

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการองค์กรเภสัชกรรม
ธันวาคม 2558

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง



สารนิพนธ์
ของ
ชาตบุตร สุขอัจจะสกุล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการองค์กรเภสัชกรรม

ธันวาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการองค์กรเภสัชกรรม
ธันวาคม 2558

ชาตบุตร สุขอัจจะสกุล. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง*. สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการองค์การเภสัชกรรม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมหญิง พุ่มทอง.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวางดำเนินการในเดือน พฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 23 คน ใช้วิธีเลือกตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบประเมิน Modified WOMAC (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งวัด 3 ด้าน คือ อาการปวด (5 ข้อ) ข้อฝืดข้อยึด (2 ข้อ) และความสามารถในการใช้งานข้อ (15 ข้อ) ถูกนำมาใช้เพื่อวัดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จากนั้นจึงแปลค่าเป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หากคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่ามาก แสดงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังจากได้รับบริการทางการแพทย์จากแผนกกระดูกและข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) อายุเฉลี่ย 64.86 ± 6.31 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีค่าดัชนีมวลกายจัดอยู่ในระดับอ้วน ($BMI > 23$ กิโลกรัม/เมตร²) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมานานเฉลี่ย 6.04 ± 3.86 ปี ผู้ป่วยทุกคนรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการใช้ยาแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังใช้วิธีการรักษาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น ผังเข็ม (ร้อยละ 43) นวดแผนไทย (ร้อยละ 39) และกายภาพบำบัด (ร้อยละ 17) ผลจากประเมินพบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมมีค่า 102.7 ± 26.20 (พิสัย 62-149, ค่าที่เป็นไปได้คือ 0-220) จัดอยู่ในระดับรุนแรงน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อปรับคะแนนทั้ง 3 ด้าน ให้มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน (0 ไม่มีอาการเลย 10 มีอาการมากที่สุด) เท่ากัน พบว่าทั้ง 3 ด้านมีค่าไม่แตกต่างกันมากนัก ด้านความปวดมีค่าสูงสุด (4.97 ± 1.19) รองลงมา คือ ความสามารถในการใช้งาน และข้อฝืดข้อยึด ตามลำดับ (4.59 ± 1.24 และ 4.50 ± 1.36) ด้านความปวด พบว่า ค่าเฉลี่ยความปวดขณะเดินขึ้น-ลงบันไดมีค่าสูงที่สุด (5.35 ± 1.43) ส่วนด้านอาการข้อฝืด ข้อยึด พบว่า ในช่วงเช้าขณะตื่นนอนมีค่ามากกว่าระหว่างวัน (4.87 ± 1.69 และ 4.13 ± 1.22 ตามลำดับ) สำหรับ ด้านความสามารถในการใช้งานข้อนั้น ค่าเฉลี่ยในกิจกรรมการทำงานบ้านหนักๆ มีค่าสูงสุด (5.04 ± 1.80) รองลงมา คือ การลงบันได (5.00 ± 1.57) บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Chatabuth Sukajasakul. (2015). *Health-related Quality of life in patients with knee osteoarthritis in a private hospital*. Master's Project, MBA. (Pharmacy Organization Management). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University.

Project Advisor: Asst. Prof. Dr. Somying Pumtong.

The purpose of this research is to measure health-related quality of life (HRQoL) in patients with knee osteoarthritis in a private hospital. This cross-sectional study was conducted between May and June, 2015. Twenty-three patients were selected by a convenience sampling method. A self-administered questionnaire consisted of three parts: patient information, treatment of osteoarthritis, and HRQoL. The modified Thai WOMAC index, including three dimensions: pain (5 items), stiffness (2 items), and function (15 items), was used to assess the severity of osteoarthritis, and then interpreted as HRQoL level, such that a high severity score indicated a low level of HRQoL. All patients were asked to complete the questionnaires after they had received medical services from orthopedic department. Descriptive statistics (frequency, percentage, range, average and standard deviation) were used for data analysis. Findings showed that the majority of patients were women (61%) with a mean age of 64.86 ± 6.31 . Most of them (87%) were overweight (BMI > 23 kg/m²). The mean duration of suffering from knee osteoarthritis was 6.04 ± 3.86 years. All patients were treated with modern medicines. Some of them sought alternative treatments such as acupuncture (43%), Thai massage (39%) and physical therapy (17%). The mean WOMAC score was 102.7 ± 26.20 (range 62-149, possible score 0-220), classified as mild level (level 2). Overall, 83% of the patients had HRQoL at moderate level. The adjusted mean severity scores of the three dimensions were not much different (0 no symptoms - 10 extreme symptoms). The highest score was showed in pain dimension (4.97 ± 1.19), followed by function and stiffness dimension (4.59 ± 1.24 and 4.50 ± 1.36 , respectively). Pain on stair climbing was the highest in pain dimension (5.35 ± 1.43). For stiffness dimension, morning stiffness was higher than stiffness occurring later in the day (4.87 ± 1.69 and 4.13 ± 1.22 , respectively). In terms of function, the heavy domestic duties showed the highest mean score (5.04 ± 1.80), followed by the descending stairs (5.00 ± 1.57). Healthcare professionals in this hospital can use these results as an evidence for managing a program to cure, promote, and rehabilitate patients with knee osteoarthritis to improve their quality of life.

สารนิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ของ

ชาตบุตร สุขอัจจะสกุล

ได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการองค์กรเภสัชกรรม
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา)

วันที่.....เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมหญิง พุ่มทอง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมหญิง พุ่มทอง)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณนิภา อภินิษฐาภิชาติ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์)

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมหญิง พุ่มทอง อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาในการทำวิจัยตลอดทั้งโครงการจนสำเร็จเป็นสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาไว้ในโอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณนิภา อภินิษฐาภิชาติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ทั้งการสอบเค้าโครงร่างสารนิพนธ์ และการสอบปากเปล่า ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาไว้ในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะบุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ณ โรงพยาบาลเอกชน ที่ได้สละเวลาและอำนวยความสะดวกในการให้โอกาสและให้การส่งเสริมแก่ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการองค์กรและสหกรรมทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการต่อยอดความรู้เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาตนเองของผู้วิจัย ตลอดจนขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อหลักสูตรทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในด้านการติดต่อประสานงานทำให้การวิจัยราบรื่นเป็นอย่างดี

ชาตบุตร สุขอัจะสกุล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	2
ความสำคัญของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
ตัวแปรที่ศึกษา	2
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	3
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
โรคข้อเข่าเสื่อม	4
ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม.....	4
อาการทางคลินิก	5
ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม	6
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	7
วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	13
ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	13
เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	14
เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	18
3 วิธีดำเนินการวิจัย	21
การกำหนดประชากรและการกลุ่มตัวอย่าง	21
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	21
การเก็บรวบรวมข้อมูล	24
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	25

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	26
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	26
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	29
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	35
สังเขปความมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย	35
สรุปผลการวิจัย	35
อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	36
บรรณานุกรม	42
ภาคผนวก	48
ภาคผนวก ก	49
ภาคผนวก ข	57
ภาคผนวก ค	59
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์	61

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกลักษณะของผู้ป่วย (n=23)	27
2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกระยะเวลาการเจ็บป่วย (n=23)	27
3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามวิธีการรักษา (n=23)	28
4 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการปวดของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)	29
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม (n=23)	30
6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=23)	30
7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)	31
8 ความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการข้อฝืดข้อตึงของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)	32
9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการทำงานของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)	34

