

คุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลักเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าช่วยฝึกกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่บ้าน

วรุณภา ศรีโสภณ^{1*}, ฉลอม พันธุ์นกพงศ์²

Received: November 29, 2011

Revised & Accepted: February 28, 2012

บทคัดย่อ

ภาวะอัมพาตของร่างกายจากไขสันหลังบาดเจ็บพบมากขึ้น ซึ่งนอกจากส่งผลเสียต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลัก หลังผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บระยะเรื้อรังได้รับการฝึกทางกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ศึกษาในผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 9 คน ประเมินประเมินคุณภาพชีวิตและความเครียด โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินความเครียดสวนปรงตามลำดับก่อนผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฝึก จากนั้นนักกายภาพบำบัดสอนวิธีฝึกผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลหลักและอสม. เพื่อให้ฝึกผู้ป่วย 3 ครั้ง/สัปดาห์ อย่างน้อย 60 นาที/ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วประเมินความเครียดอีกครั้ง เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนประเมินด้านต่างๆ ก่อนและหลังฝึกด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed rank กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่าหลังโปรแกรมการฝึก ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.04$) และ ($P = 0.01$) ตามลำดับ โปรแกรมการฝึกนี้จึงสามารถลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักได้

คำสำคัญ: ไขสันหลังบาดเจ็บ, กายภาพบำบัดที่บ้าน, อาสาสมัครสาธารณสุข

¹ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

²งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* ผู้รับผิดชอบบทความ

The effects on the primary caregivers after the community health aides assist them do home-based physical therapy program for spinal cord injuries patients

Waroonnapa Srisoparb^{1*}, Chalong Pankanokpong²

Abstract

Paralysis resulting from spinal cord injuries (SCI) is common. The effects of SCI are detrimental not only onto the patient but also to the family, especially the primary caregiver. The purposes of this study were to investigate the effects of SCI on the main caregiver's quality of life and stress after the chronic SCI patients received home based physical therapy program by the main caregivers and the community health aides. This study was conducted in 9 main caregivers who look after their patients in Muang District, Phitsanulok Province. The main caregiver's quality of life and stress were assessed by World Health Organization Quality of Life BREF-THAI (WHOQOL BREF-THAI) and followed by Suanprung Stress Test (SPST) at baseline and after a 4-week rehabilitation program. This program, the physical therapist instructed the rehabilitation program to the main caregivers and the community health aides for rehabilitating their patient at least 60 minutes/day, 3 days/week for 4 weeks. Wilcoxon Signed Ranks test was used for comparing the median of score of all variables between before and after the program. After the program, the main caregiver had significantly increased quality of life and decreased stress ($P = 0.04$ and $P = 0.01$, respectively). Thus, this program can improved quality of life and decreased stress of the main caregivers of SCI patients.

Keywords: Spinal cord injury, Home-based physical therapy, Community health aides

¹Department of Physical Therapy, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

²Physical Therapy, Department of Rehabilitation, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

* Corresponding author: (e-mail: nickpt1@hotmail.com)

