງເຂົາເຈົ້າ (Solomon, 2001). ປັດໃຈທີ 3 ແມ່ນໜ້າສົນໃຈກ່ວາ: ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ປະສົບການເຮັດວຽກທີ່ຫລາຍຈະຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈ ການບອກເລົ່າອາການຂອງຄົນເຈັບໄດ້ດີກວ່າ ແຕ່ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວມັນອາດເປັນໄປໄດ້ວ່າ ທ່ານໝໍທີ່ມີອາຍຸຍັງນ້ອຍອາດໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມຫຼາຍກວ່າ ແລະ ສາມາດຊອກຫາອາການສະແດງໄດ້ດີກວ່າທ່ານໝໍທີ່ມີອາຍຸສູງ ຫຼື ອາດຍ້ອນວ່າ ພວກເຂົາອີ່ມຄົນເຈັບຫຼາຍກວ່າ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມຈຸດນີ້ຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຄົ້ນຄວ້າກັນອີກຕໍ່ໄປ.

ສຳລັບການສຶກສາແບບ Cohort ແມ່ນຄວນແປຜົນ ໂດຍຄຳນຶງເຖິງຂໍ້ຈຳກັດຂອງການສຶກສາ, ເຊິ່ງຂໍ້ຈຳກັດທຳອິດແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕິດຕາມຄົນເຈັບ. ມີຄົນເຈັບຈຳນວນຫຼາຍທີ່ສູນຫາຍຈາກການສຶກສາ ເພາະວ່າພວກເຂົາອາໄສຢູ່ເຂດຫ່າງໄກສອກຫຼີກ ແລະ ບໍ່ມີໂທລະສັບ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ ພວກເຂົາອາດບໍ່ຕ່າງຈາກຄົນເຈັບທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຄົນອື່ນໆ ເຊັ່ນເມື່ອສົມທຽບອາຍຸໂດຍໃຊ້ t-test ແລະ ສົມທຽບຊົນເຜົ່າໂດຍໃຊ້ Chi-square ກໍ່ບໍ່ພົບຄວາມແຕກຕ່າງກັນ ລະຫວ່າງກຸ່ມທີ່ສູນຫາຍ ແລະ ກຸ່ມທີ່ຍັງຢູ່ໃນການສຶກສາ. ຂໍ້ຈຳກັດທີສອງແມ່ນ ເກີດຈາກການນຳໃຊ້ແບບຟອມສອບຖາມຄວາມຄຽດສະບັບພາສາລາວ ທີ່ບໍ່ໄດ້ຜ່ານຂະບວນການທົດສອບຢ່າງສົມບູນແບບ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ ມັນຂ້ອນຂ້າງເປັນໄປໄດ້ຍາກ ທີ່ແບບຟອມສອບຖາມດັ່ງກ່າວ (ເຊິ່ງເປັນແບບຟອມທີ່ເຂົ້າໃຈໄດ້ງ່າຍ) ຈະຊື່ຄວາມໝາຍທີ່ຜິດພາດ ແລະ ເປັນໄປໄດ້ຍາກທີ່ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ມານັ້ນຈະມີຄວາມຜິດພາດ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ ມັນໄດ້ຖືກທົດສອບກັບຄົນເຈັບ 5 ຄົນ ກ່ອນການນຳໃຊ້ຕົວຈິງ ແລະ ກໍ່ບໍ່ພົບວ່າມັນເຂົ້າໃຈຍາກແຕ່ຢ່າງໃດ. ຂໍ້ຈຳກັດທີສາມແມ່ນ ຍ້ອນຈຸດອ່ອນຂອງ Model ຂອງຕົວກຳນົດຄວາມເຈັບປວດ ເຊິ່ງ Model ທີ່ມີດີກວ່ານີ້ອາດສາມາດເຮັດໄດ້ ແຕ່ວ່າມັນຮຽກຮ້ອງການເຮັດວຽກທີ່ໃຊ້ງົບປະມານຫຼາຍກວ່າເກົ່າ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຄຳຖາມ

ທີ່ຖືກຕ້ອງເໝາະສົມ ເຊິ່ງໃນດ້ານພາສາມັນກໍ່ບໍ່ງ່າຍສຳລັບການແປຈາກພາສາອັງກິດ. ດັ່ງນັ້ນພວກເຮົາ ຈຶ່ງໄດ້ໃຊ້ຄຳຖາມທີ່ຕອບໄດ້ພຽງສອງຂໍ້ ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈງ່າຍ ແລະ ສາມາດເພີ່ມໂອກາດໃຫ້ຄົນເຈັບ ແລະ ທ່ານໝໍ ໃຫ້ເຂົ້າໃຈໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງ.

ການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ ມີຂໍ້ດີຢູ່ບ່ອນວ່າ ຈຳນວນຄົນເຈັບທີ່ປະຕິເສດທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາແມ່ນມີພຽງໜ້ອຍດຽວ, ປະຊາກອນທີ່ສຶກສາສາມາດເປັນຕົວແທນໃຫ້ແກ່ກຸ່ມຄົນຫຼາຍກຸ່ມທີ່ມີສະພາບເສດຖະກິດ - ສັງຄົມ ທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ນອກຈາກນັ້ນ ສາເຫດຂອງຄວາມເຈັບປວດ ແລະ ລະດັບຄວາມຮຸນແຮງກໍ່ແຕກຕ່າງກັນ. ທ່ານໝໍທຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາ ກໍ່ມີຄວາມຊຳນິຊຳນານ ແລະ ປະສົບການໃນການເຮັດວຽກທີ່ຕ່າງກັນ.

ຜົນການສຶກສາເຮັດໃຫ້ເກີດຄຳຖາມເພື່ອພິຈາລະນາໃນທາງຄລິນິກ ແລະ ທາງດ້ານໂຄງສ້າງ: (1) ປັດໃຈທີ່ສຳຄັນອາດແມ່ນສະຖານທີ່ ເຊິ່ງຮູບແບບໂຄງສ້າງຂອງສະຖານບໍລິການອາດເປັນຕົວກຳນົດຄວາມສອດຄ່ອງທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, (2) ເຫັນໄດ້ຊັດເຈນວ່າ ການຕີລາຄາທີ່ແມ່ນຍຳກ່ວາ ຈະເຮັດໃຫ້ການຄວບຄຸມຄວາມເຈັບປວດໄດ້ດີກວ່າ ແລະ ຍັງມີປັດໄຈຫຼາຍຢ່າງທີ່ສົ່ງຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ກັບຄວາມສາມາດໃນການຕີລາຄາ ລະດັບຄວາມເຈັບປວດທີ່ບອກເລົ່າໂດຍຄົນເຈັບ ເຊິ່ງມັນເຮັດໃຫ້ແພດໝໍຕ້ອງມີຄິດເຖິງມັນ ແລະ ເຫັນຄວາມສຳຄັນຂອງມັນ ໃນນັ້ນຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດ ໂດຍສະເພາະຢ່າງຍິ່ງການຕີລາຄາຄວາມເຈັບປວດນີ້ ແມ່ນເຊື່ອຖືໄດ້ຍາກ ເຊິ່ງມັນອາດມີຜົນສະທ້ອນຈາກຫຼາຍປັດໄຈ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສະແດງອອກຂອງຄົນເຈັບ, ປະຫວັດທາງດ້ານສັງຄົມ ແລະ ວັດທະນະທຳ ແລະ ການປະຕິບັດ ຕໍ່ກັບທ່ານໝໍຂອງເຂົາເຈົ້າ (Rudich *et al.*, 2008; Solomon 2001).

ການສຶດສອນພະນັກງານແພດໃນອານາຄົດ ເພື່ອຕີລາຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບ ເປັນສິ່ງທີ່ສຳຄັນ ແລະ ເປັນໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບທີ່ທ້າທາຍສຳລັບໂຮງຮຽນແພດ ແລະ ໂຮງຮຽນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບແພດຂະແໜງອື່ນໆ. ໃນນັ້ນມັນຮຽກຮ້ອງຕ້ອງການໃຫ້ມີຄວາມສາມາດໃນການສື່ສານລະຫວ່າງ ວັດທະນະທຳ ແລະ ການນຳໃຊ້ແບບຟອມສອບຖາມທີ່ຖືກຕ້ອງເໝາະສົມຢ່າງເປັນລະບົບຂຶ້ນຕື່ມ.