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดโรคหนึ่งในประชากรทั่วโลก สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์ของโรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยจากการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข. 2558) โรคข้อเข่าเสื่อม จัดเป็นภาวะโรคที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยต้องมียุทธศาสตร์ชีวิตไม่ดี อยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพหรือการใช้ชีวิตประจำวัน จากรายงานการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554 สรุปการจัดอันดับสาเหตุความสูญเสียสุขภาพของประชากร เพศหญิง ช่วงอายุ 30-59 ปี พบว่าโรคข้อเสื่อมจัดอยู่ในลำดับที่ 3 รองจาก โรคซึมเศร้าและเบาหวาน ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2554)

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นภาวะที่เกิดจากการสึกกร่อนของผิวกระดูกอ่อนของข้อเข่าอันเนื่องมาจากความเสื่อมตามอายุขัยหรือการใช้งานมาก ทำให้เกิดการสึกหรอของกระดูกอ่อน มีอาการปวดข้อเข่า และมีปุ่มกระดูกในภาพรังสีของข้อเข่า มีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป 2) ข้อฝืดตึงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที หรือ 3) มีเสียงกรอบแกรบ (crepitus) เมื่อข้อเข่าเคลื่อนไหว (ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์. 2556) การรักษาแบ่งออกได้เป็น 3 วิธี คือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาโดยใช้ยา และการผ่าตัดข้อเข่า โดย การรักษาโดยไม่ใช้ยานั้น เป็นการรักษาสำหรั้บกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การนั่ง การเดิน การลดน้ำหนัก การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ การทำกายภาพบำบัด และการฝังเข็ม สำหรับการรักษาโดยใช้ยา มีทั้งยากิน ยาทาเฉพาะที่ ยาฉีด นอกจากนี้ยังมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่างๆ ร่วมด้วย และวิธีการผ่าตัดข้อเข่าซึ่งวิธีนี้เป็นการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีการอาการรุนแรงมาก ปัจจุบันได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากได้รับผลดีและมีโรคแทรกซ้อนไม่มาก แต่ยังมีค่าใช้จ่ายสูง (กระทรวงสาธารณสุข. 2554)

ความเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จึงจัดเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงอาจใช้วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา ให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด อาการข้อฝืดตึง อันเกิดจากโรค และผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อในกิจวัตรประจำวันได้

โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นองค์กรหลักในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย จึงควรวางแผนหรือจัดเตรียมแนวทางในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างเหมาะสม ทั้งการ

ชะลอความรุนแรงของโรค และบรรเทา พิษฟู อาการของโรคที่เกิดขึ้น ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้น หากมีข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยย่อมจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อสร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวเมื่อมารับบริการ ข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้ นอกจากข้อมูลด้านคลินิก เช่น อาการ ผลการรักษา และการใช้ยาแล้ว ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตก็ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อย่างชัดเจน

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ความสำคัญของการวิจัย

โรงพยาบาลสามารถนำผลจากการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการวางแผนการ ดูแลรักษา/ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อชะลอความเสื่อมและความรุนแรงของโรค ให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับ การรักษาโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ที่แผนกกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่ง มารับการรักษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ. ศ. 2558 ถึงมิถุนายน พ. ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับ การรักษาโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ที่ศูนย์แผนกกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ช่วงเวลา 09.00-13.00 น. วันเสาร์ และอาทิตย์ เดือนพฤษภาคมและมิถุนายน พ.ศ.2558 จำนวน 23 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วย ซึ่งวัดจาก 3 ด้าน คือ อาการปวดข้อเข่า อาการข้อฝืดข้อตึง และความสามารถในการใช้งานข้อในการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การขึ้นลงบันได การลุกยืนจากท่านั่ง การทำงานบ้าน เป็นต้น) โดยผู้ป่วยประเมินอาการด้วยตนเอง ด้วยแบบประเมิน Modified WOMAC (ฉบับภาษาไทย) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปีดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554)

1.1 อาการปวดข้อ คือ การรับรู้ถึงอาการปวดข้อ ในอริยาบถต่างๆ โดยมีข้อคำถาม 5 ข้อ (เช่น อาการปวดข้อเข่าขณะเดิน อาการปวดข้อเข่าตอนกลางคืน) หากผู้ป่วยยิ่งให้คะแนนมาก บ่งบอกถึงอาการปวดมาก (คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 10 หมายถึงปวดมากจนทนไม่ได้)

1.2 อาการข้อฝืดข้อตึง คือ การรับรู้ถึงอาการข้อฝืด ข้อตึง ในแต่ละช่วงของวัน โดยมีข้อคำถาม 2 ข้อ (ข้อฝืดช่วงเช้า และ ช่วงระหว่างวัน) หากผู้ป่วยยิ่งให้คะแนนมาก บ่งถึงอาการฝืดมาก (คะแนน 0 หมายถึง ไม่ฝืดเลย คะแนน 10 หมายถึง ฝืดมากที่สุด)

1.3 ความสามารถในการใช้งานข้อ คือการรับรู้ถึงการใช้งานข้อเข่าในอริยาบถต่างๆ โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ (เช่น การขึ้น-ลงบันได การลุกยืนจากท่านั่ง การทำงานบ้าน เป็นต้น) หากผู้ป่วยยิ่งให้คะแนนมาก บ่งถึงความสามารถในการใช้งานข้อ (คะแนน 0 หมายถึง สามารถทำงานหรืออริยาบถนั้นได้ดีที่สุด คะแนน 10 หมายถึง ไม่สามารถทำได้หรือเป็นปัญหามากที่สุด)

จากนั้นนำคะแนนการรับรู้จากแบบประเมิน มาแปลผลเป็นระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหากคะแนนความรุนแรงของโรคมีน้อย บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางร่างกายที่ดี และคะแนนความรุนแรงของโรคมียิ่งมาก บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางร่างกายแย่กว่า

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่ง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคข้อเข่าเสื่อม
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1. โรคข้อเข่าเสื่อม

ในส่วนนี้จะนำเสนอ ความหมาย อาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of Knee) เป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดโรคหนึ่งในประชากรทั่วโลก สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์ของโรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยจากการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข. 2558) โรคข้อเข่าเสื่อม จัดเป็นภาวะโรคที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดทุพพลภาพในผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยต้องมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพหรือการใช้ชีวิตประจำวัน จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554 สรุปการจัดอันดับสาเหตุความสูญเสียสุขภาพของประชากร ของเพศหญิง ช่วงอายุ 30-59 ปี พบว่าโรคข้อเสื่อมจัดอยู่ในลำดับที่ 3 รองจาก โรคซึมเศร้าและเบาหวาน ตามลำดับ (ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์. 2556)

1.1 ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis) หมายถึง โรคของการเสื่อมสภาพของข้อ (degenerative disease) โดยมีการเกิดพยาธิสภาพอย่างเรื้อรังและถาวรที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ของข้อชนิดมีเยื่อหุ้ม (diarthrodial joint) การทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป ข้อที่มักพบการเสื่อมลักษณะนี้ เป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมาก อีกทั้งยังอาจมีกา ลุกกลาม ทำลายไปยังกระดูกบริเวณข้างเคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (sun-chondral bone) ทำให้มีการหนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อ ทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง พยาธิสภาพเหล่านี้ ล้วนทำให้เกิดอาการปวดจากผิวข้อชำรุด และการอักเสบส่งผลให้การทำงานของข้อเสียไป การ เคลื่อนไหวลดลง และทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด (ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์. 2556)

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นได้ 2 สาเหตุหลักคือ สภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบถดถอย ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น เรียกว่า ข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ หากว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมีสาเหตุที่ผิดปกติที่เกิดกับข้อเข่ามาก่อน เช่นการอักเสบของข้อเข่าจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ติดเชื้อไขข้ออักเสบ กระดูกหัก แล้วทำให้ในเวลาต่อมาผิวข้อผิดปกติ และเกิดข้อเสื่อมตามมาข้อเสื่อมชนิดนี้เรียกว่าข้อเสื่อมทุติยภูมิ พบได้ในผู้ป่วยทุกอายุ แต่โดยรวมพบได้ไม่บ่อยเท่าข้อเข่าเสื่อมชนิดแรก (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2549) แบ่งออกได้เป็น 5 ระยะดังนี้ (อารี ตนาวลี. 2556)

