

A Comparative Study of Quality of Life (QOL) and Mental Health of Caregiver with Cerebral Palsy Child with Healthy Control

Jantira Hongrapipat, M.D.*

ABSTRACT

Background : Cerebral palsy is a chronic disease of pathologic brain. Caregivers of children with cerebral palsy should overcome the difficulties from their children's impairments in which affect their quality of life including the risk stress and anxiety.

Objective : To compare the quality of life (QOL) and mental health (depression and anxiety) of caregivers whom responsible for cerebral palsy children and healthy control. The functional limitations of children with cerebral palsy which affected the quality of life and mental health (depression and anxiety) of caregivers were also evaluated.

Design : Comparative cross-sectional study

Setting : Developmental clinic, department of physical medicine and rehabilitation, Surin hospital.

Subject : Experimental group was 28 caregivers of children with cerebral palsy and control group was 28 caregivers of normal children recruited for the study.

Methods : The questionnaires related to quality of life (WHOQOL-Bref-Thai) and mental health (Beck depression inventory and Beck anxiety inventory) were used for caregivers from both experimental and control groups were compared. The correlations between functional limitations of the children with cerebral palsy and quality of life, mental health (depression and anxiety) of their caregivers have been analyzed.

Results : Caregivers of cerebral palsy children had significant poorer quality of life ($P < 0.001$) and depression ($P = 0.041$) than those of control group. However there was no significant difference in level of anxiety between two groups. The functional limitations of the cerebral palsy child were not correlated with of quality of life and mental health (depression and anxiety) of caregivers.

Conclusion : Providing care to disable child interferes caregiver's quality of life and mental health. The functional limitations of children with cerebral palsy were not correlated with quality of life and mental health of caregivers.

Keywords : quality of life, depression, anxiety, caregivers, cerebral palsy

* Physician, Professional Level, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Surin Hospital, Surin, Thailand

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิต ระหว่างผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ

จันทร์รา หงส์รพีพัฒน์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : ภาวะสมองพิการเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของสมอง ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ต้องใช้ทั้งเวลาและมีความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและมีผลต่อภาวะจิตใจเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวลได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กปกติ และหาความสัมพันธ์ของระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว (Gross motor function classification system-GMFCS) ของเด็กสมองพิการกับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงทดลอง

สถานที่ทำการศึกษา: คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ดูแลเด็กสมองพิการจำนวน 28 คน และผู้ดูแลเด็กปกติ จำนวน 28 คน

วิธีการศึกษา : ผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ จำนวนกลุ่มละ 28 คน ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย แบบสอบถามประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามประเมินและคัดกรองภาวะวิตกกังวล

ผลการศึกษา : คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีความแตกต่างและต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กปกติในทุกด้าน ($P = <0.001$) โดยเฉพาะด้านจิตใจและสัมพันธ์ภาพทางสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้าซึ่งพบในผู้ดูแลเด็กสมองพิการถึง 20 คน ร้อยละ 71.4 โดยที่กลุ่มควบคุมพบเพียง 5 คน ร้อยละ 17.9 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.041$) ส่วนภาวะวิตกกังวลมีน้อยเช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กปกติซึ่งไม่แตกต่างในทางสถิติ ($P = 0.317$)

สรุป : ภาวะทุพพลภาพของเด็กสมองพิการส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีคุณภาพชีวิตในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจและสัมพันธ์ภาพทางสังคมต่ำกว่า รวมถึงมีภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าผู้ดูแลเด็กปกติอย่างชัดเจน ส่วนภาวะวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกัน ระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลสมองพิการ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