บทนำ

ภาวะอัมพาตของร่างกายท่อนล่าง (paraplegia) กับภาวะอัมพาตทั้งตัว (tetraplegia) จากไขสันหลังบาดเจ็บเป็นปัญหาที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ โดยจากการสำรวจประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ. 2006 พบว่าทุกๆ ปี มีประชากรที่ไขสันหลังบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 10 ถึง 83 คนต่อประชากร 1 ล้านคน⁽¹⁾ ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตของร่างกาย อาจมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว มักเป็นเป็นหน้าที่ของญาติ หรือผู้ดูแล ทั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วย มักมีความเครียดในการให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับความบกพร่องของผู้ป่วยที่ตนเองต้องให้การดูแล⁽²⁾ ในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยนั้นกิจกรรมบางด้านต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ และมีความจำเพาะในการปฏิบัติ ผู้ดูแลหลักจึงควรเข้าใจและทราบถึงวิธีการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ปัจจุบันในสังคมไทยมีการยอมรับและเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังให้กระบวนการรักษาและฟื้นฟูคนพิการที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนนั้นต้องเริ่มจากคนพิการ ครอบครัวของคนพิการ และชุมชนที่คนพิการอาศัยอยู่⁽³⁾ ในงานสาธารณสุขระดับชุมชน ได้มีการสร้างกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในเรื่องสุขภาพ โดยอสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข มีความเข้าใจที่ดีต่องานสุขภาพชุมชน และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ⁽⁴⁾ ทั้งนี้บทบาทหนึ่งของ อสม. ในปัจจุบันมักให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น และพบว่า อสม. เป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟื้นฟูผู้ป่วย ดังตัวอย่างการศึกษาผลของกายภาพบำบัดที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลชุมชนดอนพุด ผลหลังดำเนินการคือผู้ดูแลหลักและ อสม. มีความสามารถในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมเพิ่มขึ้น และยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่ใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วย ยังไม่ถูกออกแบบมาให้มีความจำเพาะแก่ผู้ป่วยและผู้

ดูแลแต่ละราย และเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลักเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าช่วยฝึกกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่บ้าน โดยออกแบบโปรแกรมการฝึกให้มีความจำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย และทำการฝึกโดยผู้ดูแลหลัก และ อสม. ที่ได้รับความรู้และเทคนิคในการฝึกจากนักกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ ที่อาศัยอยู่เขตพื้นที่ อ.เมือง จ.พิษณุโลก เพื่อค้นหาแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บในชุมชน ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วย ที่มีความเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ศึกษาในผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อ.เมือง จ.พิษณุโลก โดยต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆ มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 60 นาที และสามารถสื่อสารเข้าใจและตอบคำถามได้ดี ทำการศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 แบบประเมิน คือ

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁶⁾ ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 โดย สามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ทั้ง 4-ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามอยู่ 26-ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก-23-ข้อ-ทางลบ 3 ข้อ การให้คะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ หากตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน ตอบ เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดให้ 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวกให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางลบ การแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตของมาตรฐานองค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
โดยรวม	26-60	61-95	96-130

2. แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดสวนปรุงสำหรับประชาชนทั่วไปของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity) และมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.7⁽⁷⁾ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่าเช่นกันโดยคะแนนมี 5 ระดับ ให้คะแนน โดยคะแนนความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด ส่วน 2, 3, 4 และ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมากและรู้สึกเครียดมากที่สุดตามลำดับ มีทั้งหมด 20 ข้อ คะแนนรวมไม่เกิน 100-คะแนน แบ่งการแปลผลรวมเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 ถึง 23 หมายถึงเครียดน้อย คะแนน 24 ถึง 41 หมายถึงเครียดปานกลาง 46 ถึง 61 เครียดสูง และ คะแนน 62 ขึ้นไปหมายถึงเครียดรุนแรง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยได้ติดต่อขอสถิติผู้ป่วยจากองค์การบริหารส่วนตำบลทุกเขตในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกและโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สํารวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ติดต่อกับศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อประสานกับ อสม. ที่ดูแลประชากรในพื้นที่ดังกล่าวพร้อมกับกำหนดวันเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักครั้งที่ 1 ร่วมกับ อสม. เพื่อประเมินตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่คุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลัก จากนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดชกประวัติ ตรวจร่างกาย สรุปปัญหา กำหนด