ระยะแรกจะมีการสึกกร่อนของผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่า อาจมีอาการไม่เด่นชัด แต่รู้สึกว้าวุ่น ๆ ที่ข้อเข่า หรือ ผิดในข้อเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะหลังจากที่ข้ออยู่หนึ่ง ๆ เป็นเวลานาน

ระยะที่สอง มีอาการอักเสบ เนื่องจากมีการปล่อยเอนไซม์ออกมาทำลายผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น จะเริ่มมีอาการขัดในข้อบ่อยขึ้น และมากขึ้น อาจมีเสียงลั่นในข้อคล้ายเสียงกระดาษทรายถูกัน ในระยะนี้ มักมีอาการปวดร่วมด้วย

ระยะที่สาม มีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่บริเวณรอบ ๆ ข้อ การเคลื่อนไหวข้อเข่าเกิดความลำบากมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาข้อติดขัด และเคลื่อนไหวไม่เต็มวงของการงอเข่าตามมา

ระยะที่สี่ เกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการซ่อมแซมผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าที่ถูกทำลายมีจำกัด แต่การทำลายยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ทำให้เกิดรอบแหวง เนื้อกระดูกบริเวณหัวข้อต่อมีการเสียดสีกัน ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงขณะเคลื่อนไหวข้อเข่า

ระยะสุดท้าย ระยะนี้ข้อเข่าจะมีรูปร่างผิดปกติ เนื่องจากการงอกของกระดูกใหม่และมีรอยแหวง ผิวหนังอาจมีสีแดงเข้มขึ้น ทำให้สังเกตเห็นได้ว่าข้อเข่ามีขนาดใหญ่ขึ้น และไม่สามารถเคลื่อนไหวของข้อได้มากเหมือนแต่ก่อน การอักเสบที่เกิดกับข้อใหญ่ที่รับน้ำหนัก อาจทำให้ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักไม่ได้เพราะความปวดข้อที่มีรูปร่างผิดปกติ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าลดลง และเกิดอาการข้อเข่าติดแข็งในที่สุด

1.2 อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีอาการที่แสดงให้เห็นได้ ดังนี้ (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554)

1. ปวด (pain) อาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีลักษณะปวดลึก ๆ บริเวณข้อ ระบุตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน มักเป็นเรื้อรังและปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในท่างอเข่า ขึ้นลงบันไดหรือลงน้ำหนักบนข้อนั้น ๆ และจะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจปวดตลอดเวลาแม้เวลากลางคืนหรือขณะพัก บางรายมีอาการปวดตึงบริเวณพับเข่าด้วย

2. ข้อฝืดข้อตึง (stiffness) พบได้บ่อยในช่วงเช้า (morning stiffness) แต่มักไม่นานเกินกว่า 30 นาที อาการฝืดตึงอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหว หลังจากพักเป็นเวลานานที่เรียกว่าปรากฏการณ์ข้อเหนียว (gelling phenomenon) เช่น ข้อเข่าฝืดหลังจากนั่งนาน ๆ แล้วลุกขึ้น ทำให้ต้องหยุดพักขยับข้อระยะหนึ่งจึงจะเคลื่อนไหวได้สะดวก

3. ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement) จะมีอาการข้อบวมใหญ่ซึ่งเกิดจากกระดูกที่ออกไปนบริเวณข้อและเมื่อโรครุนแรงมากขึ้นอาจพบอาการขาโก่ง (bow leg) ซึ่งพบได้บ่อยกว่าเข่าฉิ่ง (knock knee) อาจมีการบวมจากน้ำซึมในข้อ (effusion) อันเป็นผลจากการอักเสบในข้อเข่า แต่การบวมไม่ใช่อาการจำเพาะของข้อเข่าเสื่อม

4. มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

5. ทุพพสภาพในการเคลื่อนไหวและการทำงาน (reduced function) มีความลำบากในการนั่งลุกเดินหรือขึ้นลงบันได และหากเป็นมากอาจรบกวนการทำงานในชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง

6. ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้จำกัด (restricted movement) เขยียดตรงได้ลำบาก (flexion contracture) และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ข้อเข่าได้ลดลงด้วย

สำหรับเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยนั้น สมาคมรูตีซัมแห่งประเทศไทย 2553 และสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้อ้างอิงเกณฑ์ของ American college Rheumatology (ACR) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่กำหนดว่า การวินิจฉัยโรคนี้ ประกอบด้วย อาการปวดเข่า ร่วมกับผลการฉายรังสี (X-ray) พบกระดูกงอกใหม่ (osteocytosis) ร่วมกับข้อสันนูนอีกอย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป หรือ 2) มีข้อติดในตอนเช้าไม่นานเกิน 30 นาที หรือ 3) มีเสียงดังในข้อเมื่อมีการเคลื่อนไหว

1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุซึ่งสาเหตุหลัก คือ การเสียดสีระหว่างกระดูกอ่อนและการทำลายผิดกระดูกอ่อนของเข่า ทำให้สูญเสียกระดูกอ่อนไปเรื่อยๆ การเคยได้รับการบาดเจ็บที่ข้อเข่า การใช้งานหนัก หรือการมีน้ำหนักตัวที่มาก ย่อมทำให้เกิดการสึกกร่อนบริเวณผิวกระดูกอ่อนจึงส่งผลให้มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ในด้านเพศ อายุ รวมถึงกรรมพันธุ์ ก็มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้เช่นกัน (สิริพรรณ ชาคโรทัย. 2554) มีรายงานที่แสดงข้อมูลให้เห็นว่าโรคข้อเสื่อม พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในผู้สูงอายุมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว อธิบายได้ว่าหญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (menopause) มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลง ฮอร์โมนนี้ช่วยเสริมกลไกการซ่อมแซม สمانเนื้อเยื่อโดยเฉพาะ เนื้อเยื่อรอบข้อที่มีการอักเสบ จึงทำให้เนื้อเยื่อรอบข้อไม่แข็งแรง เส้นเอ็นหย่อนยาน ข้อต่อหลวม ไม่มั่นคง (นงพิมล นิमितอาพันธ์. 2557) นอกจากนี้ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการมากถึงขนาดต้องผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อเข่าเทียมนั้นเป็นเพศหญิง (วัชรภรณ์ สนทนา. 2556) การมีอิริยาบถและท่าทางในกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากเกิดการเพิ่มการเสียดสีหรือแรงอัดในข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ การคุกเข่า การขัดสมาธิ การนั่งยอง ๆ การขึ้นลงบันได เป็นเวลานานหรือเป็นประจำ การประกอบอาชีพที่ต้องแบกรับน้ำหนักเป็นเวลานาน การเล่นกีฬาที่ทำให้เกิดแรงกระแทกกับข้อเข่าเป็นประจำ ความอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคข้อเสื่อม

ความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนและข้อเข่าเสื่อมนี้ ความอ่อนจะเพิ่มอัตราความเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมถึง 4 เท่า และการลดน้ำหนักจะลดอัตราการเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมในคนปกติ และช่วยชะลอความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยได้ และการบาดเจ็บโดยตรงที่บริเวณข้อ (traumatic knee injury) การหักของกระดูกหรือการเคลื่อนของข้อ ทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและกระดูกอ่อน อีกทั้งการมีบาดแผลเปิด ทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อที่ข้อมากขึ้น (นงพิมพ์ นิมิตอนันท์. 2557)