ທ້າຍສຸດ ສິ່ງໜຶ່ງທີ່ໜ້າສົນໃຈໃນການຄົ້ນຫາຄຳຕອບແມ່ນ: ໃນກໍລະນີທີ່ຂາດເຄື່ອງມືເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນຄວາມເຈັບປວດ, ຜູ້ທີ່ຕີລາ

ຄາລະດັບຄວາມເຈັບປວດທີ່ເຮັດໄດ້ດີແລ້ວ ຈະສາມາດຫຼຸດຜ່ອນຄວາມເຈັບປວດຂອງຄົນເຈັບໄດ້ຄືແນວໃດ? ການຊອກຫາຄໍາຕອບດັ່ງກ່າວແມ່ນເປັນສິ່ງສໍາຄັນ ເພື່ອຊ່ວຍຄົນເຈັບໃນປະທດກໍາລັງພັດທະນາ. ອີງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ມີ ພວກເຮົາພຽງແຕ່ສາມາດຄາດເດົາສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ແຕ່ວ່າ ການສຶກສາໃນຄັ້ງຕໍ່ໄປ ພວກເຮົາຄວນຄໍານຶງເຖິງຕົວຜັນແປທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ຄໍາແນະນຳຂອງທ່ານໝໍປິ່ນປົວຄວາມເຈັບປວດ, ຄວາມ ສາມາດຂອງຄົນເຈັບໃນການຮັບການປິ່ນປົວ, ພຶດຕິກຳຂອງພວກເຂົາເຈົ້າ ແລະ ການສະໜອງຢາປິ່ນປົວ ເຊິ່ງທັງໝົດນີ້ເປັນສິ່ງທີ່ຈະການສຶກສາມີຄວາມເຊື່ອຖືຫລາຍຂຶ້ນກວ່າເກົ່າ.

ຄໍາສະແດງຄວາມຂອບໃຈ

ຜູ້ສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ຂໍຂອບໃຈຄົນເຈັບທຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້.

ເອກະສານອ້າງອີງ

- Barennes H, Sengkhomyong K, Sambany EM, Koffi PN, Chivorakul P, Empis G, Clavel S, Somphavong S, Wangkou N, Rajaonarivo C, Harimanana A (2011). Children's access to treatment for epilepsy: experience from the Lao People's Democratic Republic. *Arch Dis Child* 96 (3): 309-13.
- Bureau F, Luu M, Doubrere JF (1992). Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain* 50 (1): 59-65.
- De Lima L, Sweeney C, Palmer JL, Bruera E (2004). Potent analgesics are more expensive for patients in developing countries: a comparative study. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 18 (1): 59-70.
- Diller A (2005). The Tai-Kadai languages. *London: Routledge*, 2005
- Foster S, Laing R, Melgaard B, Zaffran M (2006). Ensuring Supplies of Appropriate Drugs and Vaccines. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. *Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 72.*
- Guru V, Dubinsky I (2000). The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *J Emerg Med* 18 (1): 7-12
- Kitisomprayoonkul W, Klapahajone J, Kovindha A (2006). Thai Short-form McGill Pain Questionnaire. *J Med Assoc Thai* 89 (6): 846-53
- Lemyre L, Tessier R (2003). Measuring psychological stress. Concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Can Fam Physician* 49: 1159-60, 1166-8
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Takala J (2001). Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain. *Br J Gen Pract* 51 (473): 995-7
- Marinsek M, Kovacic D, Versnik D, Parasuh M, Golez S, Podbregar M (2007). Analgesic treatment and predictors of satisfaction with analgesia in patients with acute undifferentiated abdominal pain. *Eur J Pain* 11 (7): 773-8.
- Marquie L, Raufaste E, Lauque D, Marine C, Ecoiffier M, Sorum P (2003). Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain* 102 (3): 289-96
- Melotti RM, Samolsky Dekel BG, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, D'Andrea R et al (2009). Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *Eur J Pain* 13 (9): 992-1000.
- Odermatt P, Ly S, Simmala C, Angerth T, Phongsamouth V, Mac TL, Ratsimbazafy V, Gaulier JM, Strobel M, Preux PM (2007). Availability and costs of antiepileptic drugs and quality of phenobarbital in Vientiane municipality, Lao PDR. *Neuroepidemiology* 28 (3): 169-74.
- Panda M, Staton LJ, Chen I, Kurz J, O'Rourke J, Pasanen M, Menon M, Genao I, Wood J, Mechaber A, Rosenberg E, Faselis C, Carey T, Calleson D, Cykert S (2006). The influence of discordance in pain assessment on the functional status of patients with chronic nonmalignant pain. *Am J Med Sci* 332 (1): 18-23
- Rahman A, Haq SA (2010). Chronic widespread pain: North and South. *Rheumatology* 49 (3): 404-5.
- Robinson ME, Wise EA (2003). Gender bias in the observation of experimental pain. *Pain* 104 (1-2): 259-264.