เป้าหมายการรักษาและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและ อสม. ต่อมาผู้วิจัยถ่ายทอดความรู้และสาธิตวิธีฝึกผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหลัก และอสม. ให้ฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกได้ถูกต้อง กำหนดให้ อสม. เข้าฝึกทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บร่วมกับผู้ดูแลหลักครั้งละอย่างน้อย 60 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นอกเหนือจากช่วงเวลาที่ อสม. เข้าเยี่ยมให้ผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยตามปกติที่เคยปฏิบัติในช่วงก่อนเข้าร่วมการศึกษา ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจึงเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับตรวจร่างกาย ปรับโปรแกรมการฝึกให้แก่ผู้ป่วย สาธิตวิธีฝึกผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และอสม. อีกครั้ง โดยให้ อสม. เข้าฝึกทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลหลักครั้งละอย่างน้อย 60 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลักครั้งที่ 2 จากนั้นตรวจร่างกาย ปรับโปรแกรมการฝึกและสาธิตวิธีฝึกแก่ผู้ดูแลหลักก่อนสิ้นสุดการศึกษา ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะของผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมครบตลอดทุกขั้นตอนการศึกษา ระบุรหัสบันทึกคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป รายงานข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักด้วยค่าความถี่ รายงานคะแนนระดับคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลักด้วยค่ามัธยฐานและค่าควอไทล์ที่ 1 และ 3 แล้วเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลัก ด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed rank กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก (n = 9)

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	อาชีพหลัก	โรคประจำตัว	ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน (ชั่วโมง)
1	หญิง	46	ภรรยา	ช่างเสริมสวย	-	3-4
2	หญิง	67	ย่า	แม่บ้าน	-	8
3	หญิง	73	มารดา	แม่บ้าน	ความดันโลหิตสูง, ไทรอยด์	1-2
4	หญิง	37	ภรรยา	รับจ้างทั่วไป	ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง	8
5	หญิง	54	พี่สาว	ค้าขาย	-	1-2
6	หญิง	39	มารดา	ทำนา	-	6
7	ชาย	36	น้องชาย	พนักงานบริษัท	-	1-2
8	หญิง	62	ย่า	ธุรกิจส่วนตัว	ข้อเท้าเสื่อมทั้งสองข้าง, ความดันโลหิตสูง	1-2
9	หญิง	59	มารดา	ค้าขาย	-	1-2

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n = 9)

ลำดับ	เพศ	อายุ(ปี)	สถานภาพ	อาชีพ	ระยะ เวลา (ปี)	ระดับ	ประเภท	ASIA type*	ความสามารถสูงสุด
1	ชาย	60	สมรส	-	3	C5	incomplete	C	กินข้าว พลิกตะแคงตัวบนเตียงได้เอง
2	ชาย	22	โสด	-	4	C7	complete	A	พลิกตะแคงตัวบนเตียงได้เอง
3	ชาย	39	โสด	-	4	C7	incomplete	B	พลิกตะแคงตัวบนเตียงได้เอง
4	ชาย	47	สมรส	-	5	C8	incomplete	C	พลิกตะแคงตัวบนเตียงได้เอง
5	หญิง	42	โสด	ค้าขาย	22	T6	complete	A	ใช้รถเข็นนั่งได้ดี
6	ชาย	21	โสด	-	0.5	T9	complete	A	พลิกตะแคงตัวบนเตียงได้เอง
7	ชาย	54	สมรส	-	8	T12	incomplete	C	ใช้รถเข็นนั่งได้ดี
8	ชาย	17	โสด	ค้าขาย	2	L1	incomplete	C	ใช้รถเข็นนั่งได้ดี
9	หญิง	40	โสด	ค้าขาย	7	L4	incomplete	D	เดินได้เองโดยใช้เครื่องช่วยเดินสี่ขา

*ASIA impairment scale (AIS)

A: Complete: ความผิดปกติชนิดสมบูรณ์ เป็นอัมพาตและสูญเสียความรู้สึกทุกอย่างในบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าระดับพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง

รวมทั้งบริเวณที่ควบคุมด้วยไขสันหลังระดับ S4-S5 ด้วย

B: Incomplete: ความผิดปกติชนิดไม่สมบูรณ์ เป็นอัมพาตแต่ยังมีความรู้สึกที่ผิวหนังในบริเวณที่ควบคุมด้วยไขสันหลังส่วนที่อยู่ต่ำกว่าระดับพยาธิสภาพ ทั้งนี้ ผิวหนังบริเวณรอบ ๆ รูทวารหรือในทวารหนักยังรับความรู้สึกได้

C: Incomplete: ความผิดปกติชนิดไม่สมบูรณ์ ยังรับความรู้สึกที่ผิวหนังในบริเวณที่ควบคุมด้วยไขสันหลังส่วนที่ต่ำกว่าระดับพยาธิสภาพ

และกล้ามเนื้อมัดหลักที่อยู่ต่ำกว่า neurological level (NL) ส่วนใหญ่มีกล้ามเนื้อน้อยกว่าระดับ 3

D: Incomplete: ความผิดปกติชนิดไม่สมบูรณ์ กล้ามเนื้อมัดหลักอย่างน้อยครึ่งหนึ่งที่อยู่ต่ำกว่า NL มีกล้ามเนื้อตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป

E: Normal: กล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังที่กลับมาเป็นปกติทั้งหมด

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 9 คน เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52.56 ± 13.70 ปี (อายุมากที่สุด 73 ปี และอายุต่ำที่สุด 36 ปี) มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติกับผู้ป่วย การประกอบอาชีพโดยมากเป็นแม่บ้านและค้าขาย ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน พบว่าให้การดูแลผู้ป่วยประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ถึง 5 ราย (ตารางที่ 2) สำหรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บระดับคอ 4 คน ออก 3 คนและ เอว 2 คน โดยไขสันหลังเสียหายที่ทั้งหมด (complete spinal cord injury) 3 คน ที่เหลือไขสันหลังเสียหายที่เป็นบางส่วน (incomplete spinal cord injury) โดยแบ่งประเภทตาม Asia impair scale (AIS) เป็น type A 3 คน C 4 คน และ B และ D ระดับละ 1 คน ผู้ป่วย 5 คนสามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง โดยในจำนวนนี้กินข้าวได้เองด้วย 1 คน ผู้ป่วย 3 คนใช้รถเข็นนั่งได้ดี และ 1 คนเดินได้เองด้วยเครื่องช่วยเดิน 4 ขา ผู้ป่วย 1 คนมีโรคประจำตัว คือหอบหืด (ตารางที่ 3)

ก่อนผู้ป่วยรับโปรแกรมฝึกพบว่าผู้ดูแลหลักมีค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายเท่ากับ 25 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเท่ากับ 22 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 9 คะแนน คุณภาพชีวิต

ด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 31 คะแนน และคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 95 คะแนน ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับกลาง ภายหลังผู้ป่วยได้รับการฝึกทางกายภาพบำบัด ผู้ดูแลหลักมีค่ามัธยฐานของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้นเป็น 29, 25, 11 และ 32 คะแนนตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 103 คะแนน ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับดี เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการฝึกทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บของแต่ละด้านพบว่า ภายหลังผู้ป่วยได้รับการฝึกทางกายภาพบำบัด ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.02$ และ 0.04 ตามลำดับ) แต่ด้านสุขภาพกาย และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.06$ และ 0.23 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.04$) ส่วนระดับความเครียดของผู้ดูแลหลักพบว่า ก่อนผู้ป่วยได้รับการฝึกผู้ดูแลหลักมีค่ามัธยฐานของความเครียดเท่ากับ 41 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ภายหลังผู้ป่วยได้รับการฝึก ผู้ดูแลหลักมีค่ามัธยฐานของความเครียดลดลงเป็น 32 คะแนน ซึ่งยังคงจัดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ทั้งนี้พบว่าหลังการฝึกทางกายภาพบำบัด ผู้ดูแลหลักมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตและความเครียดของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับการฝึก ($n = 9$)