1.4 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สามารถทราบว่าจะตนเองเริ่มเกิดข้อเข่าเสื่อมเมื่อใด แต่จะทราบต่อเมื่อมีความรุนแรงของข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น โดยมีอาการปวดข้อเข่า ข้อเข่าฝืดตึง และเกิดความลำบากในการใช้งานของข้อ ลักษณะความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม สามารถดูได้จากอาการ 3 ด้าน คือ (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554)

1. ด้านอาการปวด อาการปวดข้อเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์อาการปวดที่พบจะเกิดอาการปวดลึกๆซึ่งเกิดจากกระดูกอ่อนมีการบางลงเรื่อยๆ กระดูกที่อยู่ข้างใต้มีการหนาตัวขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นต่อแรงกดของข้อลดลงและอาจทำให้เนื้อกระดูกงอกเพิ่มขึ้น เยื่อหุ้มกระดูกจึงยกตัวขึ้น เกิดแรงดันภายในข้อเข่าเพิ่มสูงขึ้น เลือดจึงคั่งในเนื้อกระดูกมีการขยายตัวของแคลซูล อาจมีการหลุดลอกของเยื่อหุ้มที่หนาขึ้นและอาจมีเศษกระดูกหลุดลอกออกมา เกิดการอักเสบทำให้กระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึก เนื่องจากกระดูกอ่อนไม่มีเซลล์ประสาทรับความรู้สึกแต่จะอยู่บริเวณรอบเยื่อหุ้มข้อเซลล์ประสาทเหล่านี้จะถูกกระตุ้นจากภายในข้อและจากกล้ามเนื้อเพราะเมื่อมีแรงมากกระทบบริเวณข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อส่วนนั้นทำงานมากกว่าปกติ เซลล์ของกล้ามเนื้อและผังพืดมีการหดตัวเป็นเวลานานเกิดของเสียคั่งทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทและส่งต่อไปยังไขสันหลังเกิดหลังสารเคมี เช่น แบริคติน (bradykinin) พรอสตาแกรนดิน (prostaglandins) สารซัสแตนทีฟ (substance P) ฮิสตามีน (histamin) ซีโรโตนิน (serotonin) และไซโตไคน์ (cytokins) เมื่อกระแสประสาทผ่านจากทาลามัส เข้าสู่คอร์เทกซ์ (cerebral cortex) จะแปลความเจ็บปวดเป็นระดับความรุนแรง ทราบถึงตำแหน่งที่เกิดความเจ็บปวด (Altman. R. D.. 2549)

2. ด้านอาการข้อฝืดข้อตึงหรือข้อติดแข็ง จะพบในช่วงเช้า ตอนตื่นนอนเพราะเมื่อขณะนอนหลับการไหลเวียนเลือดจะลดลงส่งผลให้แรงดันภายในข้อเพิ่มสูงมากขึ้นการส่งผ่านของออกซิเจนและสารอาหารที่จะเลี้ยงข้อลดลง ทำให้เซลล์บางส่วนถูกทำลายชั่วคราวเมื่อมีการขยับหรือเคลื่อนไหว การไหลเวียนของเลือดที่เลี้ยงบริเวณนั้นจะเพิ่มขึ้น เซลล์ต่างๆเริ่มมีการทำงานได้ดีขึ้นจึงทำให้พบการฝืดที่เกิดขึ้นชั่วคราวในท่าเหยียดและงอ แต่เมื่อมีการอาการของโรคเพิ่มขึ้นการถ่ายภาพรังสีจะทำให้พบช่องข้อเข่าแคบลงจากการทำลายกระดูกอ่อนเกิดข้อเข่าติดตลอดเวลา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างที่เห็นเด่นชัด คือ ขาโก่ง (วาสนา กรุดไทย. 2553)

3. ด้านความสามารถในการใช้ข้อ ความสามารถในการใช้ข้อกระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลายมาก ส่งผลให้มีการหลั่งสารที่ทำลายเซลล์กระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น เมื่อมีการทำลาย จึงเริ่มมีการงอกของกระดูกที่สร้างขึ้นใหม่ แต่ไม่สมบูรณ์เหมือนเดิมเกิดขึ้นรอบ ๆ กระดูกอ่อนทำให้เพิ่มการทำลายมากขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย คือ การเริ่มมีกระดูกใต้กระดูกอ่อนหนาตัวขึ้นเกิดขึ้นเป็นกระดูกที่งอก (osteophyte) เพิ่มขึ้น เมื่อมีการเสียดสีกันส่งผลให้มีเศษกระดูกเล็กๆ (microfracture) จะลอยอยู่ในน้ำไขข้อทำให้เกิดการระคายเคืองเกิดภาวะเยื่อข้ออักเสบกระบวนการอักเสบจะมีการย่อยสลายเซลล์เมื่อเป็นระยะเวลาานานๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อภายในข้อเข่ากล้ามเนื้อมีพังผืดมาเกาะทำให้กล้ามเนื้อสูญเสียหน้าที่การเคลื่อนไหวและไม่มีแรงกระแทกผ่านแนวแรงของร่างกาย ผลดังกล่าวทำให้เซลล์สลายกระดูกมีการเพิ่มการทำงานกระบวนการในการซึมผ่านสารและอาหารจากหลอดเลือดในกระดูกสู่ส่วนต่างๆ ของกระดูกผิวข้อ รวมถึงการซึมผ่านของเสียและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (carbondioxide) จากส่วนต่างๆ ของกระดูกอ่อนผิวข้อกลับสู่หลอดเลือดในกระดูกลดลง ความยืดหยุ่นลดลงรวมถึงมีการสร้างของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของเส้นใยต่างๆ รอบข้อเข่าตามขวาง อัตราการสร้างคอลลาเจน (collagen) ลดลง ทำให้ขนาดและความหนาแน่นของเส้นใยลดลงเอ็นจึงแข็งและหดสั้นเข้ารวมกับการเกิดไฟโบรซิส (fibrosis) ทำให้ความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของเอ็นรอบข้อลดลงเยื่อหุ้มข้อและแคปซูลจะมีการเกร็งตัวและยึดติด (contracture) เกิดการเกร็งหรือหดตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อการตั้งรับหรือหดตัวของเยื่อหุ้มข้อทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่เกิดภาวะข้อติด ส่งผลต่อโครงสร้างของร่างกายทำให้สูญเสียการทรงตัว ขาดการเดิน การช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพด้านร่างกายได้ (สิริพรรณ ชาคโรทัย. 2554)

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. 2548)

ระยะเริ่มแรกเริ่ม ผู้ป่วยมักมีอาการปวดข้อ อาจบวมเล็กน้อยหรือมีข้อฝืด ถือเป็น “อาการเตือน” (warning signs) ของการเริ่มมีพยาธิสภาพรอบข้อเข่า หากผู้ป่วยสามารถพักข้อ ลดการใช้งานข้อร่วมกับการบำบัดรักษาเบื้องต้น อาการดังกล่าวจะทุเลาลงได้

ระยะท้าย กระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อนมากขึ้น ข้อจะมีการอักเสบภายหลังการใช้งาน ผู้ป่วยรู้สึกปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อเริ่มหลวม ไม่มั่นคง ข้อเข่าโค้งงอเรียกว่า ข้อเข่าโก่ง (bow leg) หรือข้อเข่าฉิ่งหรือขาฉิ่ง (knock knee) สังเกตเห็นการผิดรูปของกระดูกอย่างชัดเจน มีการหนาตัวขึ้นจากกระดูกที่งอกใหม่ (osteocyte) พิสัยการเคลื่อนไหว (range of motion) ของข้อเริ่มลดลงทำให้ข้อยึดติด ไม่สามารถเหยียดงอได้สุดเหมือนปกติ ในระยะหลังจะพบว่า กล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง เมื่อลุกขึ้นจากท่านั่งเป็นทำยืน จะทำให้ปวดมากขึ้น เวลาเดินต้องกางขาขึ้น เพื่อเสริมความมั่นคง

