

คุณภาพชีวิตของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะและสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ

เพชรไพลิน พงษ์บริบูรณ์ พ.บ., สยาม ทองประเสริฐ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,
อภิชนา โสวินทะ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
*ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ABSTRACT

Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury: a Comparative Study between Those with Indwelling Catheterization and Intermittent Catheterization

Pongboriboon P, Tongprasert S, Kovindha A.

*Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Objectives: To compare quality of life (QOL) of persons with spinal cord injury (SCI) between those with indwelling catheterization (ID) and intermittent catheterization (IC) and find out reason for choosing ID as a main bladder management.

Study design: Cross-sectional and comparison study

Setting: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Subjects: Chronic SCI persons with duration of injury more than a year who needed urinary catheterization as a main bladder management.

Methods: Subjects were interviewed and completed 2 questionnaires: 1) ISCOS (International Spinal Cord Society) core data Sets and lower urinary tract function basic data set and 2) WHOQOL-BREF-THAI. Those with ID were also asked why they chose ID.

Results: There were 108 individuals recruited into the study, 79% male, 64% are younger than 40 years old, 29% tetraplegic, 38% ID and 31% having urinary incontinence. There were no significant difference in the mean QOL scores of physical, psychological, social relationships and environmental between the two groups. Within the age group of more than 40 years old, those with ID had higher mean social QOL score than those with IC (9.8, 8.1; $p=0.02$). Using multivariate analysis, confounding factors such as bladder management, duration of injury, severity of injury and incontinence were controlled and only age more than 40 years old

was significantly related with low physical (-1.9; 95%CI -3.8 to -0.2; $p=0.03$) and social QOL scores (-1.1; 95%CI -2.1 to -0.1; $p=0.04$). Ninety-five percent chose ID because of convenience.

Conclusion: Indwelling catheterization and intermittent catheterization have no different effects on quality of life of spinal cord injury persons. The main reason of choosing indwelling catheterization is convenience.

Keywords: spinal cord injury, urinary catheterization, quality of life

J Thai Rehabil Med 2011; 21(1): 13-20

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะและสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ และเหตุผลที่เลือกวิธีการคาสายสวนปัสสาวะ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบตัดขวางและเปรียบเทียบ

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มประชากร: ผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังเป็นเวลานานมากกว่า 1 ปีและขับถ่ายปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะ

วิธีการศึกษา: ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ (ISCOS core data Sets and lower urinary tract function basic data set) และ 2) แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้ที่คาสายสวนปัสสาวะต้องตอบแบบสอบถามเรื่องเหตุที่เลือกการคาสายสวนปัสสาวะ

ผลการศึกษา: ผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังทั้งหมด 108 คน ร้อยละ 79 เป็นเพศชาย, ร้อยละ 64 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี, ร้อยละ 29 เป็นอัมพาตทั้งตัว, ร้อยละ 38 คาสายสวนปัสสาวะ, ร้อยละ 62 สวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ และร้อยละ 31 มีปัสสาวะเล็ดราด. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย, ด้านจิตใจ, ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. เมื่อแยกพิจารณาแต่ละปัจจัยพบว่าที่ช่วงอายุมากกว่า 40 ปี กลุ่มคาสายสวนปัสสาวะมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสัมพันธภาพ

Corresponding to: Dr. Petchpailin Pongboriboon, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand.
E-mail address: petchrehab@gmail.com

ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่สวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.8, 8.1, p=0.02). เมื่อใช้ multivariate analysis เพื่อควบคุมตัวแปร ได้แก่ การสวนปัสสาวะ, ระยะเวลาที่เป็นอัมพาต, ความรุนแรงของอัมพาต และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบว่าอายุมากกว่า 40 ปี มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (-1.9; 95%CI -3.8 to -0.2; p=0.03) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (-1.1; 95%CI -2.1 to -0.1; p=0.04). ส่วนเหตุผลที่เลือกคาสายสวนปัสสาวะนั้นร้อยละ 95 ระบุว่าการคาสายสวนปัสสาวะสะดวกกว่าการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ

สรุป: การคาสายสวนปัสสาวะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังไม่แตกต่างจากการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ และเหตุผลหลักที่เลือกคาสายสวนปัสสาวะคือความสะดวก

คำสำคัญ: บาดเจ็บไขสันหลัง, การสวนปัสสาวะ, คุณภาพชีวิต

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2554; 21(1): 13-20

บทนำ

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง นอกจากมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกแล้ว ยังมีภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ ซึ่งรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นกับระดับและความรุนแรงของพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง เป้าหมายการฟื้นฟูคือให้มีการกักเก็บและการขับถ่ายปัสสาวะใกล้เคียงธรรมชาติที่สุดและปลอดภัยต่อระบบทางเดินปัสสาวะและชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁾ ปัจจุบันมีหลายวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ เช่น การคาสายสวนปัสสาวะทั้งทางท่อปัสสาวะ(transurethral indwelling catheterization) และทางหน้าท้อง (suprapubic catheter), การสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ซึ่งผู้ป่วยสวนเองหรือผู้อื่นสวนให้ การกระตุ้นให้กระเพาะปัสสาวะหดตัว บีบขับให้ปัสสาวะไหลออกมาโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การเคาะบริเวณเหนือหัวหน้า การเกาต้นขา, ตบบริเวณก้น, การใช้ถุงยางต่อกับถุงเก็บปัสสาวะอีกทีหนึ่ง เป็นต้น