การประเมิน	ค่ามัธยฐานของคะแนน (Q_1, Q_3)		P-value ^a
	ก่อนฝึก	หลังฝึก	
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพกาย (35 คะแนน)	25 (22, 28)	29 (23, 32)	0.06
ด้านจิตใจ (30 คะแนน)	22 (17, 25)	25 (21, 25)	0.02
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (15 คะแนน)	9 (7, 11)	11 (9, 11)	0.04
ด้านสิ่งแวดล้อม (40 คะแนน)	31 (23, 37)	32 (27, 34)	0.23
รวม (130 คะแนน)	95 (74, 100)	103 (89, 108)	0.04
ความเครียด	41 (27, 61)	32 (23, 49)	0.01

^aWilcoxon signed rank test

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

จากการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ ก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับการฝึกพบว่า ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจนั้น มีความหมายรวมถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือความกังวลของตนเอง ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมที่เหมาะสม ทำให้เกิดการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลหลักลดความกังวลลง และการที่ผู้ทำการศึกษาได้เข้าไปแนะนำความรู้ที่ถูกต้อง ร่วมกับให้ผู้ดูแลหลักได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการรักษาร่วมกัน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลหลักภาคภูมิใจในตนเองที่ให้การฝึกผู้ป่วยได้ และรู้สึกมั่นใจที่จะทำการฝึกผู้ป่วยจึงส่งผลต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงขึ้น เช่นเดียวกันกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ภาพทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงการที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม ดังนั้น เมื่อผู้ทำการศึกษาและ อสม. เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลักจึงมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านนี้เพิ่มขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายนั้นพบว่า ยังไม่เปลี่ยนแปลง อาจเกิดจากโปรแกรมการฝึกที่ผู้ป่วยได้รับนั้น เป็นโปรแกรมที่เน้นไปในการฝึกผู้ป่วย ซึ่งยังขาดการคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลหลักยังมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายคงที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Blanes และคณะ ในปี 2007 ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.3 ชั่วโมงต่อวัน มีค่าคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ในมิติ bodily pain น้อยที่สุด เมื่อเทียบกับค่าคะแนนในมิติอื่นๆ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามพบว่า คุณภาพชีวิตด้านนี้ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการฝึกให้มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นนั้น ส่งผลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ดูแลหลัก ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า มีค่าไม่แตกต่างกันจากก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฝึก เป็นเพราะการศึกษานี้ผู้ทำการศึกษาไม่ได้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ดูแลหลักแต่อย่างใด

ทั้งนี้คุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่ามีค่าคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเพิ่ม

ขึ้น⁽⁹⁾ ผู้ดูแลหลักจึงให้การดูแลผู้ป่วยน้อยลง ทำให้มีเวลาทำกิจกรรมอย่างอื่นมากขึ้น โดยการศึกษาที่ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา และคณะ⁵ ที่ทำการศึกษาลดของกายภาพบำบัดที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลชุมชนตอนพบพบว่า หลังการดำเนินการกายภาพบำบัดที่บ้าน คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นนั้นสอดคล้องกับความสามารถของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทำให้ได้แบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักได้บ้าง⁽¹⁰⁾ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเพื่อยืนยันผลการศึกษาว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น เกิดจากโปรแกรมที่ได้รับของการศึกษานี้หรือไม่ ควรมีการบันทึกผลเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในช่วงที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาวิเคราะห์ประกอบกับค่าตัวแปรที่ทำการประเมิน จะส่งผลทราบถึงปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนคุณภาพชีวิต นอกเหนือไปจากโปรแกรมจากการศึกษา ประกอบกับการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูเพียง 4 สัปดาห์ แม้จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงของความสามารถทางกายของผู้ป่วย⁽⁹⁾ แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นยังไม่ชัดเจนนัก ซึ่งอาจต้องเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรม เพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ ก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับการฝึก ผู้ดูแลหลักมีความเครียดลดลง แม้ว่าการแปลผลของระดับความเครียดยังอยู่ในระดับเครียดปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการมีบุคคลอื่นเข้ามาช่วยเหลือเป็นวิธีการหนึ่ง ที่สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ โดยในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความพิการเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ นั้น ต้องการการประคับประคองทางด้านจิตใจมากกว่าการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ตัดสินใจทุกอย่างแทนผู้ป่วย และเป็นผู้รองรับอารมณ์โกรธ โมโห ฉุนเฉียวของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังอาจมีปัญหาเรื่องความขัดสนทางการเงิน ทำให้ผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทมากขึ้น จึงก่อให้เกิดความเครียด⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามในแบบสอบถามพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ยังคงมีคะแนนจาก