ในการศึกษานี้ จะใช้คะแนนความรุนแรงของโรคซึ่งเกิดจากการประเมินของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ ความปวด ข้อฝืดข้อตึง และความสามารถในการใช้งานข้อ จะถูกนำมาใช้ในการแปลผลเป็นคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจะกล่าวต่อไปในหัวข้อ 2.3

1.5 วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่า ซึ่งมีแนวทางการวินิจฉัย และตรวจรักษาตามขั้นตอน กล่าวคือการตรวจร่างกาย ชักประวัติ ตรวจวินิจฉัยด้วยภาพถ่ายรังสี การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ และการประเมินความรุนแรงของโรค เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัว การบำบัดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น บรรเทาอาการปวด แก้อาการ ข้ออักเสบ หรือฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อให้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรค และการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งฟื้นฟูสภาพจิตใจ

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแบ่งได้เป็น 3 วิธีคือ การบำบัดโดยไม่ใช้ยา การบำบัดด้วยยา และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ราชบัณฑิตวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554)

การบำบัดโดยไม่ใช้ยา

1. การอุปนิเทศ (counseling) คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบำบัดโรคข้อเข่าเสื่อม ควรให้การรักษาร่วมกัน ทั้งการไม่ใช้ยาและการใช้ยาให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้รับข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา เน้นการให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือซึ่งดีกว่าการที่แพทย์ พยาบาล ให้ข้อมูลทางเดียวและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการรักษาที่ไม่ใช้ยาซึ่งได้แก่การออกกำลังกายบริหาร)

2. การลดน้ำหนัก ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ควรลดน้ำหนักลงให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐานหรืออย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่เป็นข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักมาก ควรได้รับการกระตุ้นเตือนให้ลดน้ำหนักและควบน้ำหนักไว้ในระดับที่เหมาะสม การลดน้ำหนักก็ช่วยลดอาการนั้นต้องลดน้ำหนักลงให้ได้มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิมหรือลดน้ำหนักที่อ้วนมากกว่าร้อยละ 0.24 ของน้ำหนักตัวเดิมต่อสัปดาห์

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าปรับเปลี่ยนแบบรูปชีวิตประจำวัน เช่น เลี่ยงการงอเข่าคุกเข่าหรือขัดสมาธิแนะนำการขึ้นลงบันไดเท่าที่จำเป็น การนวด ใช้การฝังเข็มในการบำบัดอาการในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากมีหลักฐานแสดงถึงประสิทธิศกย์ทางคลินิกในผู้ป่วยหรือการใช้

4. กายภาพบำบัด (Therapeutic exercise) รูปแบบและวิธีการบริหารต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลขึ้นกับความรุนแรง กายบริหารแบบใช้ออกซิเจนและแรงกระทัด (low-impact aerobic exercise) เพื่อป้องกันแรงที่กระทำต่อข้อเข่ามากเกินไป กายบริหารงอเหยียดข้อเข่า (ROM หรือ flexibility exercise) เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ และกายบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขา (quadriceps exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่า

4.1 การนวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง ลดอาการตึงยึดของกล้ามเนื้อ ช่วยคลายจุดที่เรียกว่า จุดกดเจ็บ (trigger point) ทำให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองคล่องตัวขึ้น และลดอาการยึดของเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

4.2 การใช้ความร้อน-ความเย็น ถ้าอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การใช้ความเย็นอาจมีประโยชน์กว่าเล็กน้อย การใช้ความร้อนมีสองแบบคือ ความร้อนแบบตื้น จะใช้กระเป๋าน้ำร้อน พาราฟิน และความร้อนลึก ใช้ อัลตราซาวด์ (ultrasound) มักใช้กับข้อที่ใหญ่และอยู่ลึก การใช้วิธีนี้ช่วยลดข้อฝืด อาการปวด ลดกล้ามเนื้อเกร็งป้องกันการหดสั้นของกล้ามเนื้อเส้นเอ็นได้ (พิพัฒน์ เพิ่มพูล. 2553)

4.3 เครื่องมือกายภาพบำบัด จะใช้คุณสมบัติของพลังงานความร้อน แสง เสียง คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในการรักษา เพื่อลดหรือบรรเทาความเจ็บปวด มีหลายประเภท เช่น การใช้ถุงประคบร้อน (hydrocollator steam pack), อัลตราซาวด์ (ultrasound) เป็นเครื่องมือที่เปลี่ยนพลังงานคลื่นเสียงเป็นพลังงานความร้อนที่ลงได้ลึก และการให้ความร้อนด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าช่วงสั้น (short wave diathermy) เป็นเครื่องมือให้ความร้อนในพื้นที่กว้าง การใช้ถุงประคบเย็น (cold pack) สามารถนำมาใช้ได้หลายครั้ง โดยทำให้ผิวหนังเย็น จะใช้เมื่อมีการบาดเจ็บ เป็นต้น

การฝังเข็ม เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับความนิยมมาก สามารถลดอาการปวดลดอาการอักเสบ เพิ่มการใช้งานของข้ออีกทั้งยังเพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณที่ฝังเข็มด้วย จากการศึกษาของวิภาวดี ลิ้มภักดี (2557) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 58 คน พบว่าการฝังเข็มมีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการปวด และแก้ไขการทำงานข้อที่ผิดปกติได้ โดยสามารถช่วยบรรเทาปวดได้ดีกว่าการไม่ฝังเข็มอย่างชัดเจน เมื่อทำการเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง

การบำบัดด้วยยา

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีหลายรูปแบบ ทั้งยารับประทาน ยาฉีด และยาทา ดังนี้

- ยาบรรเทาอาการปวด แนวทางเวชปฏิบัติส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้ยาพาราเซตามอล เพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม ปัจจุบันในยุโรปแนะนำให้ใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม เพราะยามีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งอาจใช้ได้ขนาดสูงถึง 4 กรัม/วัน ดังนั้น จึงควรเลือกใช้เป็นยาขนานแรก ในการบำบัดอาการปวดระดับน้อยจนถึงปานกลาง และหากได้ผลควรใช้เป็นยาต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาปวดระยะยาว (ราชบัณฑิตวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554)

- ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) เป็นยาที่มีการใช้แพร่หลายที่สุดในการรักษาโรคข้อเข่า ควรระมัดระวังในการใช้ผู้ป่วยข้อเสื่อมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหารและโรคหัวใจ เนื่องจากมีการศึกษาหลายฉบับ

พบว่า NSAIDs เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหารอย่างรุนแรงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้นหากใช้ COX-2 selective agents ร่วมกับ low-dose aspirin ในผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีแนวทางเวชปฏิบัติหลายฉบับแนะนำให้ใช้ยาต้านการอักเสบร่วมกับ misoprostol หรือ PPI สำหรับป้องกันแผลในกระเพาะอาหารในการรักษาผู้ป่วยข้อสะโพกหรือข้อเข่า (Rahme E. 2551)