- Rudich Z, Lerman SF, Gurevich B, Weksler N, Shahar G (2008). Patients' self-criticism is a stronger predictor of physician's evaluation of prognosis than pain diagnosis or severity in chronic pain patients. *J Pain* 9 (3): 210-6.
- Siphantong P, Corbière M, Harimanana A, Reinhartz D (2010). Validation in Lao of an instrument for measuring depression. *World Cultural Psychiatry Research Review December 2010*: 49-56
- Size M, Soyannwo OA, Justins DM (2007). Pain management in developing countries. *Anaesthesia* 62 Suppl 1: 38-43.
- Solomon P (2001). Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature. *Scand J Caring Sci* 15: 174-180.
- Staton LJ, Panda M, Chen I, Genao I, Kurz J, Pasanen M, Mechaber AJ, Menon M, O'Rourke J, Wood J, Rosenberg E, Faeslis C, Carey T, Calleson D, Cykert S (2007). When race matters: disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. *J Natl Med Assoc* 99 (5): 532-8.
- Suh GH (2011). High medicine prices and poor affordability. *Curr Opin Psychiatry* 24 (4): 341-5.
- Syhakhang L, Soukaloun D, Tomson G, Petzold M, Rehnberg C, Wahlström R (2011). Provider performance in treating poor patients--factors influencing prescribing practices in lao PDR: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 11: 3.
- Taylor AL (2007). Addressing the global tragedy of needless pain: rethinking the United Nations single convention on narcotic drugs. *J Law Med Ethics* 35 (4): 556-70.
- Thomé JM, Pholsena S (2009). Lao People's Democratic Republic: Health Financing Reform and Challenges in Expanding the Current Social Protection Schemes. In: Promoting sustainable strategies to improve access to health care in the Asian and Pacific Region. *Social Development Division (SDD), United Nations' Economic and Social Commission for Asia and the Pacific*.
- UNDP (2010). Human Development Report 2010 — *The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*.
- Walker WC, Cifu DX, Gardner M, Keyser-Marcus L (2001). Functional assessment in patients with chronic pain: can physicians predict performance? *Am J Phys Med Rehabil* 80 (3): 162-8.

Effect of Congruence in the Estimation of the Intensity of Pain Between Lao Patients and Their Doctor on Its Control

Phonethépha Phasavath ¹, Nengyang Wangkou ¹, Marc Corbière ², Daniel Reinharz ^{1,3*}

1. Institut de la Francophonie pour la médecine tropicale, Vientiane, Lao PDR
2. Université de Sherbrooke, Quebec, Canada
3. Université Laval, Quebec City, Canada

Received 02 October 2012; received in revised form 03 November 2012; accepted 20 November 2012

Abstract

Background and rationale: No study in Laos has focused on the affects of an accurate estimation by a doctor of his/her patient's level of pain.

Methodology: The McGill pain questionnaire was validated into Lao language. The validated version was then administrated to a cohort of 180 new patients as well as to their 88 doctors. The questionnaire was re-administrated to the patients 2 weeks later.

Results: A good estimation by a doctor of the intensity of pain felt by his patient is associated with the disappearance of a level of pain that hinders the possibility to carry out daily chores. Three factors were retained in a regression model on the congruence between doctors and patients in the estimation of the pain level: ethnicity and level of education of the patient, and physicians' number of years of practice.

Conclusion: Teaching future health care providers on how to estimate pain should be considered as a crucial component of medical training.

Copyright: © 2013 Phasavath *et al.* This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Licence, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Keywords: McGill pain questionnaire; validation; Lao; pain estimation; congruence; physician; patient

*Corresponding author: Tel.: +856 21-219346; fax: +856 21-219346 ; Email: daniel.reinharz@auf.org