

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังด้วยแบบสอบถามเอสเอฟ-36

ศิลา วงศ์ษา พ.บ., สยาม ทองประเสริฐ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
อภิชนา โสวินทะ พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ABSTRACT

Quality of Life of Primary Caregivers of Disabled People with Spinal Cord Injury by using Short Form-36 Questionnaire

Wongsa S, Tongprasert S, Kovindha A
Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Objective: To study quality of life (QOL) of primary caregivers of persons with spinal cord injury (SCI) and to compare QOL between those caring paraplegic and tetraplegic persons.

Study design: A cross-sectional and comparative study
Setting: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

Subjects: Primary caregivers who took care of SCI persons for at least 1 year.

Methods: Primary caregivers completed 2 questionnaires: 1) demographic data and 2) SF-36.

Results: Fifty primary caregivers were included in this study. Mean age was 43.38 years (SD=11.19), 72% were females, 34% were spouses and 46% took care of paraplegic persons. Mean QOL scores of physical and mental components were 55.06 (SD=21.53) and 63.23 (SD=19.43), respectively. The highest mean QOL score was of social function, 74.7 (SD=18.64). The mean vitality and mental health scores of primary caregivers of paraplegic persons were significant higher than of tetraplegic persons ($p=0.020$ and $p=0.024$, respectively).

Conclusion: Primary caregivers of SCI patients had mean QOL scores above 50 indicating good quality of life, especially in the social function domain. Primary caregivers of paraplegics had better quality of life than those of tetraplegics.

Keywords: quality of life, primary caregiver, spinal cord injury

J Thai Rehabil Med 2011; 21(1): 28-33

Correspondence to: Dr. Silada Wongsa, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai 50200, Thailand. E-mail address: siladaw@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง และความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ดูแลคนพิการอัมพาต/อ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้างและผู้ดูแลคนพิการอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งล่าง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบตัดขวางและเปรียบเทียบ
สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มประชากร: ผู้ดูแลผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังนานมากกว่า 1 ปี

วิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลทั่วไป และใช้แบบสอบถามเอสเอฟ-36 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมการศึกษา 50 คน อายุเฉลี่ย 43.38 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.19) ร้อยละ 72 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 34 เป็นสามีหรือภรรยา และร้อยละ 46 เป็นผู้ดูแลผู้พิการอัมพาตครึ่งล่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีดังนี้ ด้านร่างกายเท่ากับ 55.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.53) ด้านจิตใจเท่ากับ 63.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.43) โดยมีติการทำงานทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 74.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.64) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผู้พิการอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งล่างกับอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัวพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 2 มิติ คือมิติการมีชีวิต ($p=0.020$) และมิติสุขภาพจิตทั่วไป ($p=0.024$)

สรุป: ผู้ดูแลผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังมีคะแนนเฉลี่ยเอสเอฟ-36 มากกว่า 50 บ่งชี้คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีมิติการทำงานทางสังคมดีกว่ามิติอื่น ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้พิการอัมพาต/อ่อนแรงครึ่งล่างมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลผู้พิการอัมพาต/อ่อนแรงทั้งตัว

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลผู้พิการ, บาดเจ็บไขสันหลัง

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2554; 21(1): 28-33

บทนำ

ในทางปฏิบัติการประเมินคุณภาพชีวิตอาจทำได้ยาก จึงมีการพัฒนาแบบสอบถามเอสเอฟ-36 (short form 36-health questionnaire) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่ง

ต่อมาได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายและสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ รวมทั้งนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่ไ้สันหลังได้รับบาดเจ็บ⁽¹⁾ จากการศึกษาของ Unalan H และคณะในปี ค.ศ.2001⁽²⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในชุมชนจำนวน 50 คนมีคะแนนเอสเอฟ-36 ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพดีในช่วงอายุเดียวกันและ อีกการศึกษาหนึ่งก็พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีคะแนนเอสเอฟ-36 ที่ต่ำเช่นกัน⁽³⁾ ในประเทศออสเตรเลียมีการประเมินสุขภาพของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 305 คนโดยใช้เอสเอฟ-36 และพบว่าผู้พิการคะแนนเอสเอฟ-36 ต่ำกว่าประชากรทั่วไป บ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁽⁴⁾