- ยาทาเฉพาะที่ เป็นครีมทาภายนอกเรียกว่า แคปไซซิน (capsaicin) ซึ่งได้จากการสกัดจากพริกและพริกไทย แม้การทายาเจลพริกที่ผิวหนังอาจก่อให้เกิดอาการปวดแสบร้อนบริเวณที่ทา แต่กลับมีประสิทธิภาพในการเป็นยาลดปวดชนิดทาภายนอกได้ด้วย จึงแนะนำให้ใช้เป็นยาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาของอภัย ราษฎร์วิจิตร (2557) พบว่า ยาทาแคปไซซินสามารถลดอาการปวดเฉื่อยได้ร้อยละ 33 หลังการรักษา 4 สัปดาห์โดยประสิทธิภาพในการลดปวดเกิดขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษาและยังมีความปลอดภัย ยกเว้นอาจมีอาการแสบร้อนหรือผื่นแดงเฉพาะที่เกิดขึ้นได้ จึงแนะนำให้ใช้สำหรับบรรเทาอาการปวดเป็นครั้งคราวแต่ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์

- การฉีดยา เป็นการฉีดยาที่ข้อเข่า ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่าสามารถลดอาการปวดให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ต่างจากน้ำเกลือ โดยมีการฉีดยาเข้าที่ข้อ 2 ประเภทคือ การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ ซึ่งเป็นยาเสริมในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและมีการแนะนำเป็นทางเลือกในการรักษา จากการศึกษาพบว่ายาสเตียรอยด์ชนิดฉีดเข้าข้อมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ในระดับปานกลาง แต่ไม่สามารถเพิ่มการใช้งานได้และให้ผลดีในผู้ป่วยที่มีน้ำขุ่นขมในข้อเข่าเท่านั้น อีกประเภทหนึ่งคือการฉีดยากรดไฮยาลูโรนิกเข้าข้อ (intraarticular hyaluronic acid) เป็นทางเลือกอีกอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมาก ซึ่งอาการไม่ดีขึ้น (กมลวรรณ บงกชเพชร. 2551)

- ยากลุ่ม Symptomatic Slow-Acting Drugs for Osteoarthritis หรือที่เรียกว่า SYSADOA ได้แก่ ยากลุ่มกลูโคซามีนซัลเฟต (glucosamine sulfate), คอนดรอยตินซัลเฟต (chondroitin sulfate) หรือไดอะเซอเรน (diacerein) ซึ่งเป็นการบำบัดทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยข้อเสื่อมที่มีความรุนแรงมาก โดยให้เลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น (ราชบัณฑิตยวิทยาลัย แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554)

กลูโคซามีน เป็นสารธรรมชาติที่เป็นองค์ประกอบของไกลโคอะมิโนไกลแคนในกระดูกอ่อน ในบางประเทศจัดเป็นยา ได้รับการแนะนำให้ใช้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมและข้อสะโพกเสื่อม (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. 2554) แต่ในบางประเทศ กลูโคซามีนจัดอยู่ในกลุ่มเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า กลูโคซามีนมีประสิทธิภาพน้อยและไม่คุ้มค่ากับภาระค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศ (นพคุณ ธรรมธัชอารี. 2554)

การบำบัดโดยการผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า วิธีการรักษาแบบผ่าตัด ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมไป 1 ปี โดยสามารถใช้ข้อเข่าในการทำงานและการทำงานกิจวัตรประจำวันได้เกือบหรือใกล้เคียงกับปกติมากขึ้น (ทัศนีย์ มีประเสริฐ, 2553)

1. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าหรือข้อสะโพกเสื่อมที่อาการปวดไม่บรรเทาเท่าที่ควรหรือการทำงานของข้อไม่ดีขึ้นด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์ร่วมกันทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือมีการทำงานของข้อที่จำกัดและมีคุณภาพชีวิตลดลง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือและเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสม

2. การล้างข้อ (joint lavage) และการตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อด้วยการส่องกล้อง (arthroscopic debridement) ในโรคข้อเข่าเสื่อมยังคงมีการโต้แย้งกัน เนื่องจากการศึกษาบางฉบับแสดงให้เห็นว่าสามารถบรรเทาอาการได้เพียงระยะสั้น และการศึกษาบางฉบับยังให้ความเห็นว่าอาการที่ดีขึ้นอาจเป็นผลหลอก (placebo effect) การตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อด้วยการส่องกล้องมีวิธีที่หลากหลาย ประกอบด้วยการล้างข้อและการกำจัดชิ้นส่วนกระดูกอ่อนที่ฉีกขาดหลุดลอกหรือแตกออกรวมถึงกำจัดปุ่มกระดูกงอก ซึ่งมีการใช้วิธีการดังกล่าวนี้บำบัดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 70 ปี ปัจจุบันมีข้อถกเถียงถึงประสิทธิผลและข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวนี้

3. การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนว (osteotomy) และหัตถการคงสภาพข้อ (joint preserving procedures) การผ่าตัดกระดูกจัดแนวข้างด้านบนเป็นการตัดชิ้นกระดูกออกเป็นรูปลิ้มจากแผ่นกระดูกเข่า (tibial plate) ในจุดที่กระทบมากที่สุดกับกระดูกต้นขา เพื่อกระจายการรับน้ำหนักตัว การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนวและหัตถการคงสภาพข้อสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุน้อย ซึ่งยังทำงานหนักอยู่และมีอาการสำคัญจากข้อเข่าเสื่อมด้านเดียว (unicompartment) การผ่าตัดกระดูกจัดแนวข้างด้านบนเป็นทางเลือกที่อาจช่วยชะลอความจำเป็นในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อได้ถึง 10 ปี มีการแนะนำให้ทำการผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนวเป็นทางเลือกในการบำบัดโรคข้อสะโพกและข้อเข่าเสื่อม

4. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบางส่วน (unicompartment knee replacement) เป็นการผ่าตัดที่ได้ผลในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมจำกัดอยู่ในส่วนเดียว (single compartment) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมประมาณหนึ่งในสามได้ถูกจำกัดให้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพียงด้านเดียว ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ประมาณร้อยละ 30 เป็นโรคข้อเสื่อมบางส่วนที่พบบริเวณช่องด้านใน (medial compartment) ร้อยละ 3 พบที่บริเวณช่องด้านนอก (lateral compartment) และร้อยละ 69 ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบบางส่วนในผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมจำกัดอยู่ในส่วนเดียว ในปี 2550 ประเทศออสเตรเลียมีประกาศไม่ให้นำวิธีการนี้รักษาผู้ป่วยต่อไป

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในหัวข้อนี้ นำเสนอความหมายของสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิต

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมาย คำว่า สุขภาพ (health) ไว้ว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญา เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. 2550) ดังนั้น การมีสุขภาพดี จึงไม่ได้หมายความว่าปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่ต้องพิจารณาด้านอื่นร่วมด้วย เช่น มีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมพึงพิงช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่วนองค์การอนามัยโลก ให้ความหมาย“สุขภาพ” ว่า “state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” หมายความว่า ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดยมีได้หมายถึงการไม่มีโรคหรือไม่พิการ

ในอดีต การวัดผลการรักษามักพิจารณาอัตราการตาย (mortality) และความเจ็บป่วย (morbidity) ต่อมา เมื่อวิทยาการและเทคโนโลยีรักษามีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้อัตราการตายจากโรคเรื้อรังต่างๆ ลดลง ประชากรมีอายุขัยยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงอยู่กับความเจ็บป่วยซึ่งอาจจะเกิดความทุกข์ทรมานหรือความลำบากในการดำรงชีวิต ทำให้มีการศึกษาผลลัพธ์จากการบริการทางการแพทย์ด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นผลลัพธ์ในคน (humanistic outcome) นอกจากคุณภาพชีวิตแล้ว ยังสามารถวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย สถานะทางสุขภาพ ส่วนผลลัพธ์อีก 2 ประเภท คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด และ ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcome) ซึ่งเป็นการวัดในรูปแบบต้นทุนหรือตัวเงิน (Gunter MJ.. 2552)