ปัจจุบันยอมรับว่าการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ (intermittent catheterization) ทั้งที่สวนด้วยตนเองหรือผู้อื่นสวนให้ เป็นทางเลือกอันดับแรกสำหรับผู้ที่ไม่สามารถปัสสาวะได้เองหรือมีปัสสาวะเล็ดราด เนื่องจากปลอดภัยแม้ทำติดต่อกันเป็นเวลานาน ลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทางเดินปัสสาวะติดเชื้อได้ ทั้งนี้ขึ้นกับอุปกรณ์และวิธีการสวนที่ถูกต้องด้วย ส่วนการคาสายสวนผ่านท่อปัสสาวะ ช่วยควบคุมปัสสาวะเล็ดราดได้ แต่ต้องระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะอุดตัน และถ้าใช้สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางขนาดใหญ่ หรือมีขนาดลูกโป่ง (balloon) ที่ใหญ่เกินไป จะทำให้บริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะถูกกดและขยายตัวกว้างออก (bladder neck and urethral erosion) มีผลให้ปัสสาวะซึมเล็ดออกมารอบ ๆ สายสวน นอกจากนี้ยังไม่ปลอดภัยถ้าใช้ระยะยาว เพราะเสี่ยงต่อทางเดินปัสสาวะติดเชื้อและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้ ส่วนการคาสายสวนทางหน้าท้อง เป็นอีกทางเลือกหนึ่งซึ่งมัก

ใช้เมื่อวิธีอื่นไม่ได้ผล ช่วยลดปัญหาบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะถูกกดและขยายตัวกว้างออกได้ แต่ไม่ปลอดภัยเมื่อใช้ระยะยาวเพราะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนคล้ายการคาสายผ่านท่อปัสสาวะ ทั้งการคาสายสวนผ่านท่อปัสสาวะและการคาสายสวนทางหน้าท้อง เป็นวิธีที่ด้อยกว่าการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม แพทย์ยังแนะนำให้ตรวจยูโรพลศาสตร์ (urodynamics), การทำงานของไต (renal function) และภาพทางรังสีของทางเดินปัสสาวะส่วนบนและส่วนล่าง (upper and lower urinary tract imaging) อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่อาจเกิดกับทางเดินปัสสาวะ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

มีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดย Liu และคณะ⁽³⁾ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่คาสายสวนปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้หรือกลุ่มที่มีปัสสาวะออกมาเองแต่กลั้นไม่ได้ (reflex voiding) ส่วน Oh และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือ health-related QOL (HRQOL) ของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังซึ่งสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ จำนวน 132 คน และกลุ่มประชากรปกติจำนวน 150 คน พบว่าถึงแม้การสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและสามารถเข้าสังคมได้ขึ้น แต่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังยังคงมีภาวะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ต้องทานยาต่อเนื่องและได้รับการตรวจติดตามระยะยาว จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง อย่างไรก็ตาม ยังพบผลการศึกษาของ Brillhart⁽⁵⁾ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ใช้วิธีขับถ่ายปัสสาวะต่างกัน คือ ปัสสาวะได้เอง, ปัสสาวะออกมาเองแต่กลั้นไม่ได้, คาสายสวนปัสสาวะทางท่อปัสสาวะหรือทางหน้าท้อง, สวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ และการใช้ถุงยางต่อกับถุงเก็บปัสสาวะ พบว่าทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาและตรวจติดตามยูโรพลศาสตร์เพื่อดูการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและหูด, การทำงานของไต และการตรวจอุลตราซาวด์ของไต เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงหรือค้นพบโรคแทรกที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจว่าวิธีการขับถ่ายปัสสาวะที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ ที่ผ่านมามีว่าการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมและปลอดภัยที่สุด แต่จากการสอบถามพบว่ายังมีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนหนึ่งเลือกการคาสายสวนปัสสาวะ โดยให้เหตุผลว่าเกรงใจผู้ดูแลที่ต้องจัดการเรื่องการขับถ่ายให้, กลัวติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือไม่สะดวกสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เมื่อทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังและต้องสวนปัสสาวะในประเทศไทย ดังนั้น กลุ่มผู้ทำการวิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อดูผลกระทบจากการสวนปัสสาวะต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังใน

ประเทศไทย โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคาสายสวนปัสสาวะ และกลุ่มสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังเป็นเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี เคยผ่านการฟื้นฟูจากหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ร.พ. มหาราชนครเชียงใหม่และตรวจติดตามยูโรพลศาสตร์