บทนำ

ภาวะสมองพิการเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของสมองขณะที่ยังมีกำลังเจริญเติบโตโดยพยาธิสภาพเป็นแบบคงที่ (non progressive pathology) โรคและปัญหาที่พบได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา การมองเห็น การได้ยิน การพูด ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม⁽¹⁾ สำนักสถิติงานแห่งประเทศไทยสำรวจคนพิการและทุพพลภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2545 มีอัตราบุคคลสมองพิการ 12.5 คน ต่อประชากร 1,000 คน⁽²⁾ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการพึ่งพา ต้องใช้ทั้งเวลาและความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและมีผลต่อภาวะจิตใจเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวลได้ มีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตระหว่างผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติในประเทศตุรกี⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มอาการดาวน์ที่หน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลศิริราช⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กสมองพิการรวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กปกติ จึงได้เกิดการศึกษาขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการเปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กปกติ ว่าส่งผลต่อผู้ดูแลเด็กสมองพิการด้านใดบ้าง และหาความสัมพันธ์ของระดับของข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว (Gross motor function classification system-GMFCS)⁽⁵⁾ ของเด็กสมองพิการกับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา : การศึกษากึ่งทดลอง

สถานที่ทำการศึกษา

คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงเรียนอนุบาลสุรินทร์และโรงเรียนสิรินธร จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มศึกษา

1. เป็นผู้ดูแลโดยตรงแก่ เด็กสมองพิการ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี และไม่มีโรคประจำตัวอื่น

2. ผู้ดูแลเด็กสมองพิการต้องไม่มีโรคประจำตัวใดๆ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม

1. เป็นผู้ดูแลโดยตรงแก่เด็กปกติ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี และเด็กต้องไม่มีโรคประจำตัวอื่น

2. ผู้ดูแลเด็กปกติต้องไม่มีโรคประจำตัวใดๆ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1

ผู้ดูแลโดยตรงแก่ เด็กสมองพิการ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี ที่เข้ารับกระตุ้นพัฒนาที่คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์อย่างต่อเนื่องทั้งสิ้น 28 คน ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมในโครงการทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2

ผู้ดูแลโดยตรงแก่เด็กปกติ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี ของโรงเรียนอนุบาลสุรินทร์และโรงเรียนสิรินธร จังหวัดสุรินทร์โดยการสุ่มทั้งสิ้น 28 คน

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ดูแลโดยตรงแก่เด็กสมองพิการ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี ที่เข้ารับกระตุ้นพัฒนาที่คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์และผู้ดูแลโดยตรงแก่เด็กปกติ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี ของโรงเรียนอนุบาลสุรินทร์และโรงเรียนสิรินธร ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ซึ่แจงผู้ดูแลโดยตรงแก่ เด็กสมองพิการและผู้ดูแลโดยตรงแก่เด็กปกติ ถึงขั้นตอนการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-Bref - Thai)⁽⁶⁾ แบบสอบถามประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory)^(7,8) และแบบสอบถามประเมินและคัดกรองภาวะวิตกกังวล (Beck anxiety inventory)⁽⁹⁾

3. แจกแบบสอบถามแก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ โดยผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ และผู้ดูแลเด็กปกติ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลทั่วไปของเด็กสมองพิการและเด็กปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

แบบสอบถามประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Beck depression inventory)

ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ แบ่งความรุนแรงเป็นระดับ เล็กน้อย ปานกลาง และมาก

แบบสอบถามประเมินและคัดกรองภาวะวิตกกังวล (Beck anxiety inventory) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อแบ่งความรุนแรงเป็นระดับ ปกติ เริ่มมีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และมากที่สุด

5. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา

เดือนมกราคม พ.ศ.2557 - มิถุนายน พ.ศ. 2557 รวมระยะเวลา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. พรรณนาลักษณะข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นจำนวนร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้ Chi-square test

4. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลโดยใช้ Pearson correlation

การแปลผลใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ $P < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลโดยตรงแก่ เด็กสมองพิการ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี ที่เข้ารับกระตุ้นพัฒนาที่คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์อย่างต่อเนื่องทั้งสิ้น 28 คน ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีเข้าร่วมในโครงการทั้งหมดและผู้ดูแลโดยตรงแก่เด็กปกติ อายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 18 ปี ของโรงเรียนอนุบาลสุรินทร์และโรงเรียนสิรินธร จังหวัดสุรินทร์ โดยการสุ่มและยินดีเข้าร่วมในโครงการทั้งสิ้น 28 คน (ตารางที่ 1-5)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มศึกษา (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=28)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี) (SD)	33.6(9.9)	34.5(4.4)	0.420
เพศ			0.275
หญิง	22	25	
ระดับการศึกษา			0.828
ประถมศึกษา	7	4	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	6	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	6	
อุดมศึกษา	10	12	
สถานภาพ			0.388
โสด	0	0	
แต่งงาน	24	26	
หม้าย/แยกกันอยู่	4	2	
ความสัมพันธ์กับเด็ก			0.241
พ่อ	5	3	
แม่	21	25	
อื่นๆ	2	0	
การทำงาน			0.554
มีงานทำ	19	21	
รายได้			0.241
0-10000	12	11	
10001-20000	8	12	
20001-30000	4	3	
>30000	4	2	
รายได้พอเพียงกับค่าใช้จ่าย			0.520
ไม่	0	0	
เล็กน้อย	6	5	
ปานกลาง	14	18	
มาก	8	5	
มากที่สุด			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.23
สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ	5	4	
นอกจากเด็กพิการสมอง			0.095
ไม่มีภาวะ	20	25	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานของเด็กกสมองพิการและเด็กปกติ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็ก	กลุ่มศึกษา (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=28)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี) (SD)	4.0 (3.2)	4.6 (2.3)	0.363
เพศ			0.275
ชาย	16	15	

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลชนิดความพิการ ความสามารถและข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของเด็กกสมองพิการ

	จำนวน
ชนิดของสมองพิการ	
Spastic diplegia	1
Spastic hemiplegia	3
Spastic quadriplegia	23
Athetoid	1
ข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว (Gross motor function classification system-GMFCS) ⁽⁵⁾	
I	0
II	0
III	2
IV	14
V	12

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลระหว่างผู้ดูแลเด็กกสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ

แบบสอบถาม	กลุ่มศึกษา (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=28)	p-value
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพกาย			0.014*
ปานกลาง	21	12	
ดี	7	16	

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลระหว่างผู้ดูแลเด็กสมองพิการและผู้ดูแลเด็กปกติ (ต่อ)

แบบสอบถาม	กลุ่มศึกษา (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=28)	p-value
ด้านจิตใจ			0.002*
แย่	8	0	
ปานกลาง	18	7	
ดี	2	21	
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม			0.002*
แย่	7	1	
ปานกลาง	18	13	
ดี	3	14	
ด้านสิ่งแวดล้อม			<0.001*
แย่	2	0	
ปานกลาง	24	8	
ดี	2	20	
คุณภาพชีวิตโดยรวม			<0.001*
แย่	2	0	
ปานกลาง	19	6	
ดี	7	22	
ภาวะซึมเศร้า			0.041*
ปกติ	8	23	
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า	11	5	
ซึมเศร้าเล็กน้อย	5	0	
ซึมเศร้าปานกลาง	3	0	
ซึมเศร้ารุนแรง	1	0	
ภาวะวิตกกังวล			0.317
ไม่วิตกกังวล	20	23	
วิตกกังวลปานกลาง	6	5	
วิตกกังวลมาก	2	0	

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการกับคุณภาพชีวิต
ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

	ความสัมพันธ์ (Correlation coefficient)	p-value
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต		
ด้านสุขภาพกาย	-0.107	0.590
ด้านจิตใจ	-0.283	0.144
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.034	0.862
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.027	0.890
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.790	0.690
ภาวะซึมเศร้า	0.074	0.706
ภาวะวิตกกังวล	0.224	0.257

บทวิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ เด็กสมองพิการรวมทั้งหมด 28 คน ชนิดความพิการที่พบมากที่สุดคือ Quadriplegia 23 คน ร้อยละ 82.1 และ spastic hemiplegia, spastic diplegia, athetoid รองลงมาตามลำดับ ส่วนระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว พบว่าเด็กสมองพิการที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้มีระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวอยู่ที่ระดับ 3-5 เนื่องจากจากระดับ 1 และ 2 เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองจึงไม่มีความจำเป็นต้องเข้าฟื้นฟูที่โรงพยาบาลสุรินทร์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มศึกษาคือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการนั้นมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและเมื่อแยกไปในแต่ละด้านคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่ามีทุกระดับตั้งแต่แยระดับปานกลาง จนถึงระดับดี โดยเฉพาะด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมที่พบว่าในกลุ่มศึกษามีคุณภาพแย่มาก คือ 8 คน