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้มากมาย ไม่มีคำจำกัดความตายตัว การให้ความหมายหรือการตีความคำว่า คุณภาพชีวิต มักแตกต่างกันไปตามศาสตร์และทัศนคติของแต่ละบุคคล ดังตัวอย่าง

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต และความสุข ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล (ประภา รัตน์เมธานนท์. 2532)

คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพการดำรงชีวิตที่บุคคลเกิดความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอเหมาะสม (นิศารัตน์ ศิลปเดช. 2540)

คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอื่น ๆ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย รายได้ และจำนวนบุตร ที่มีความเหมาะสมและเพียงพอที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (ศุภลักษณ์ วัฒนาวีทวัส. 2542)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีปัจจัยทางด้านวัตถุที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต การได้รับการยอมรับ สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีความสุข และทำประโยชน์ให้กับสังคม (สุชาดา บุญชิต. 2546)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล ซึ่งได้จากการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งการใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์พัฒนาตนเอง และสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข (ธัญญา ศรีตุลากร. 2546)

สำหรับองค์การอนามัยโลก ให้ความหมาย ของคุณภาพชีวิต ว่า เป็นมุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. 2554)

ในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมักศึกษาองค์ประกอบหลายๆด้าน ดังเช่น ปราณี่ การัญจนวรวงศ์ (2539) สรุปไว้ว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต บุคลิกภาพ และประวัติในอดีต ในขณะที่องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นั้น มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมและความพอใจ (ศรีเมือง พลึงฤทธิ์. 2555)

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life: HRQoL) ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า คุณภาพชีวิตทั่วไป (quality of life) เพราะเป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ดังนั้นจึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. 2554) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและเน้นทางร่างกายเป็นหลัก

2.2 เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวัดคุณภาพชีวิตทำได้โดยใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินคุณภาพชีวิต เครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 แบบ คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (generic instrument) และแบบเฉพาะ (specific instrument) ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือแบบใดนั้นขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการประเมินเป็นหลัก (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. 2554)

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป (generic instrument) ซึ่งจะใช้เครื่องมือวัดแบบทั่วไป ไม่จำกัดอายุเพศหรือโรคที่เป็น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบ

ทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลกคือ Short Form Health Survey (SF-36) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อโดยแยกเป็นมิติทางสุขภาพ 8 ด้านคือ ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ความเจ็บปวด (pain) ด้านสุขภาพจิต (general mental health) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limitation due to physical health problems) บทบาททางสังคม (social functioning) บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems) ด้านความกระฉับกระเฉง (vitality) และความคิดเห็นด้านสุขภาพทั่วไป (general health perception) โดยมีตัวเลือกให้เป็นแบบมาตราวัดแบบ Likert-type scale คือเรียงขนาดของคำตอบจากน้อยไปมาก นอกจากนี้ SF-36 ยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL-BREF

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไปอาจมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง แต่มีประโยชน์สำหรับการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างโรค หากมีคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันไม่มากนัก เครื่องมือวัดคุณภาพที่เฉพาะเจาะจงต่อโรค จะสามารถบ่งบอกถึงความแตกต่างนั้นได้ แตกต่างจากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะ (specific instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในสภาวะโรค กลุ่มอาการ การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกายหรือกลุ่มบุคคลที่เฉพาะเจาะจง เหมาะที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของ เช่น โรคมะเร็งสามารถใช้ Functional Assessment of Cancer-FACT-G เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะอายุ (age-specific instrument) เช่น Pediatric Asthma Quality of Life ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อ 3 ด้านได้แก่ activity limitations ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเล่นกีฬา กิจกรรมต่างๆ symptoms เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการไอ หอบ และ emotional function เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว วิตกจริต เป็นต้น คำตอบเป็นตัวเลือกที่มี 7 คำตอบเรียงจาก 1 คือมีอาการมากไปจนถึง 7 คือไม่มีอาการเลย

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะจะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ แต่ก็อาจไม่ครอบคลุมหลายมิติของชีวิตและไม่สามารถนำคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคได้ นอกจากเปรียบเทียบผลของการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงในโรคเดียวกันเอง

3. เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการใช้ทั้งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปและแบบเฉพาะ สำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ที่นิยมใช้มากที่สุดในงานวิจัยของไทย คือ SF-36 ดังที่ได้

กล่าวไปในหัวข้อ 2.2 ข้อ 1 แล้ว ซึ่งตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้ SF-36 ดังเช่น การศึกษาของจิตาภา จำปาเงิน (2550) เรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการ นวดไทยที่โรงพยาบาลท่าแยง ใช้ SF-36 วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับผู้ป่วยจำนวน 97 คน การศึกษาของวาสนา กรุดไทย (2553) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่ รักษาทางการแพทย์แผนไทย และการศึกษาของทัศนีย์ มีประเสริฐ (2553) เรื่องคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลศิริราช งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้ SF-36 เป็นเครื่องมือประเมิน ดังเช่น การศึกษาของนรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ (2557) เรื่องผลของโปรแกรม การจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อ เข่าเสื่อม และการศึกษาของนินสา เต้หล่อง (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการ อาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ มีที่นิยมใช้ เช่น

- Osteoarthritis Knee and Hip Quality of life (OAKHQOL) พัฒนาโดย Anne-Christine Rat และคณะ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านการทำงานของร่างกาย (Physical activities) ด้านสุขภาพจิต (Mental health) ด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support) และด้านหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ซึ่งมีการปรับปรุงให้มีความจำเพาะเจาะจงต่อโรค รวมทั้ง ตรวจสอบความเที่ยงและความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคพบว่า OAKHQOL เป็นเครื่องมือ ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ มีความเที่ยงและมีความจำเพาะ เจาะจงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม (Anne-Christine Rat. 2548)

- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis (WOMAC) เป็น เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย เริ่มพัฒนาโดย Bellamy, Buchanan, Goldsmith, Campbell ในปีพ.ศ. 2525 ประเทศแคนาดา โดย เป็นเครื่องมือวัดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมใน American Academy of Orthopaedic Surgeons ในปี 2547 เครื่องมือนี้ ใช้ประเมินระดับอาการปวด (5 ข้อ) ข้อฝืดตึง (2 ข้อ) และความสามารถใน การใช้งานข้อ (17 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 24 คำถาม แบบประเมิน WOMAC นี้ ได้รับการยอมรับว่ามีความ เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (นงพิมล นิมิตอาพันธ์. 2557)

ในประเทศไทย แบบสอบถาม WOMAC ถูกนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย เสก อักษร ธารุเคราะห์ ซึ่งมีการศึกษาถึงค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ค่าความไวและค่า ความเที่ยง และพบว่าอยู่ในระดับดี แบบสอบถาม WOMAC ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการแนะนำใน แนวทางเวชปฏิบัติโรคข้อเข่าเสื่อมของประเทศไทยเป็น ให้เป็นเครื่องมือประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อมนั้น แบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (Kuptniratsaiku et al. 2007, ราช วิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554) ประกอบด้วยมิตการประเมิน 3 ด้าน คือ อาการปวด (5 ข้อ) ข้อฝืดตึง (2 ข้อ) และความสามารถในการใช้ข้อ (15 ข้อ) รวม 22 คำถาม โดยใน มิตความสามารถในการใช้ข้อได้เอาออกไป 2 ข้อ จากฉบับเดิมซึ่งมี 24 ข้อ เนื่องจากความแตกต่าง