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁽⁵⁾ ระบุว่า ผู้ดูแลคนพิการ หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่น้อง หรือ บุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นอยู่ของคนพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่ผ่านมาแพทย์และทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมักเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายและความสามารถของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว อีกทั้งให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ แต่มักมองข้ามผลกระทบที่อาจมีต่อผู้ดูแลคนพิการ

จากการศึกษาในต่างประเทศดังกล่าวข้างต้นที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁽²⁻⁴⁾ แต่เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม สภาพสังคมและครอบครัว อาจทำให้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในแต่ละประเทศแตกต่างกัน อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการในประเทศไทย คณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงต้องการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง รวมทั้งศึกษาว่าอัมพาตไขสันหลังซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ได้แก่ อัมพาตครึ่ง

เครื่องมือ

แบบประเมินเอสเอฟ-36 ฉบับภาษาไทย^(6,7,8) ซึ่งประกอบคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 มิติ ดังนี้

Domain	ตัวย่อ	มิติ	ด้าน
Physical functioning	PF	การทำงานด้านร่างกาย	ร่างกาย
Role limitations due to physical problems	PR	ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	(Physical component summary, PCS)
Bodily pain	BP	ความเจ็บปวดทางกาย	
General health perception	GH	การรับรู้สุขภาพทั่วไป	
Social functioning	SF	การทำงานทางสังคม	จิตใจ
Vitality	VT	การมีชีวิต	(Mental comment summary, MCS)
Role limitation due to emotional problems	RE	ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	
General mental health	MH	สุขภาพจิตทั่วไป	

หมายเหตุ เนื่องจากที่ผ่านมา มิติต่าง ๆ ใช้ทับศัพท์ภาษาอังกฤษ และเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย การศึกษาครั้งนี้จึงแปลเป็นไทยโดยอิงคำศัพท์จากบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾

ล่างและอัมพาตทั้งตัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการดังกล่าวอย่างไร

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

เป็นผู้ดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังนานมากกว่า 1 ปี ที่เคยได้รับการฟื้นฟูสภาพ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก

- สัญชาติไทย
- อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ
- เป็นผู้ดูแลคนพิการ ตามที่ระบุในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁽⁵⁾

เกณฑ์คัดออก

- เป็นผู้รับจ้างมาดูแลคนพิการหรือผู้ช่วยคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง

ทั้งนี้ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยของ Unalan H และคณะ⁽²⁾ ซึ่งคำนวณค่าเฉลี่ยของคะแนนจาก SF-36 มิติการมีชีวิต (vitality) ได้ 55.40 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.66 เมื่อนำมาคำนวณ โดยใช้สูตร $n = Z^2 \frac{\sigma^2}{e^2}$ คิดค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 10 ของค่าเฉลี่ย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48.36 หรือ 48 คน

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. ประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือก-คัดออก
3. เก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ
4. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทำแบบสอบถามเอสเอฟ-36 ฉบับภาษาไทย
5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรม STATA เวอร์ชัน 11 คำนวณค่าแสดงความแตกต่างสถิติโดย

- ข้อมูลพื้นฐานของประชากร ประเมินโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ใช้ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเพศ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลังจำแนกตาม American Spinal Injury Association Impairment Scale (AIS) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลา วิธีการขับถ่ายปัสสาวะ แผลกดทับ ระหว่างผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่าง กับผู้ดูแลผู้พิการอัมพาตทั้งตัว

- ใช้ Independent T-test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติระหว่าง 2 กลุ่ม (ได้แก่ ค่าเฉลี่ยอายุ มิติการทำงานของร่างกาย มิติความเจ็บปวดทางกาย มิติการมีชีวิต)

- ใช้ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงไม่ปกติระหว่าง 2 กลุ่ม (ได้แก่ มิติข้อจำกัดทางร่างกายที่มีปัญหา มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป มิติข้อจำกัดที่เป็นปัญหาทางอารมณ์ มิติสุขภาพทั่วไป)

