

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Pain Catastrophizing and Pain in Hemodialysis Patients

สรชา วาณิชมนตรี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Soracha Wanichmontri, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ²

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ²

อรพรรณ บุญลือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Orapan Boonlue, M.N.S. (Adult Nursing) ³

Received: October 19, 2023

Revised: December 11, 2023

Accepted: December 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบประเมินความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .78 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอร์ไทล์ และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer คิดเป็นร้อยละ 97.60 และทั้งหมดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100 และ 2) ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .920, p < .001$ และ $r_s = .930, p < .001$ ตามลำดับ)

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Instructor, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orapan@pnc.ac.th

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
คำสำคัญ: ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ความปวด การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study pain catastrophizing and pain in hemodialysis patients. The samples consisted of 85 chronic renal patients with hemodialysis in Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the personal data questionnaire, the Pain Catastrophizing Scale with a reliability of .87, and the Thai version short-form McGill Pain Questionnaire with a reliability of .78. Data were collected from October to November 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that 1) both before and after hemodialysis, most hemodialysis patients were non extreme catastrophizer group (97.60%), while all of them had pain score at a mild level (100%); and 2) both before and after hemodialysis, pain catastrophizing was positively statistically significantly related to pain in hemodialysis patients ($r_s = .920, p < .001$ and $r_s = .930, p < .001$, respectively).

This research suggests that medical personnel who care for hemodialysis patients should assess pain catastrophizing and pain in hemodialysis patients periodically in order to provide information on caring for hemodialysis patients.

Keywords: Pain catastrophizing, Pain, Hemodialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบความชุกเพิ่มขึ้น จาก 84,910 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 129,724 คน ในปี พ.ศ. 2563 (คณะกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียมต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เริ่มต้นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดทำเส้นสำหรับการฟอกเลือด คือ primary arteriovenous fistula (AVF) เพื่อเป็นช่องทางนำเลือดเข้าและออกจากร่างกาย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่าน AVF นั้น

ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดซ้ำๆ จากการถูกแทงด้วยเข็มขนาดใหญ่ คือ เบอร์ 14–16 จำนวน 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ 104–156 ครั้งต่อปี (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความปวดที่เกิดขึ้นในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อีกด้วย

ความหมายของความปวดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ “การทนฝืนต่อความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการผ่าตัดต่อเส้นเลือด และการโดนแทงเข็มฟอกเลือดวันเว้นวัน” (จันทร์ธา เริ่มเสริมสุข, 2563) ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบความปวดได้ถึงร้อยละ 89.23 โดยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบความปวดระดับรุนแรงร้อยละ 21.50 ระดับปานกลางร้อยละ 13.80 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 6.20 ตำแหน่งที่พบความปวด คือ uryang ส่วนบนและส่วนล่าง ลำตัว และศีรษะ (Dos Santos et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และการอักเสบของข้อต่างๆ (Gerogianni, 2023) โดยผู้ป่วยมีความปวดทั้งขณะฟอกเลือดและหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือบางรายมีความปวดจนถึงรอบการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งต่อไป (Fleishman, Dreihier, & Shvartzman, 2018) ผลกระทบที่เกิดจากความปวดนั้นส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตด้านกายภาพและด้านจิตใจลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Sousa et al., 2020) และหากผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (pain catastrophizing) เกิดขึ้นร่วมด้วยจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงมากขึ้นได้ (ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, วารุณี สุวรรณกุล, และปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2558)

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนั้นได้มีการนิยามไว้ว่า เป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมาก

ซึ่งนำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปจริง ประกอบด้วย มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995) ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อความปวด และอาจส่งผลส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น ดังการศึกษาเกี่ยวกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยที่มีโรคไมเกรน อาการปวดหลัง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด จึงส่งผลให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น (Ibrahim, Akindele, Kaka, & Mukhtar, 2021; Kurien et al., 2022; Yousefi Afrashteh, Abbasi, & Abbasi, 2023) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาแนวทางหรือวิธีการลดความปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในมิติของความคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความปวด โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ของ Sullivan et al. (1995) ที่กล่าวว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปจริง (an exaggerate negative mental set brought to bear during actual or participated painful experience) ประกอบด้วย มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวด

มากขึ้น (magnification) และมีวิธีการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งต้องเผชิญกับความปวดซ้ำ ๆ จากการถูกแทงด้วยเข็มขนาดใหญ่ อีกทั้งอาจต้องเผชิญกับความปวดหลังจากการฟอกเลือด จนมีการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมีการครุ่นคิดอย่างต่อเนื่องว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับความปวดได้ และความปวดนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามตนอย่างมาก ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด เมื่อนุคคลมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดจะทำให้มีความรุนแรงหรือระดับความปวดที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลรัฐและคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เอกชน) ในจังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างน้อย 3 เดือน 3) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่าน AVF หรือ AVG (arteriovenous graft) 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน และ 6) ยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามการประมาณความปวดที่จะพบได้ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามสูตรของ Miot (2011) ดังนี้

$$n = \left(\frac{Z\alpha/2 \cdot \sqrt{p \cdot q}}{E} \right)^2$$

โดยกำหนด E = .05, Z = 1.96 กำหนด p = .10 (จากการศึกษาของ Sadigova, Ozkurt, and Yalcin [2020] ได้ค่าประสบการณ์ความปวด = .74) และกำหนด q = .26 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เป็นแบบสอบถาม แบบวัดหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคร่วม ระยะเวลาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และจำนวนครั้งของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) แปลและตรวจสอบโมเดลการวัดโดยยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ลลิตา เดชาวุธ, และพิมพ์รัตน์ โทกุล (2563) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเมื่อมีประสบการณ์ความปวด แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) จำนวน 3 ข้อ มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) จำนวน 4 ข้อ และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่มีความคิดหรือความรู้สึกเลย มีความคิดหรือความรู้สึกเล็กน้อย มีความคิดหรือความรู้สึกปานกลาง มีความคิดหรือความรู้สึกมาก และมีความคิดหรือความรู้สึกตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ non extreme catastrophizer (น้อยกว่า 30 คะแนน) และ extreme catastrophizer (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น .87

ชุดที่ 3 แบบประเมินความปวด (the short-form McGill Pain Questionnaire [SF-MPQ]) พัฒนาโดย Melzack, Wall, and Ty (1982) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และอภิขนา โฉมวิณะ (2547) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะความปวด/อาการปวด

(pain descriptors) แบ่งออกเป็นด้านความรู้สึก (sensory score) จำนวน 11 ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปวด/รู้สึก ปวด/รู้สึกน้อย ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน ปวด/รู้สึกปานกลาง รบกวนชีวิตประจำวัน และปวด/รู้สึกมากจนทนไม่ได้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-45 คะแนน ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวด ในขณะที่ถูกประเมิน (present pain intensity) จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอรำคาญ ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ปวดจนทุกข์ทรมาน และปวดมากจนทนไม่ได้ และส่วนที่ 3 visual analog scale (VAS) เป็นมาตรวัดเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายสุด หมายถึง ไม่ปวดเลย และด้านขวาสุด หมายถึง ปวดมากที่สุด ประเมินโดยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาว หน่วยเป็นมิลลิเมตร คะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ทั้งนี้ คะแนนรวมของแบบประเมิน คือ คะแนนของส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 คะแนนอยู่ในช่วง 0-50 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความปวดในระดับเล็กน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17-31 คะแนน) และในระดับมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 32 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 090/64 วันที่ 8 ตุลาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐ และแพทย์เจ้าของคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เอกชน) เข้าพบหัวหน้าหน่วยไตเทียม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียม ในช่วงก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสอบถาม แบบวัด และแบบประเมิน ทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลา 20–30 นาที และพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งที่หน่วยไตเทียม ในช่วงหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อ่านข้อคำถามในแบบวัดและแบบประเมินทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลา 15–25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอร์ไทล์ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยฯ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.60 มีอายุต่ำสุด–สูงสุด คือ 18–83 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 56.41 ปี ($SD = 14.22$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.70 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.90 มีรายได้ต่ำสุด–สูงสุด คือ 0–70,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 14,327.06 บาทต่อเดือน ($SD = 17,999.26$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.80 มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.70 มีระยะเวลาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่ำสุด–สูงสุด คือ 8–264 เดือน โดยมีระยะเวลาการฟอกเลือดฯ เฉลี่ย 51.04 เดือน ($SD = 40.87$) และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 69.40

2. ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer คิดเป็นร้อยละ 97.60 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำแนกตามคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($n = 85$)

คะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด	ก่อนการฟอกเลือด		หลังการฟอกเลือด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
non extreme catastrophizer	83	97.60	83	97.60
extreme catastrophizer	2	2.40	2	2.40
	Med = 0, IQR = 0		Med = 0, IQR = 0	

3. ความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ป่วยฯ ทั้งหมดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำแนกตามคะแนนความปวด ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 85)