ข้อคำถามอาการกล้ามเนื้อตึงหรือปวด และปวดหลังอยู่ในระดับกลางๆ สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพกายที่ไม่เปลี่ยนแปลง อาจเนื่องมาจากผู้เข้าร่วมการศึกษามากอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งในวัยนี้จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งมักเป็นในทางเสื่อมถอย เช่น ความอ่อนล้าของร่างกาย และการเจ็บป่วย ดังนั้น ในการช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้วิจัยจึงควรเน้นย้ำเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีแก่ผู้ดูแลหลักที่ยังคงมีปัญหาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่ออาการปวดตึงกล้ามเนื้อหรืออาการปวดหลังของผู้ดูแลหลัก ซึ่งส่งผลต่อความเครียดได้ ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่าผู้ดูแลหลักมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัยและยุพิน ที่กล่าวว่า การที่มีความเครียดลดลง จะทำให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง⁽¹¹⁾ เนื่องจากโปรแกรมการฝึกทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งการศึกษาค้นคว้าได้นำ อสม. ซึ่งเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชนมาช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ทำให้สามารถแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักและลดความเครียดได้

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อยและไม่มีการเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกดังกล่าว เนื่องจากผลการสำรวจผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บในเขตพื้นที่ อ.เมือง จ.พิษณุโลก มีจำนวนไม่มากนัก หากขยายพื้นที่ในการศึกษาอาจทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมการศึกษาเพื่อให้ทราบผลการศึกษาที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553

เอกสารอ้างอิง

- Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord* 2006; 44: 523-9.
- Yanyong I, Patcharawiwatpong. Stress in the caregivers of stroke patients. *J Thai Rehabil* 2003; 13: 63-70.
- Nualnetr N. Principle in physical therapy for neurologic patients. Khon Kaen: Klang Na Na Vithaya, 2007.
- Chuengsatiansup K, Suksuth P. Health Volunteers in the Context of Change : Potential and Developmental Strategies. *J Health Systems Research* 2007; 1: 268-79.
- Pichitporn K, Sudsara S, Sukon P, Theppanitch S. Effects of a home-based physical therapy intervention for stroke patients and care givers in donput community of saraburi province: *Saraburi Hos Med J* 2008; 33: 55-65.
- Mahatnirunkul S, Tantipiwatanasakul W, Pumphaisanchai W, Pornmana R. The world health organization quality of life (WHOQOL) –BREF Thai version. Bangkok: The institute of creation the program for mental health survey ministry of public health; 2002.
- Mahatnirunkul S, Pumphaisanchai W, Tapanya P. Development of Suanprung Stress Test. *Bulletin of Suan prung* 1997; 13: 1-20.
- Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord* 2007; 45: 399-403.
- Srisoparb W, Pankanokpong C. Home-based physical therapy program for spinal cord injuries patients by the main caregivers and the community health aides. *Buddhachinaraj Med J* 2011; 28: 51-9.
- Sansee R, Limtragool P, Tamdee D. Caregiver's needs in providing home care for persons with cerebrovascular disease. *Nurs J* 2008; 35: 79-86.
- Jullmate P, Thanatwanich Y. Stress and coping of caregivers of stroke patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2001; 9: 32-46.