- ถือว่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลคนพิการเข้าร่วมการศึกษา 50 คน มีอายุเฉลี่ย 43.36 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.19, ต่ำสุด 20 ปี, สูงสุด 71 ปี) ร้อยละ 54 เป็นผู้ดูแลคนพิการซึ่งมีอัมพาตทั้งตัว ร้อยละ 72 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 34 เป็นสามีหรือภรรยา ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างกับผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัว พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเพียง 2 ปัจจัย คือ 1) สัดส่วนความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลังระหว่างอัมพาตและอ่อนแรง โดยกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) มีร้อยละ 95.6 ของคนพิการเป็นอัมพาต (paralysis) ส่วนกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัว (tetraplegia) มีร้อยละ 44.4 ของคนพิการเป็นอัมพาตซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และ 2) วิธีการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งพบว่าร้อยละ 85 ของคนพิการอัมพาตทั้งตัวอาศัยสวนปัสสาวะ (indwelling catheterization) ในขณะที่ร้อยละ 70 ของคนพิการอัมพาตครึ่งล่าง สวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ด้วยตนเอง (clean intermittent self catheterization) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลคนพิการ และการเกิดแผลกดทับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูลคุณภาพชีวิต

จากตารางที่ 2 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านร่างกาย (PCS) ซึ่งเป็นคะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 55.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.53), ด้านจิตใจ (MCS) ซึ่งเป็นคะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 63.23 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.43) ทั้งนี้มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (PR) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 39.0 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 41.69) และมีมิติการทำงานทางสังคม (SF) ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 74.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.64) ส่วนมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (RE) ก็มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 50 นั่นคือเท่ากับ 47.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 41.01)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างกับอัมพาตทั้งตัวพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 2 มิติ คือ 1) มิติการมีชีวิต (VT) โดยกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างมีค่าเฉลี่ย 70.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.55) และกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัวมีค่าเฉลี่ย 58.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.80) ($p=0.020$) และ 2) มิติสุขภาพจิตทั่วไป (MH) โดยกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างมีค่าเฉลี่ย 73.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.70) และกลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัวมีค่าเฉลี่ย 61.63 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.44) ($p=0.024$) ส่วนมิติอื่นที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้กลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างได้คะแนนทุกมิติสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัว

บทวิจารณ์

เมื่อพิจารณาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอัมพาตไขสันหลังทั้งหมดพบว่า โดยรวมด้านร่างกาย (PCS) และด้านจิตใจ (MCS) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 50 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเป็นมิติการทำงานทางสังคม (SF) เท่ากับ 74.7 เมื่อแยกคะแนนตามมิติต่าง ๆ พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 50 ยกเว้นมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (PR) และมีมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ (RE) ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 39.0 และ 47.3 ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้บ่งชี้ว่า การดูแลคนพิการอัมพาตไขสันหลังส่งผลกระทบต่อบทบาทที่ถูกละทิ้งเนื่องจากปัญหาทางร่างกายและทางอารมณ์ ทั้งนี้คงเป็นเพราะผู้ดูแลคนพิการต้องช่วยพลิกตัว โยกย้ายตัว และช่วยการเคลื่อนที่ของคนพิการ อีกทั้งช่วยดูแลกิจวัตรส่วนตัวให้แก่คนพิการเหล่านี้ ดังปรากฏในการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ที่พบว่าหลังการฟื้นฟูสภาพแล้วคนพิการอัมพาตไขสันหลังยังต้องการผู้ดูแลเพื่อช่วยทำกิจวัตรส่วนตัวและการเคลื่อนที่⁽¹⁰⁾