คะแนนความปวด	ก่อนการฟอกเลือด		หลังการฟอกเลือด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	85	100	85	100
ระดับปานกลาง	0	0	0	0
ระดับมาก	0	0	0	0
คะแนนรวม	min-max = 0-8, M = .82, SD = 1.60		min-max = 0-8, M = 1.19, SD = 1.83	
VAS (0-100)	min-max = 0-90, M = 9.17, SD = 17.40		min-max = 0-90, M = 13.88, SD = 19.03	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับ

ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .920, p < .001$ และ $r_s = .930, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 85)

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด	ความปวด			
	ก่อนการฟอกเลือด		หลังการฟอกเลือด	
	r_s	p	r_s	p
ก่อนการฟอกเลือด	.920	< .001	-	-
หลังการฟอกเลือด	-	-	.930	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer (ร้อยละ 97.60) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งมีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุด มีความคิดเป็นระบบและมีเหตุผล (เกษรเกษมสุข และบังอร ฤทธิ์อุดม, 2566) ผู้ป่วยจึงยอมรับความปวดจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งส่วนใหญ่มารับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาเฉลี่ยถึง 51.04 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีความปวดเรื้อรังสามารถยอมรับความปวดที่เกิดขึ้นได้ (Murray, Patel, Twiddy, Surgeon, & Palermo, 2021) จึงทำให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในมิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ รวมกันน้อยกว่า 30 คะแนน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยมีสุขภาพทางจิตใจในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย และดูแลตนเองอย่างดีเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี อีกทั้งผู้ป่วยยังมีเจตคติต่อตนเองด้านบวก ซึ่งยอมรับด้านดีและด้านไม่ดีของตนเองได้ (วารภรณ์ ภูคา, นพพร ว่องสิริมาศ, และวาริรัตน์ ถาน้อย, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย (ร้อยละ 100) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการแทงเส้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยมี

ความคิดว่า การแทงเส้นนั้นเป็นการช่วยรักษาชีวิต ทำให้เกิดความเคยชินต่อการเจ็บปวด จึงไม่ได้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการดำรงชีวิตต่อไป (กันตพร ยอดไชย, 2562) ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจและประเมินอาการจากแพทย์และพยาบาลระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง และหากผู้ป่วยมีอาการปวดสามารถแจ้งแพทย์หรือพยาบาลเพื่อขอรับยาลดปวดได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่ ร่วมกับการที่ต้องมารับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จึงทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบเพื่อนผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดด้วยกัน จึงมีปฏิสัมพันธ์กัน พุดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเป้าหมายในการรักษา ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความปวดได้น้อยลง (Latifi & Kiani, 2021) สอดคล้องกับการศึกษามุมมองต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง ที่พบว่า การยอมรับความปวดเกิดจากการได้รับการผลักดันของวัฒนธรรมไทยที่ฝังแน่นอยู่ ซึ่งเชื่อว่า การอดทนเป็นสิ่งที่ดี ประกอบกับตลอดเวลาที่รับการรักษา ญาติพี่น้องและเพื่อนมีผลต่อการขยายแนวคิดดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความปวดได้ (ทิพวัลย์ เรืองฤทธิ์ และวัชริน ลินชวานนท์, 2561) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีความเครียดในระดับปานกลาง (วารภรณ์ ภูคา และคณะ, 2563) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ความเครียดในระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dos Santos et al. (2021) ที่พบว่า ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรงร้อยละ 21.50 ระดับปานกลางร้อยละ 13.80 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 6.20 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleishman et al. (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสบการณ์ความปวดร้อยละ 82 และมี

คะแนนความปวด VAS มากกว่า 8/10 คะแนน ถึง ร้อยละ 41.60 อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความปวดที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 61.50

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ของ Sullivan et al. (1995) ที่กล่าวว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไป โดยทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่มีชุดความคิดด้านลบเกี่ยวกับความปวด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดในระดับน้อย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirata, Tomiyama, Koike, Yoshimura, and Inoue (2021) ที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Raisi, Raisi, and Kolivand (2022) ที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการปวดจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรมีการประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการหาแนวทางในการลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและอาจสร้างแบบประเมินหรือตัวชี้วัดในการประเมินความปวดให้เป็นระบบ เช่นเดียวกับการประเมิน

ความปวดในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและในหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในภาพรวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กันตพร ยอดไชย. (2562). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาล และการจัดการอาการ*. สงขลา: พี ซี โปรสเปค. เกษร เกษมสุข, และบังอร ฤทธิอุดม. (2566). การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน: บทบาทของพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1), 368-380.
- คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *Thailand renal replacement therapy: Year 2020*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). *คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต-2561.pdf>