และ 7 คน ตามลำดับส่วนในกลุ่มศึกษาต่างจากกลุ่มควบคุมที่พบระดับแย่เพียง 1 คนในด้านสัมพันธภาพทางสังคม

รวมทั้งภาวะซึมเศร้าที่กลุ่มศึกษามีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าถึง 20 คน โดยที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 5 คน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Basaran และคณะ⁽³⁾ สำหรับภาวะวิตกกังวลนั้น ไม่พบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

การศึกษาความสัมพันธ์ของระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ones และคณะ⁽¹⁰⁾ และ Kaya และคณะ⁽¹¹⁾ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ระดับข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการมีเพียงระดับ 3-5 ไม่มีความหลากหลายและระดับ 3-5 นั้นมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวที่

ใกล้เคียงกันทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตต่อผู้ดูแลเด็กสมองพิการไม่แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทีมดูแล รักษาและฟื้นฟูแก่เด็กสมองพิการสามารถค้นพบปัญหา สภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการนำไปสู่การดูแล แนะนำ รักษา สภาวะจิตใจที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการในแต่ละคนได้อย่างจำเพาะเจาะจง เพื่อช่วยลดความเครียด วิตกกังวลที่เกิดขึ้น รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผลของการดูแล รักษา ฟื้นฟูแก่เด็กสมองพิการในแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไปอีก

ข้อด้อยของการศึกษาในครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและ เฉพาะผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการที่คลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสุรินทร์เท่านั้นทำให้ไม่เกิดความหลากหลายในกลุ่มตัวอย่าง

สรุปผลการศึกษา

ภาวะทุพพลภาพของเด็กสมองพิการส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีคุณภาพชีวิตในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมต่ำกว่า รวมถึงมีภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าผู้ดูแลเด็กปกติอย่างชัดเจนส่วนภาวะวิตกกังวลไม่มีความแตกต่างกัน

ระดับของข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวเด็กสมองพิการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลสมองพิการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.สมคิด สุริยเลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา พญ. พรรณวดี สารวานางกูร หัวหน้าแผนกเวชกรรมฟื้นฟู และนักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีนวล ขวศิริ. ภาวะสมองพิการ ใน : กิ่งแก้ว ปาจริย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กรีนพรีนซ์ ; 2542 : 59
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจคนพิการและทุพพลภาพ ปี พ.ศ.2545 . กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2545
3. Basaran A, Karadavut KI, Uneri SO, Balbaloglu O, Atasoy N. The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores. Eur J Phys Rehabil Med 2013; 49:1-8.
4. นวพร ชัชวาลพาณิชย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, อรฉัตร โตษยานนท์. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ในช่วงอายุ 6 เดือน ถึง 18 เดือนที่หน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลศิริราช. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2543;10:2 :65-72.
5. Oleszek J, Davidson L. Cerebral palsy. Physical medicine and rehabilitation. 4. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc; 2011.

6. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาสชัย. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ 2545.
7. ธรรมนาถ เจริญบุญ. แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์ เวชสาร 2554;11:4:667-76.
8. Beck AT, Steer & Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory; 1996. Available from: http://www.med.navy.mil/sites/NMCP2/PatientServices/SleepClinicLab/Documents/Beck_Depression_Inventory.pdf.
9. Beck AT, Steer & Brown GK. Manual for the Beck Anxiety Inventory; 1996. Available from: <http://www.childre-nandautism.com/wp-content/uploads/2014/03/Beck-Anxiety-and-Depression-Inventory.pdf>.
10. Ones K, Yilmaz E, Cetikaya B, Caglar N. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). Neurorehabil Neural Repair 2005;19:232-7.
11. Kaya L, Unsal-Delialioglu S, Ordu-Gokkaya NK, Ozisler Z, Er-gun N, Ozel S. et al. Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. Disabil Rehabil 2010;32:1666-72.