	ปัจจัย	กลุ่มผู้ดูแล คนพิการอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มผู้ดูแล คนพิการอัมพาตทั้งตัว จำนวน (ร้อยละ)	p-value ^b	
เพศ	ชาย	9 (39.13)	5 (18.52)	0.10	
	หญิง	14 (60.87)	22 (81.48)		
AIS ^a	A	19 (82.61)	9 (33.33)	0.001	
	B	3 (13.04)	3 (11.11)		
	C	0 (0.00)	11 (40.74)		
	D	1 (4.35)	4 (14.82)		
	A+B	22 (95.65)	12 (44.44)		0.01
	C+D	1 (4.35)	15 (55.56)		
ความสัมพันธ์	พ่อ/แม่	8 (34.78)	7 (25.93)	0.29	
	สามี/ภรรยา	10 (43.58)	7 (25.93)		
	พี่น้อง	1 (4.35)	5 (18.52)		
	ลูก	1 (4.35)	4 (14.81)		
	หลาน	3 (13.04)	4 (14.81)		
การศึกษา	ประถม	9 (39.13)	13 (48.15)	0.08	
	มัธยมต้น	0 (0.00)	5 (18.52)		
	มัธยมปลาย	4 (17.39)	4 (14.81)		
	ปวช/ปวส	5 (21.74)	1 (3.71)		
	ปริญญา	5 (21.74)	4 (14.81)		
อาชีพ	มีอาชีพ	19 (82.61)	23 (85.19)	0.80	
	ว่างงาน	4 (17.39)	4 (14.81)		
ระยะเวลา ทั้งหมดที่ดูแล ผู้ป่วย	1-2 ปี	3 (13.04)	4 (14.82)	0.96	
	2-5 ปี	9 (39.13)	11 (40.74)		
	>5 ปี	11 (47.83)	12 (44.44)		
วิธีการปัสสาวะ	ปัสสาวะเอง	1 (4.35)	1 (3.70)	0.00	
	คาสายสวนปัสสาวะ	6 (26.09)	23 (85.19)		
	สวนปัสสาวะเป็นครั้ง	16 (69.56)	3 (11.11)		
ผลกดทับ	ไม่มีแผล	18 (78.26)	23 (85.19)	0.52	
	มีแผล	5 (21.74)	4 (14.81)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลคนพิการอัมพาตแยกตามประเภทความพิการ

^aAmerican Spinal Injury Association Impairment Scale, ^bChi-square

เป็นที่น่าสังเกตว่า การศึกษานี้ได้สัดส่วนคนพิการเป็นอัมพาตต่ออ่อนแรง (AIS A and B vs C and D) ต่างกันระหว่างกลุ่มคนพิการอัมพาตครึ่งล่างซึ่งมีสัดส่วนคนพิการอัมพาตสูงมาก ในขณะที่คนพิการอัมพาตทั้งตัวน้อยกว่าครึ่งเป็นอัมพาต แต่เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการระหว่างกลุ่มอัมพาตครึ่งล่างกับอัมพาตทั้งตัวในการศึกษานี้ พบว่ามีมิติการมีชีวิต (VT) และ มิติสุขภาพจิตทั่วไป (GH) ของผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างมีคะแนนสูงกว่าผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัวอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้คงเนื่องจากคนพิการอัมพาตครึ่ง

ล่างมีกำลังกล้ามเนื้อขาดี สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถออกไปสู่สังคมได้ด้วยตนเอง จึงไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างมีสุขภาพจิตและมีความรู้สึกมีพลังสูงกว่าผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัว

ในการศึกษานี้แม้ว่าคนพิการอัมพาตทั้งตัวส่วนใหญ่กล้ามเนื้อจะไม่เป็นอัมพาต แต่มีเพียงส่วนน้อยที่มีกำลังกล้ามเนื้อพอเพียงและใช้งานได้ (motor useful) จึงยังต้องพึ่งผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้คนพิการอัมพาตทั้งตัวส่วนใหญ่ในการศึกษา

	ตัวย่อ	คะแนนคุณภาพชีวิต	
		ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่ากลาง (ต่ำสุด-สูงสุด)
มิติการทำงานด้านร่างกาย	PF	61.00 (23.06)	61.00 (0-100)
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	PR	39.00 (41.69)	39.00 (0-100)
มิติความเจ็บปวดทาง	BP	62.75 (22.28)	62.75 (0-100)
มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป	GH	57.50 (24.85)	60.00 (5-95)
มิติการทำงานทางสังคม	SF	74.75 (18.64)	75.00 (38-100)
มิติการมีชีวิตร	VT	63.90 (17.94)	62.50 (35-95)
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	RE	47.33 (41.01)	33.33 (0-100)
มิติสุขภาพจิตทั่วไป	MH	66.96 (18.34)	64.00 (24-100)
ด้านสุขภาพกาย	PCS	55.06 (21.53)	52.50 (11.88-95.00)
ด้านสุขภาพใจ	MCS	63.23 (19.43)	60.20 (27.25-96.50)