- จันทร์ เริ่มเสริมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการประคบความเย็นต่อความปวดจากการแทงเข็ม AVF ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารหัวหิน สุขใจไกลกังวล*, 5(2), 28–38.
- ทิพวัลย์ เรื่องฤทธิ์, และวัชริน ลินชวานนท์. (2561). มุมมองต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง. *วิสัญญีสาร*, 44(3), 127–135.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรุา ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ถลิตา เดชาวูช, และพิมพ์รัตน์ โทกุล. (2563). โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(1), 33–42.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรุา ประเสริฐศรี, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, วารุณี สุวรรณกุล, และปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2558). ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด : แนวคิดและการนำไปใช้ในการวิจัยความปวดในประเทศไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(3), 256–269.
- วารภรณ์ ภูคา, นพพร ว่องสิริมาศ, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(1), 73–85.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และอภิชนา ไชวินทะ. (2547). แบบประเมินความเจ็บปวด Short-form McGill Pain Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 14(3), 83–92.
- Dos Santos, P. R., Mendonça, C. R., Noll, M., Borges, C. C., Alves, P. M., Dias, N. T., ... Porto, C. C. (2021). Pain in hemodialysis patients: Prevalence, intensity, location, and functional interference in daily activities. *Healthcare*, 9(10), 1375. doi: 10.3390/healthcare9101375
- Fleishman, T. T., Dreiherr, J., & Shvartzman, P. (2018). Pain in maintenance hemodialysis patients: A multicenter study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 178–184. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.05.008
- Gerogianni, G. (2023). Factors affecting pain in hemodialysis and non-pharmacological management. *Cureus*, 15(2), e35448. doi:10.7759/cureus.35448
- Hirata, J., Tomiyama, M., Koike, Y., Yoshimura, M., & Inoue, K. (2021). Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: A cross-sectional study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(1), 542. doi:10.1186/s13018-021-02693-y
- Ibrahim, A. A., Akindele, M. O., Kaka, B., & Mukhtar, N. B. (2021). Development of the Hausa version of the Pain Catastrophizing Scale: Translation, cross-cultural adaptation and psychometric evaluation in mixed urban and rural patients with chronic low back pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 44. doi:10.1186/s12955-020-01644-1

- Kurien, T., Kerslake, R. W., Graven-Nielsen, T., Arendt-Nielsen, L., Auer, D. P., Edwards, K., ... Petersen, K. K. (2022). Chronic postoperative pain after total knee arthroplasty: The potential contributions of synovitis, pain sensitization and pain catastrophizing—An explorative study. *European Journal of Pain*, *26*(9), 1979–1989. doi:10.1002/ejp.2018
- Latifi, Z., & Kiani, M. (2021). The multiple relationships between anxiety sensitivity, social support, perception of pain and life expectancy variables. *Journal of Research & Health*, *11*(2), 87–94. doi: 10.32598/JRH.11.2.1598.3
- Melzack, R., Wall, P. D., & Ty, T. C. (1982). Acute pain in an emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. *Pain*, *14*(1), 33–43. doi:10.1016/0304-3959(82)90078-1
- Miot, H. A. (2011). Sample size in clinical and experimental trials. *Jornal Vascular Brasileiro*, *10*(4), 275–278. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Dxg84WBMPnNrVcpKMXyVfHd/?format=pdf&lang=en>
- Murray, C. B., Patel, K. V., Twiddy, H., Sturgeon, J. A., & Palermo, T. M. (2021). Age differences in cognitive–affective processes in adults with chronic pain. *European Journal of Pain*, *25*(5), 1041–1052. doi: 10.1002/ejp.1725
- Raiisi, F., Raisi, H., & Kolivand, M. (2022). Predicting pain catastrophizing based on pain anxiety symptoms and cognitive flexibility in cancer patients. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, *7*(3), 772–777. doi:10.52547/ijmpp.7.3.772
- Sadigova, E., Ozkurt, S., & Yalcin, A. U. (2020). Pain assessment in hemodialysis patients. *Cureus*, *12*(2), e6903. doi:10.7759/cureus.6903
- Sousa, L. M. M., Valentim, O. S., Marques-Vieira, C., Antunes, V., Severino, S., & Helena, J. M. G. (2020). Association between stress/anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *23*(23), 47–53. doi:10.19131/rpesm.0272
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, *7*(4), 524–532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Yousefi Afrashteh, M., Abbasi, M., & Abbasi, M. (2023). The relationship between meaning of life, perceived social support, spiritual well-being and pain catastrophizing with quality of life in migraine patients: The mediating role of pain self-efficacy. *BMC Psychology*, *11*(1), 17. doi:10.1186/s40359-023-01053-1