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) มีดังนี้

- สัญชาติไทย
- มีอายุระหว่าง 18-60 ปี (เนื่องจากในการพัฒนาแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)⁽⁶⁾
- ใช้การสวนปัสสาวะโดยการคาสายสวนปัสสาวะหรือการสวนปัสสาวะเป็นระยะ (โดยอาจทำด้วยตัวเองหรือผู้ดูแลก็ได้) วิธีใดวิธีหนึ่งติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน อาจมีช่วงที่เปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นในเวลาแต่ละครั้ง ไม่นานกว่า 2 สัปดาห์
- ระดับการศึกษาขั้นต่ำจบประถมศึกษาปีที่ 6 สามารถเข้าใจภาษาไทย และอ่านหนังสือได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ไม่มีความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

- มีภาวะอารมณ์ผิดปกติหรือแปรปรวน (mood disorder) ที่กำลังได้รับการรักษาอยู่
- มีประวัติได้รับบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury)

เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องเดียวกันกับเรื่องที่ต้องการ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงอาศัยข้อมูลจากการศึกษานำร่อง และนำมาคำนวณ โดยใช้สูตร $n = 2[(Z_{\alpha} - Z_{\beta})\sigma]^2 / (\mu_c - \mu_1)^2$ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงตั้งเป้าหมายให้ได้จำนวน 60 คนต่อกลุ่ม (กลุ่มคาสายสวนปัสสาวะ และ กลุ่มสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ)

เครื่องมืองานวิจัย

- แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI)

ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพกาย (physical domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

- แบบเก็บข้อมูลเรื่องเหตุผลที่เลือกการคาสายสวนปัสสาวะจากการทดลองนำแบบเก็บข้อมูลนี้ไปให้ผู้บาดเจ็บไขสันหลังทดลองทำในการศึกษานำร่องแล้ว เมื่อหา content reliability ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.832 ถือว่าคำถามทั้งหมดมีความ

เชื่อถือได้มาก

ขั้นตอนการวิจัย

- ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านแบบคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นจึงประเมินตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก

- ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปตาม ISCOS (International Spinal Cord Society) core data set⁽⁷⁾ ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุและระยะเวลาที่บาดเจ็บไขสันหลัง ระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

2. ข้อมูลตาม lower urinary tract function ISCOS basic data set-form⁽⁷⁾

3. แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI)⁽⁶⁾

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่คาสายสวนปัสสาวะต้องทำแบบเก็บข้อมูลเรื่องเหตุผลที่เลือกการคาสายสวนปัสสาวะด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรม STATA version 11 คิดคำนวณค่าทางสถิติโดย

- ใช้ Chi-square หรือ Fisher exact test เปรียบเทียบสัดส่วนของเพศ, อาชีพ, ระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพ
- ใช้ independent t-test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของอายุ
- ใช้ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะหรือการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ เป็นอัมพาตจากบาดเจ็บไขสันหลัง, ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะหรือการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ
- วิเคราะห์ความแตกต่างคุณภาพชีวิตของทั้ง 2 กลุ่มโดย student's t-test โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนได้ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสภาพและตรวจติดตามยูโรพลศาสตร์ทั้งหมด 667 คน เป็นผู้บาดเจ็บไขสันหลัง 482 คน, ใช้วิธีปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะ 436 คน, ผ่านเกณฑ์คัดเลือก 117 คน, ถูกคัดออก 9 คน, เหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 108 คน แบ่งเป็นกลุ่มคาสายสวนปัสสาวะ 41 คน และกลุ่มสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ 67 คน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นเพศชาย 85 คน, เป็นอัมพาตทั้งตัว 31 คน; กลุ่มคาสายสวนปัสสาวะและกลุ่มสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ มีอายุเฉลี่ย 37.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.94) และ 35.19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.42) ปี, ระยะเวลาเป็นอัมพาตเฉลี่ย 8.50 และ 6.73 ปี ตามลำดับ, ทั้ง 2 กลุ่มมีระยะเวลาที่ปัสสาวะโดยการสวนเฉลี่ย 6 ปี