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

	ตัวย่อ	คะแนนคุณภาพชีวิต (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
		ผู้ดูแลผู้พิการอัมพาตครึ่งล่าง	ผู้ดูแลผู้พิการอัมพาตทั้งตัว	p-value
มิติการทำงานด้านร่างกาย	PF	61.96 (22.24)	60.19 (24.12)	0.790 ^a
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	PR	50.00 (44.59)	29.63 (37.36)	0.076 ^b
มิติความเจ็บปวดทางกาย	BP	66.20 (22.71)	59.81 (21.90)	0.318 ^a
มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป	GH	59.13 (27.33)	56.11 (22.97)	0.675 ^b
มิติการทำงานทางสังคม	SF	78.80 (18.63)	71.30 (18.28)	0.149 ^b
มิติการมีชีวิตร	VT	70.22 (18.55)	58.52 (15.80)	0.020 ^a
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	RE	47.83 (42.43)	46.91 (40.57)	0.935 ^b
มิติสุขภาพจิตทั่วไป	MH	73.22 (17.70)	61.63 (17.44)	0.024 ^b
ด้านร่างกาย	PCS	59.32 (22.86)	51.43 (20.04)	0.200 ^a
ด้านจิตใจ	MCS	67.51(20.17)	59.58 (18.37)	0.134 ^a

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างกับผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัว

^aใช้ Independent T-test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติระหว่าง 2 กลุ่ม

^bใช้ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงไม่ปกติระหว่าง 2 กลุ่ม

นี้จัดการการขับถ่ายปัสสาวะด้วยการคาสายสวนปัสสาวะ จำเป็นต้องพึ่งผู้ดูแลเพื่อช่วยจัดการการขับถ่าย ในขณะที่คนพิการอัมพาตครึ่งล่างส่วนใหญ่จัดการการขับถ่ายด้วยการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องพึ่งผู้ดูแล ดังนั้น ความสามารถจัดการการขับถ่ายปัสสาวะจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ที่ผ่านมามีเพียงการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคนพิการอัมพาตไขสันหลังระหว่างคนที่คาสายสวนปัสสาวะและคนที่สวนปัสสาวะด้วยตนเองเป็นระยะซึ่งพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾

ส่วนระยะเวลาที่ใช้ดูแลคนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ และ

เศรษฐกิจฐานะของคนพิการและครอบครัว นั้น อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลดังกล่าวไว้ จึงไม่อาจจะระบุหรือสนับสนุนการคาดการณ์ดังกล่าวได้ ดังนั้น ถ้ามีการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้และน่าจะมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างคนพิการไทยอัมพาตไขสันหลังและผู้ดูแลคนพิการ

ที่ผ่านมามีการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างคนพิการอัมพาตไขสันหลัง 10 คน และผู้ดูแลคนพิการ (12) โดยการศึกษาเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ 1, 3 และ 6 เดือน หลังจากได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ด้วยเอสเอฟ-36 พบ

ว่ากลุ่มคนพิการได้คะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย (PCS) เท่ากับ 33.3 ซึ่งน้อยกว่าของส่วนผู้ดูแลคนพิการที่ได้ 47.6 เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มผู้ดูแลคนพิการชาวต่างชาติมาเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลคนพิการชาวต่างชาติได้คะแนนน้อยกว่าผู้ดูแลคนพิการไทย ทั้งนี้คงเป็นเพราะผู้ดูแลชาวต่างชาติต้องดูแลคนพิการในระยะแรกหลังเป็นอัมพาต จึงยังไม่สามารถปรับตัวและปรับใจรับสภาพได้ ส่วนผู้ดูแลคนพิการไทยในการศึกษานี้ผู้ดูแลคนพิการมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี จึงอาจปรับตัวได้ดีกว่าและทำให้มีคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจสูงกว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาผู้ดูแลคนพิการอัมพาตไขสันหลังในประเทศตุรกี⁽²⁾ ดังตารางที่ 4 พบว่ามีมิติต่าง ๆ ของผู้ดูแลคนพิการไทยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลคนพิการชาวเตอร์กิกทุกมิติ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะอายุ ทั้งนี้ ผู้ดูแลคนพิการชาวเตอร์กิกนั้นมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลคนพิการในไทย คาดว่าผู้ดูแลคนพิการไทยที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากกว่า อาจมีความอดทนต่อการเป็นผู้ดูแลคนพิการสูงกว่า จึงทำให้มีคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการไทยที่สูงกว่าของผู้ดูแลคนพิการชาวเตอร์กิก อีกประเด็นที่อาจมีอิทธิพลคือสัดส่วนผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง ซึ่งเป็นเพศที่มีความอดทนสูงและเอาใจใส่ในการดูแลผู้อื่น แต่ร้อยละ 84 ของผู้ดูแลคนพิการชาว

เตอร์กิกเป็นผู้หญิง ส่วนผู้ดูแลคนพิการไทยที่เป็นผู้หญิงน้อยกว่าคือมีเพียงร้อยละ 72 ดังนั้น สัดส่วนเพศหญิงที่เป็นผู้ดูแลคนพิการไม่น่าเป็นประเด็นหลักที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตมีความแตกต่าง

เมื่อนำผลการศึกษานี้มาเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยทั่วไปจำนวน 251 คน ที่วัชรีย์ เลอมาณกุล ได้ศึกษาไว้โดยใช้เอสเอฟ-36 ประเมินคุณภาพชีวิตเช่นกัน⁽⁶⁾ (ตารางที่ 4) พบว่าคนไทยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยของมิติต่าง ๆ สูงกว่า 50 ทั้งนี้ มิติการทำงานด้านร่างกายได้คะแนนสูงสุดเฉลี่ย 78.2 และมีมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป (GH) ได้คะแนนต่ำสุดเฉลี่ย 57.5 ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ดูแลคนพิการอัมพาตไขสันหลังได้คะแนนมิตินี้เฉลี่ย 57.5 เท่ากัน แต่ผู้ดูแลคนพิการอัมพาตไขสันหลังได้คะแนนมิติการทำงานทางสังคม (SF) สูงกว่าของคนไทยทั่วไป (74.75 และ 60.6 ตามลำดับ) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาดังกล่าวศึกษาคนไทยที่อยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลซึ่งมีสังคมที่เร่งรีบและแข่งขันกันในการทำงาน ในขณะที่การศึกษานี้ศึกษาผู้ดูแลคนพิการซึ่งอยู่นอกเขตเทศบาลเป็นส่วนใหญ่ ส่วนปัจจัยด้านอายุนั้นอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้มีความแตกต่างกันเพราะการศึกษาในกลุ่มคนไทยทั่วไปมีอายุ 25 ถึง 74 ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มผู้ดูแลคน

	ซิลดา และคณะ (2010)	วัชรีย์ และ ปารณีย์ (2005)	Unalan (2001)	Lucke (2004)
ประเทศ	ไทย	ไทย	ตุรกี	เนเธอร์แลนด์
ลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย	ผู้ดูแลคนพิการอัมพาต ไขสันหลังนานอย่างน้อย 1 ปี	คนไทยทั่วไป	ผู้ดูแลคนพิการ อัมพาตไขสันหลัง	ผู้ดูแลคนพิการ อัมพาตไขสันหลัง
จำนวนคน	50	251	50	10
เพศหญิง, ร้อยละ	72	64	84	10
อายุเฉลี่ย, ปี	43.36	35-54	36.26	44.8
คะแนนมิติการทำงานด้านร่างกาย	61.00 (23.06)	78.2 (15.9)	51.70 (36.57)	89.0 (13.87)
คะแนนมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทาง ร่างกาย	39.00 (41.69)	74.1 (33.7)	38.50 (38.86)	50.0 (39.52)
คะแนนมิติความเจ็บปวดทางกาย	62.75 (22.28)	66.6 (20.2)	54.30 (25.75)	63.2 (23.45)
คะแนนมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป	57.50 (24.85)	57.5 (20.0)	45.86 (19.98)	69.0 (11.51)
คะแนนมิติการทำงานทางสังคม	74.75 (18.64)	60.6 (15.3)	48.00 (23.60)	72.5 (29.86)
คะแนนมิติการมีชีวิตร	63.90 (17.94)	76.1 (17.1)	55.40 (19.66)	41.0 (19.49)
คะแนนมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทาง อารมณ์	47.33 (41.01)	67.8 (37.5)	32.00 (40.94)	73.3 (43.46)
คะแนนมิติสุขภาพจิตทั่วไป	66.96 (18.34)	69.6 (15.7)	44.72 (18.88)	60.0 (21.73)
คะแนนรวมด้านร่างกาย	55.06 (21.53)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	47.6 (9.18)
คะแนนรวมด้านจิตใจ	63.23 (19.43)	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	42.6 (15.85)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้จากการศึกษานี้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่ใช้เอสเอฟ-36 ประเมินคุณภาพชีวิต