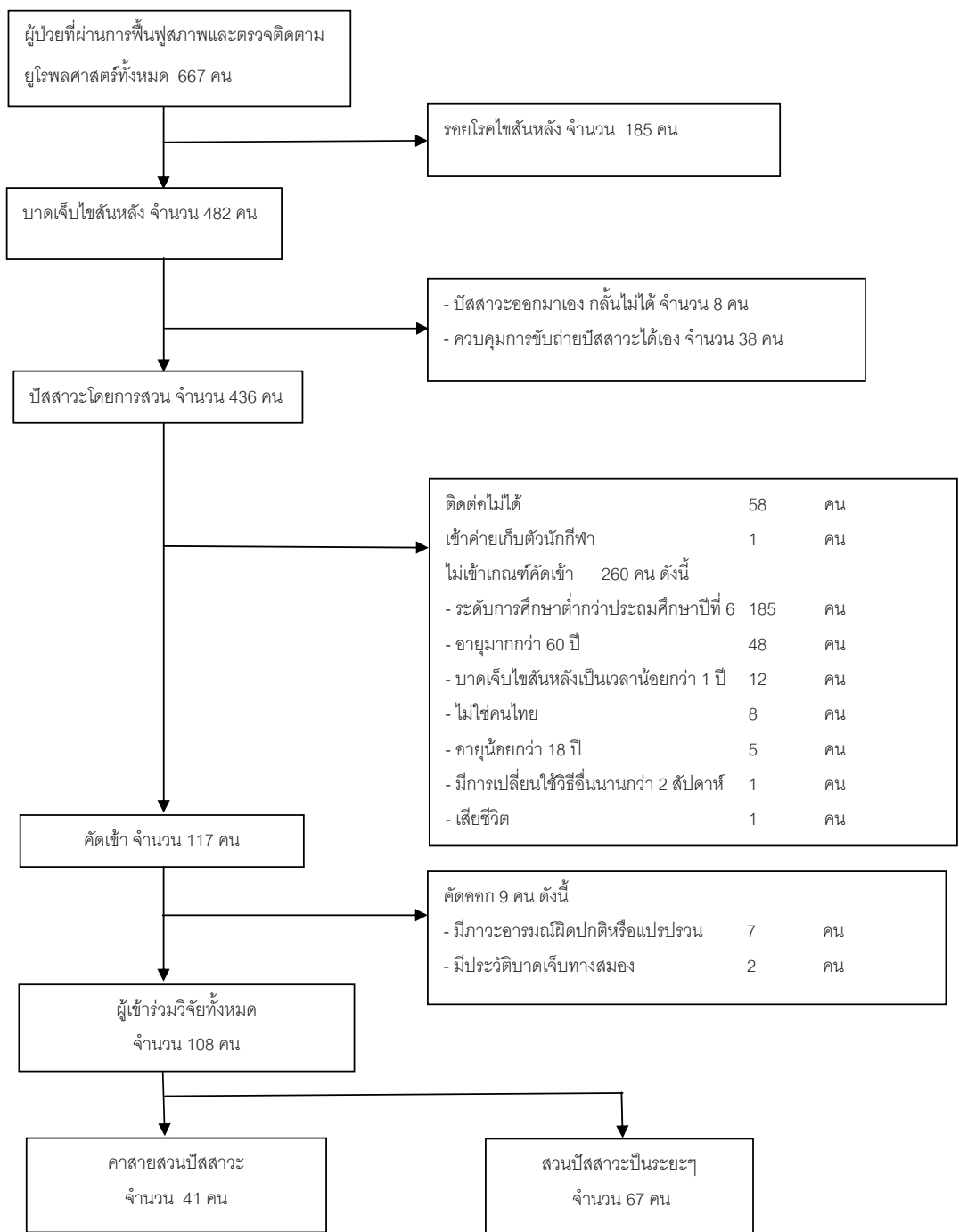
ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคาสายสวนปัสสาวะและสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับกลาง

แผนภูมิที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน คือ ด้านสุขภาพกาย (22.8 ± 4.7 , 23.3 ± 4.4 ; $p=0.55$), ด้านจิตใจ (21.2 ± 5.2 , 21.3 ± 6.9 ; $p=0.91$), ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (9.8 ± 2.3 , 9.2 ± 2.6 ; $p=0.23$), ด้านสิ่งแวดล้อม (27.2 ± 4.7 , 27.0 ± 4.8 ; $p=0.81$)

ตารางที่ 3 เมื่อแยกพิจารณาแต่ละปัจจัย พบว่าที่ช่วงอายุมากกว่า 40 ปี กลุ่มคาสายสวนปัสสาวะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่สวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ, อายุ, AIS, ลักษณะอัมพาต, ระยะเวลาที่เป็นอัมพาต, การมี

ปัสสาวะเล็ดราด และระยะเวลาที่คาสายสวนปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ไม่มีผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบทุกด้าน

ตารางที่ 4 เมื่อนำข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดบ้าง ได้แก่ เพศ, ระยะเวลาเป็นอัมพาต, ระยะเวลาที่คาสายสวนปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ, ลักษณะอัมพาต, ความรุนแรงของอัมพาตไขสันหลังอิง American Spinal Injury Association Impairment Scale (AIS) และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้ที่ปัสสาวะโดยการสวน โดยใช้ multivariate analysis เพื่อควบคุมปัจจัยที่คาดว่าเป็นตัวแปรกวน พบว่าอายุมากกว่า 40 ปี มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคะแนนคุณภาพชีวิต



แผนภูมิที่ 1: แสดงขั้นตอนได้ผู้เข้าร่วมวิจัย

		คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 41 คน	สวนปัสสาวะเป็นระยะๆ จำนวน 67 คน	p-value
		จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)	
เพศ	- ชาย	32 (78.05)	53 (79.10)	0.90 ^b
	- หญิง	9 (21.95)	14 (20.9)	
AIS ^a	- A	28 (68.29)	49 (73.13)	0.84 ^c
	- B	7 (17.07)	8 (11.94)	
	- C	5 (12.20)	7 (10.45)	
	- D	1 (2.44)	3 (4.47)	
	- อัมพาตครึ่งล่าง	18 (43.90)	59 (88.06)	
ลักษณะอัมพาต - อัมพาตทั้งตัว	- อัมพาตครึ่งล่าง	18 (43.90)	59 (88.06)	< 0.01 ^b
	ระดับการศึกษา - ประถมศึกษา	11 (26.83)	12 (17.91)	
	- มัธยมศึกษา	18 (43.90)	32 (47.76)	
	- ปวช., ปวส.	5 (12.20)	14 (20.90)	
	- อุดมศึกษา	7 (17.07)	9 (13.43)	
สถานภาพสมรส - โสด	- สมรส/อยู่ด้วยกัน	26 (63.41)	36 (53.73)	0.61 ^b
	- แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	11 (26.83)	23 (34.33)	
	- แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	4 (9.76)	8 (11.94)	
	อาชีพ	19 (46.34)	42 (62.69)	
- มืงานทำ	21 (51.22)	19 (28.36)		
- ว่างงาน	0 (0)	5 (7.46)		
- นักเรียน/นักศึกษา	1 (2.44)	1 (1.49)		
- อาสาสมัคร, การกุศล	4 (9.76)	30 (44.78)		
ปัสสาวะเล็ดราด - มี	- ไม่มี	37 (90.24)	37 (55.22)	< 0.01 ^b

ตารางที่ 1: แสดงข้อมูลลักษณะประชากร

^aAmerican Spinal Injury Association Impairment Scale, ^bChi-square, ^cFisher's exact test

ด้านสุขภาพกาย (-1.9; 95%CI -3.8 to -0.2; p=0.03) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (-1.1; 95%CI -2.1 to -0.1; p=0.04) ส่วนการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคะแนนคุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (-3.2; 95%CI -5.4 to -1.1; p < 0.01) นอกจากนี้ การเป็นอัมพาตทั้งตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคะแนนคุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย (3.3; 95%CI 1.1 to 5.5; p < 0.01)

เมื่อแยกวิเคราะห์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มอัมพาตทั้งตัวกับอัมพาตครึ่งล่างว่ามีปัจจัยใดบ้างที่แตกต่างกัน พบว่ามีเพียงประเด็นปัสสาวะเล็ดราดเท่านั้นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ กลุ่มอัมพาตทั้งตัวมีร้อยละ 3.2, กลุ่มอัมพาตครึ่งล่างมีร้อยละ 42.9 (p < 0.01) ส่วนเหตุผลที่เลือกคาสายสวนปัสสาวะนั้น ร้อยละ 95 ระบุว่าการคาสายสวนปัสสาวะสะดวกกว่าการสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ, ร้อยละ 80 ระบุว่าไม่ต้องสวนปัสสาวะบ่อย, ร้อยละ 66 ระบุว่าไม่สามารถสวนปัสสาวะด้วยตนเองได้, ร้อยละ 56 ระบุว่าเกรงใจผู้ที่ต้องสวนปัสสาวะให้, ร้อยละ 53.7 ระบุว่าผู้ดูแลไม่สามารถสวนปัสสาวะให้เป็นครั้งๆ ได้, ร้อยละ 43.9 ระบุว่ามีการขอลาโตนิก ดิสรีเฟล็กเซีย (autonomic dysreflexia), ร้อยละ 34.1 ระบุว่าปัสสาวะซึมเล็ดราดมาก และเหตุผลอื่น เช่น ผู้หญิงที่จำเป็นต้องใส่กางเกงเพื่อความสะดวกในการทำงาน จึงไม่สะดวกถ้าจะต้องถอดกางเกงออกมาสวนปัสสาวะวันละหลายครั้ง หรือถ้าต้องออกนอกบ้านบ่อย, ทำงานติดพัน จะได้ไม่ต้องกังวลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ

บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่คาสายสวนปัสสาวะและผู้ที่สวนปัสสาวะเป็นระยะๆ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brillhart⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ขับถ่ายปัสสาวะด้วยวิธีต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทางตรงกันข้าม การศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของ Sanchez และคณะ⁽⁸⁾ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะ, กลุ่มที่สวนปัสสาวะเป็นระยะๆ และกลุ่มที่ใช้ถุงยางต่อลงถุงเก็บปัสสาวะ โดยใช้ King's Health Questionnaire (KHQ) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเฉพาะที่ใช้ประเมินผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ พบว่ากลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะมีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด และกลุ่มที่ใช้ถุงยางต่อลงถุงเก็บปัสสาวะมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดในแง่การไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (แต่แบบสอบถาม KHQ ฉบับภาษาไทยยังไม่ผ่านการรับรองความน่าเชื่อถือในการใช้ประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง)⁽⁹⁾ ส่วนการศึกษานี้ใช้ WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นแบบสอบถามทั่วไปจึงไม่พบความแตกต่าง

เหตุผลที่การศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เนื่องจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับ

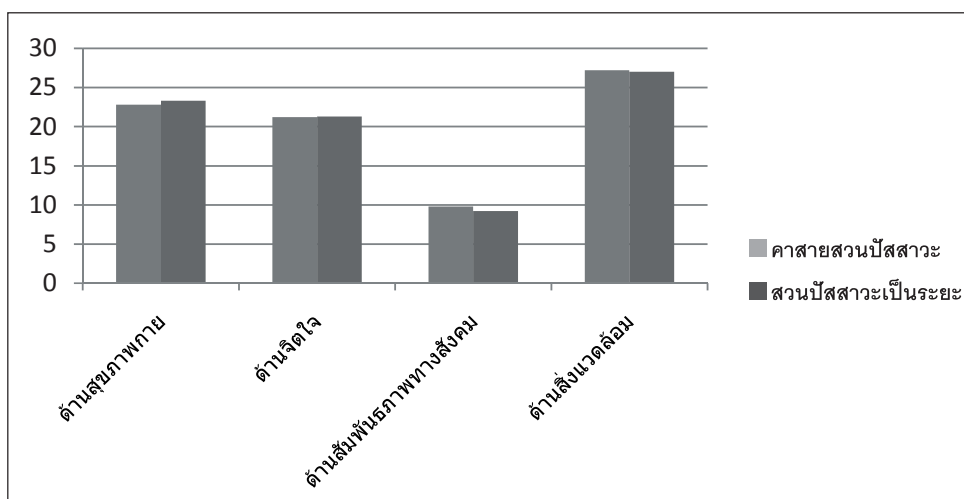
องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต (คะแนน)	คาสายสวนปัสสาวะ (คน)	สวนปัสสาวะเป็นระยะๆ (คน)	p-value ^a
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ไม่ดี (26-60)	1	3	0.94
	กลาง ๆ (61-95)	28	46	
	ดี (96-130)	12	18	
ด้านสุขภาพกาย	ไม่ดี (7-16)	6	3	0.16
	กลาง ๆ (17-26)	24	47	
	ดี (27-35)	11	17	
ด้านจิตใจ	ไม่ดี (6-14)	4	9	0.77
	กลาง ๆ (15-22)	20	34	
	ดี (23-30)	17	24	
ด้านสัมพันธภาพทางทางสังคม	ไม่ดี (3-7)	4	18	0.07
	กลาง ๆ (8-11)	30	36	
	ดี (12-15)	7	13	
ด้านสิ่งแวดล้อม	ไม่ดี (8-18)	2	2	0.45
	กลาง ๆ (19-29)	25	49	
	ดี (30-40)	14	16	

ตารางที่ 2: แสดงระดับคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคาสายสวนปัสสาวะและสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ
^aChi-square

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะคือ Qualiveen⁽¹⁰⁾ แต่ติดปัญหาเรื่องลิขสิทธิ์ และยังไม่มีกรแปลเป็นภาษาไทย ดังนั้นจึงไม่สามารถนำมาใช้ได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ WHOQOL-BREF เนื่องจากเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตหลังจากบาดเจ็บไขสันหลังมากที่สุด เพราะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้ทั้งด้าน subjective และ objective นอกจากนี้ ยังเป็นเครื่องมือที่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรบาดเจ็บไขสันหลังอย่างแพร่หลาย ได้รับการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ และมีการวัดผลความน่าเชื่อถือ (validate) ได้เป็นที่ยอมรับ⁽¹¹⁾ รวมทั้งในประเทศไทยด้วย สำหรับ King's Health Questionnaire เป็นแบบสอบถามเฉพาะที่ใช้ประเมินผู้ป่วยกั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms, LUTS) ถึงแม้มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว แต่สรุปว่ามีความน่าเชื่อถือในกลุ่ม

ผู้หญิงที่มีภาวะปัสสาวะบีบตัวมากเกินไป (overactive bladder) เท่านั้น ซึ่งผู้แปลแบบสอบถามเองก็เสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความน่าเชื่อถือเมื่อใช้ประเมินกลุ่มประชากรอื่น ๆ เพิ่มเติมในอนาคต⁽⁹⁾

อนึ่ง ไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าช่วงอายุมากกว่า 40 ปี กลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงกว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มคาสายสวนปัสสาวะมีระยะเวลาเป็นอัมพาตนานกว่า จึงมีการปรับตัวได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่มากกว่า 40 ปี มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพราะว่าเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย สายตามีปัญหา มีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากที่บาดเจ็บไขสันหลังอยู่เดิม มีผลให้ความสามารถในการออกสู่สังคมลดลง ส่งผลกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ลด



แผนภูมิที่ 2: แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคาสายสวนปัสสาวะและสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ

ปัจจัย		คาสายสวนปลัสสาวะ คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	สวนปลัสสาวะเป็นระยะๆ คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	P- value ^c
อายุ	- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	9.9 (2.7)	9.8 (2.5)	0.88
	- มากกว่า 40 ปี	9.8 (1.3)	8.1 (2.4)	0.02
เพศ	- ชาย	9.7 (2.5)	9.2 (2.6)	0.34
	- หญิง	10.3 (1.2)	9.6 (2.8)	0.49
ระยะเวลาเป็นอัมพาต	- น้อยกว่า 5 ปี	8.8 (2.8)	9.0 (2.8)	0.88
	- 5-15 ปี	10.6 (2.2)	9.6 (2.6)	0.19
	- มากกว่า 15 ปี	9.9 (1.0)	8.6 (2.1)	0.10
ลักษณะอัมพาต	- อัมพาตทั้งตัว	9.9 (2.6)	9.6 (2.5)	0.82
	- อัมพาตครึ่งล่าง	9.8 (1.8)	9.2 (2.6)	0.36
AIS ^a	- A	9.4 (2.0)	9.2 (2.3)	0.74
	- B	10.9 (2.0)	10.6 (3.5)	0.88
	- C	10.8 (3.5)	7.6 (2.6)	0.09
	- D	12.0 (na) ^b	11.0 (2.6)	na ^b
ปลัสสาวะเล็ดราด	- มี	15.0 (na) ^b	8.4 (2.6)	na ^b
	- ไม่มี	9.7 (2.2)	9.6 (2.6)	0.84