พิการมีอายุระหว่าง 20-71 ปี ซึ่งใกล้เคียงกัน

อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของ 2 กลุ่ม คือ เรื่อง อ่อนแรง และ วิธีการขับถ่ายปัสสาวะ แต่ไม่สมควรนำมา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ดังกล่าวเพราะจำนวน n น้อย และไม่ ใช่วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ยังขาดการเก็บ ข้อมูลบางอย่างเช่น รายละเอียดความเจ็บป่วย โรคประจำตัว ของผู้ดูแลคนพิการ ระยะเวลาที่ผู้ดูแลใช้ดูแลคนพิการต่อวัน การมีผู้ช่วยคนพิการ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ อีกประการ หนึ่งที่คณะผู้วิจัยตระหนักเพราะอาจส่งผลต่อคะแนนคุณภาพ ชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) จบการศึกษาระดับ ประถม อาจไม่เข้าใจคำถามหรือเลือกคำตอบได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ การเก็บ ข้อมูลบางส่วนกระทำที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ดูแลคนพิการบาง ส่วนรีบทำแบบสอบถามให้เสร็จ ๆ เพื่อรีบไปรับยาและเดินทาง กลับบ้าน ดังนั้น ในโอกาสต่อไป ถ้ามีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้วยการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยต้องตระหนักถึงประเด็นดังกล่าวและแก้ไขข้อบกพร่องก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย

กล่าวโดยสรุป เมื่อใช้แบบสอบถามเอสเอฟ-36 ประเมินคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังชาวไทย มีคะแนนมิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย และมีมิติ ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ส่วนผู้ดูแลคนพิการอัมพาตครึ่งล่างมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลคนพิการอัมพาตทั้งตัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.นพ. กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์และคุณรจนา เผือกจันทิก ที่ได้อนุเคราะห์ให้คำปรึกษาด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Ku JH. Health-related quality of life in patients with spinal cord injury: review of the short form 36-health questionnaire survey. *Yonsei Med J* 2007; 48(3): 360-70.

- Unalan H, Gencosmanoglu B, Akgun K, Karamehmetoglu S, Tuna H, Ones K, et al. Quality of life of primary caregiver of spinal cord injury survivors living in the community: controlled study with short form-36 questionnaire. *Spinal Cord* 2001; 39: 318 -22.
- Lindal IB, Veenstra M, Hjeltnes N, Biering-Sorensen F. Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury. *Spinal Cord* 2008; 46(11): 710-5.
- Haran MJ, Lee BB, King MT, Stockler MR. Health status rated with the medical outcomes study 36-Item short-form health survey after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 2290-5.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.
- วัชร เลอฆานกุล, ปารณีย์ มีแต่ม. เรื่องรายงานการวิจัยการพัฒนาและทดสอบมาตรฐานของแบบสอบถามสุขภาพ Short Form Health Survey 36 ฉบับภาษาไทย ในบุคคลทั่วไป และการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. นครปฐม: รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2548.
- Leurmarnkul W, and Meetam P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). *Thai J Pharm Sci* 2005; 29(1-2): 69-88
- Kongsakon R, Silpakit C. Thai version of the Medical outcome study 36 items short form health survey (SF-36): an instrument for measuring clinical results in mental disorder patients. *Rama Med J* 2000; 23(1): 8-19.
- องค์การอนามัยโลก. บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547
- อภิชนา ไชวินทะ, กัลยาณี ยาวิลละ. สภาพและปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *เชียงใหม่เวชสาร* 2541; 37: 49-57.
- เพชรไพลิน พงษ์บริบูรณ์, สยาม ทองประเสริฐ, อภิชนา ไชวินทะ. คุณภาพชีวิตของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะและสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2554; 21(1): 13-20.
- Lucke KT, Coccia H, Lucke JF. Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Qual Life Res*; 2004; 13: 97-110.