ตารางที่ 3: ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างกลุ่มที่คาสายสวนปลัสสาวะและกลุ่มที่สวนปลัสสาวะเป็นระยะๆ
^aAmerican Spinal Injury Association Impairment Scale; ^bไม่สามารถวิเคราะห์ได้เนื่องจากมีตัวอย่าง 1 คน; ^cIndependent t-test

ปัจจัย	ด้านสุขภาพกาย	p- value	ด้านจิตใจ	p- value	ด้านสัมพันธ ภาพทางสังคม	p- value	ด้าน สิ่งแวดล้อม	p-value
สวนปลัสสาวะ เป็นระยะๆ	-0.7 (-2.6 to 1.3)	0.51	-3.4 (-3.2 to 2.5)	0.81	-0.4 (-1.5 to 0.7)	0.45	0.5 (-1.6 to 2.6)	0.66
อายุมากกว่า 40 ปี	-1.9 (-3.8 to -0.2)	0.03	-2.1 (-4.7 to 0.5)	0.11	-1.1 (-2.1 to -0.1)	0.04	-1.3 (-3.2 to 0.7)	0.19
เป็นอัมพาต 5 - 15 ปี	1.8 (-0.1 to 3.8)	0.07	2.3 (-0.5 to 5.2)	0.11	1.4 (0.3 to 2.5)	0.02	1.6 (-0.5 to 3.7)	0.13
เป็นอัมพาต นานกว่า 15 ปี	2.4 (-0.2 to 5.0)	0.07	4.2 (0.4 to 7.9)	0.03	0.9 (-0.6 to 2.2)	0.23	1.7 (-1.0 to 4.5)	0.21
ปลัสสาวะเล็ด ราด	-0.8 (-2.8 to 1.1)	0.40	0.5 (-2.4 to 3.4)	0.71	-0.5 (-1.6 to 0.6)	0.36	-3.2 (-5.4 to -1.1)	<0.01
เพศหญิง	1.4 (-0.7 to 3.4)	0.18	1.4 (-1.6 to 4.5)	0.35	0.5 (-0.7 to 1.6)	0.43	1.3 (-0.9 to 3.5)	0.26
AIS B	1.5 (-1.1 to 4.1)	0.25	2.8 (-0.9 to 6.6)	0.14	1.8 (0.3 to 3.2)	0.02	0.4 (-2.4 to 3.1)	0.79
AIS C	0.4 (-2.5 to 3.2)	0.80	0.2 (-3.9 to 4.3)	0.93	0.1 (-1.5 to 1.7)	0.91	-2.6 (-5.6 to 0.4)	0.09
AIS D	2.9 (-1.5 to 7.2)	0.20	3.5 (-2.9 to 9.9)	0.28	2.1 (-0.4 to 4.5)	0.10	2.0 (-2.7 to 6.7)	0.39
อัมพาตทั้งตัว	3.3 (1.1 to 5.5)	<0.01	1.0 (-2.3 to 4.2)	0.56	-0.1 (-1.4 to 1.1)	0.86	0.7 (-1.7 to 3.1)	0.57

ตารางที่ 4: แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน

ลงด้วย

จากการศึกษานี้เป็นที่น่าสังเกตว่าการกลั้นปัสสาวะไม่ได้มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาพบ้านเรือนหรือสถานที่ทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีห้องน้ำหรือสถานที่มืดซิดสำหรับเข้าไปส้วนปัสสาวะ หรือหากมีปัสสาวะเล็ดราดระหว่างการเดินทาง จำเป็นต้องเข้าห้องน้ำเพื่อทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า แต่ประเทศไทยยังขาดเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้พิการ เช่น ห้องน้ำที่รณรงค์คนพิการสามารถเข้าได้ก็ยังมีจำกัด นอกจากนี้ การมีปัสสาวะเล็ดราดยังส่งผลให้รู้สึกกังวลไม่มั่นคง อับอาย เกิดความเครียด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้

ข้อควรพิจารณาว่าผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลบวกต่อคุณภาพชีวิต คือ การควบคุมปัสสาวะไม่ให้เล็ดราดซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ดังการศึกษาของ Pannek และคณะ⁽¹²⁾ และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้นั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ลดลงในทุก ๆ ด้าน ดังการศึกษาของ Gurcay และคณะ (13) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นอัมพาตทั้งตัวมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีกว่า เนื่องจากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.2) คาสายสว่นปัสสาวะและมีปัสสาวะเล็ดราดน้อยกว่าผู้ที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง

ส่วนเหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจเลือกคาสายสว่นปัสสาวะมากที่สุดคือความสะดวกสบาย ไม่ต้องดูแลมากเหมือนกับการสว่นปัสสาวะเป็นระยะ ๆ สำหรับกรณีผู้ที่เป็นอัมพาตทั้งตัวที่ไม่สามารถสว่นปัสสาวะเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลซึ่งไม่สะดวกสว่นปัสสาวะให้วันละหลายรอบ ประกอบกับคนในครอบครัวต้องออกไปทำงาน ดังนั้นจึงมักเลือกการคาสายสว่นปัสสาวะแทน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Woodward และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยต้องคาสายสว่นปัสสาวะ คือ ความเข้าใจและความสามารถของผู้ดูแล และความร่วมมือ (compliance) ของผู้ป่วยเอง ส่วนการศึกษาของ Ginsberg⁽¹⁵⁾ ระบุว่าสรีระของเพศหญิงเป็นอุปสรรคต่อการสว่นปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ทำให้ลงเอยด้วยการคาสายสว่นปัสสาวะ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยมีน้อยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 ดังนั้นกำลังการทดสอบ (power of test) อาจไม่พอที่จะพิสูจน์สมมุติฐานทางสถิติ

อนึ่ง การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด จึงไม่มีคำอธิบายเหตุผลเพิ่มเติมเพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกคำตอบในเรื่องนั้น ๆ

สรุป

การคาสายสว่นปัสสาวะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังไม่แตกต่างจากการสว่นปัสสาวะเป็นระยะ ๆ และเหตุผลหลักที่เลือกการคาสายสว่นปัสสาวะคือความสะดวก การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังนั้นแพทย์และทีมผู้ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะโรคหรือหลักการเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต, ปัจจัยแวดล้อม รวมทั้งเข้าใจขีดความสามารถ, ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.นพ.กวีศักดิ์ จิตต์วัฒนรัตน์ และคุณรจนา เผือกจันทิก ที่ได้อนุเคราะห์ให้คำปรึกษาด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. อภิขินา ไชวรินทร์. บาดเจ็บที่ไขสันหลัง: แนวทางการฟื้นฟูภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากระบบประสาท. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ ประเทศไทย: สุทินการพิมพ์; 2548
2. Wyndaele JJ, Kovindha A, Madersbacher H, Radziszewski P, Ruffion A, Schurch B et al. Neurologic Urinary incontinence. *Neurourol urodyn* 2010; 29: 159-164.
3. Liu CW, Attar KH, Gall A, Shah J, Craggs M. The relationship between bladder management and health-related quality of life in patients with spinal cord injury in the UK. *Spinal Cord* 2010; 48: 319-324.
4. Oh SJ, Ku JH, Jeon HG, Shin HI, Paik NJ, Yoo T. Health-related quality of life of patients using clean intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. *Urology* 2005 FEB; 65(2): 306-10.
5. Brillhart B.: Studying the quality of life and life satisfaction among persons with spinal cord injury undergoing urinary management. *Rehabil Nurs*. 2004 Jul - Aug; 29(4): 122-6.
6. สุวัฒน์ มหัตถันรัตนกุล และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อย ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). Retrived January 28, 2009, from <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>
7. อภิขินา ไชวรินทร์. มาตรฐานสากลและชุดข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ไขสันหลัง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2550; 17(2): 70-72.
8. Sanchez RJ, Romero CG, Gonzalez VM, Ramirez GL, Garcia F, Conejero SJ. Quality of life evaluation in spinal cord injured patients comparing different bladder management techniques. *Actas Urol Esp* 2010; 34(6): 537-42.
9. Kochakarn W, Pummangura N, Kijvikai K, Viseshsindh W, Sukying C, Lertsithichai P. Reliability of a Thai version of King's Health Questionnaire in Thai females with overactive bladder symptoms. *J Med Assoc Thai* 2005; 88: 1526-1534.
10. Costa P, Perrouin-Verbe B, Colvez A, Didier J, Marquis P, Marrel A et al. Quality of life in spinal cord injury patients with urinary difficulties. Development and validation of qualiveen. *Eur Urol* 2001; 39: 107-113
11. Hill MR, Noonan VK, Sakakibara BM, Miller WC et al. Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: a systemic review. *Spinal Cord* 2010; 48: 438-450.
12. Pannek J, Kullik B. Does optimizing bladder management equal optimizing quality of life? correlation between health-related quality of life and urodynamic parameters in patients with spinal cord lesions. *UROLOGY* 2009; 74: 263-266.
13. Gurcay E, Bal A, Eksioglu E, Cakci A. Quality of life in patients with spinal cord injury. *Int J Rehabil Res*. Epub 2010 Mar 29.
14. Woodward S, Rew M. Patients' quality of life and clean intermittent self-catheterization. *Br J Nurs* 2003; 12(18): 1066-74.
15. Ginsberg DA. Management of the neurogenic bladder in the female patient. *Curr Urol Rep* 2006; 7(5): 423-8.