ในด้านวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ของประเทศ แบบสอบถาม Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย ถือเป็นแบบสอบถาม มาตรฐานที่ใช้เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรง อาการและการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามฉบับนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และได้มีการนำมาปรับเพื่อให้เหมาะกับผู้สูงอายุ โดยใช้เป็นแบบ 5-point Likert มีการหาความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความสัมพันธ์กับคะแนนปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสรุปได้ว่าแบบสอบถาม WOMAC มีความเหมาะสมที่จะนำไปประเมินในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพราะความเที่ยงสูง เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย และใช้เวลาน้อย (ปภัสรา หาญมนตรี. 2557) นอกจากนี้มีการศึกษาเปรียบเทียบ ความถูกต้อง (validity) และ ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness) ระหว่าง SF- 36 และ WOMAC โดยบุญสินและคณะ (บุญสิน ตั้งตระกูลวานิช.2549) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยและผลกระทบของการนั่งกับพื้นกับโรคข้อเข่าเสื่อม ได้มีการใช้แบบสอบถาม WOMAC ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยตรวจสอบความถูกต้องนำเชื่อถือของเครื่องมือในผู้ป่วย 52 คน และได้รับการรักษาโดยใช้ยาต้านอักเสบและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเป็นเวลา 6 อาทิตย์ พบว่าแบบสอบถาม WOMAC มีความน่าเชื่อถือและมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่า SF-36 รวมทั้งแนวทางเวชปฏิบัติโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจัดทำขึ้นโดยราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ยังได้แนะนำให้ใช้แบบสอบถาม WOMAC ในการประเมินความรุนแรงของโรคด้วย (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554) แต่แบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับถือว่าเป็นแบบสอบถามที่ดี สามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทยได้ (Tangtrakulwanich. 2549)

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แบบประเมิน Modified WOMAC มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านการทดสอบความถูกต้อง และความไวต่อการเปลี่ยนแปลง ทำให้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับ โดยถูกนำไปใช้วัดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ดังเช่น การศึกษาของปราณี การญจนวรรณศรี (2539) โดยใช้วัดความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังเช่น การศึกษาของบุญสิน ตั้งตระกูลวานิช (2549) เรื่องปัจจัยและผลกระทบของการนั่งกับพื้นกับโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้ WOMAC วัดคุณภาพชีวิตพระภิกษุจำนวน 261 รูป ในจังหวัดสงขลา และการศึกษาของสุภาพร ศศิจันทร์ (2553) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลปทุมธานี โดยวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 207 คน และที่สำคัญคือการแนะนำให้ใช้ในการประเมินความรุนแรงในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในแนวทางเวชปฏิบัติโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจัดทำขึ้นโดยราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ยังได้แนะนำให้ใช้แบบสอบถาม WOMAC ในการประเมินความรุนแรงของโรคด้วย (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554) ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน Modified WOMAC เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย คุณภาพชีวิตและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวนมาก ดังเช่น

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล (2556) ได้ทำการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 มีข้อสรุปเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้ การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมินความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม (oxford knee score) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมิน ร้อยละ 12 แบ่งเป็น ได้รับการประเมิน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 77 ภายใน 1-2 ปี ร้อยละ 14 และ 2 ปี ขึ้น ไป ร้อยละ 9 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 38) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 30) ผลการประเมิน ร้อยละ 47 ไม่พบอาการผิดปกติ ร้อยละ 20 เริ่มมีอาการ ร้อยละ 17 ความรุนแรงปานกลาง และร้อยละ 5 มีอาการระดับรุนแรง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2553 (ร้อยละ 40) ส่วนในปี พ.ศ. 2556 ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 20 สถานพยาบาลหลักที่ใช้บริการในการดูแลรักษาส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 45) รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชน (ร้อยละ 23) ด้านการรักษาและติดตามพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (กิน/ฉีด) จากสถานพยาบาล (ร้อยละ 84) ไปตรวจตามนัดหมายสถานพยาบาล (ร้อยละ 76) นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 16 รักษาด้วยการชื้อยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพรมากิน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อม 1 คนอาจได้รับการรักษาและติดตามมากกว่า 1 อย่าง

วาสนา กรุดไทย (2553) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 137 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เก็บข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการทำหน้าที่ของเข่า ด้วย WOMAC index แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และ แบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมและความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง แต่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย

ทัศนีย์ มีประเสริฐ (2553) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 170 คน โดยมาจากการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมไปแล้วมานานกว่า 2 ปี อยู่ในระดับ ดีถึงดีเยี่ยม และพบว่าเพศหญิงมีพยาธิสภาพและอาการของโรครุนแรง

มากกว่าผู้ชาย ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย ด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แต่ในส่วนของอาชีพ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และระยะเวลาหลังผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ภาพตะวัน คัชมาตย์ (2539) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ศึกษากรณีสมาชิกชมรม ข้าราชการบำนาญเมืองพิษณุโลก โดยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญเมืองพิษณุโลก จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง เพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีความพึงพอใจในชีวิตใกล้เคียงกัน เนื่องจากในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ สุขภาพร่างกาย ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับญาติ และความสัมพันธ์ทางด้านสังคมด้านอื่น ๆ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์กับเพื่อน

สุภาพร ศศิจันทร์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 207 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เครื่องมือในการเก็บเป็น แบบประเมินความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม โดยแบบประเมิน Modified WOMAC และการประเมินคุณภาพชีวิต โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย และการใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อาชีพหลักในปัจจุบัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การนั่งยองๆ การมีโรคแทรกซ้อน และการนั่งคุกเข่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อม และระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน

พิพัฒน์ เพิ่มพูล (2553) ได้ศึกษาความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 คน โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมิน WOMAC พบว่าระดับความรุนแรงของโรคโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ด้านอาการปวดข้อเข่า และความสามารถในการทำงาน อยู่ในระดับไม่รุนแรง ด้านอาการข้อฝืดข้อตึง อยู่ในระดับรุนแรงน้อย และยังพบว่า ความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่ามีความสัมพันธ์อาชีพของผู้ป่วย และความรุนแรงของความสามารถในการทำงานมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและผู้ป่วยที่มีอายุในการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมนาน จะมีความรุนแรงของโรคมักกว่าผู้ป่วยที่มีอายุในการเป็นโรคน้อยด้วย

จิตภา จำปาเงิน (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ที่โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 97 คน อายุระหว่าง 24-82 ปี โดยได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยอย่างต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง จำนวน 76 คน ใช้เครื่องมือในการศึกษาเป็นแบบประเมิน SF-36 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดจนครบ 5 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตในทุกด้านของสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการรักษา โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ด้านความปวด ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตภายหลังการนวดอาจได้รับผลกระทบจากการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกาย และการบริโภคอาหารในช่วงของการรักษาด้วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับการรักษาโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และเข้ามารับการรักษาที่แผนกกระดูกและข้อ ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับการรักษาโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ที่แผนกกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ช่วงเวลา 09.00-13.00 น. วันเสาร์ และอาทิตย์ เดือนพฤษภาคมและมิถุนายน พ.ศ.2558 จำนวน 23 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกตามความสะดวก (convenience sampling)

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน โดยตอนที่ 1 และ 2 สร้างขึ้นจากการทบทวนทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และส่วนที่ 3 ใช้แบบประเมิน modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554, Kuptniratsakul, 2550)

2. เมื่อได้แบบสอบถามแล้ว นำเสนอต่อกรรมการสอบโครงสร้างสารนิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงอีกครั้ง

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับการรักษาโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลเป้าหมายของผู้วิจัย ในเดือนเมษายน 2558 จากนั้น นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbachs' alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ต้อง มีค่ามากกว่า 0.80 หลังการทดลองใช้ พบว่า

10 หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ไหว

ด้านที่ 2 ระดับอาการข้อฝืดข้อตึง (stiffness dimension) จำนวน 2 ข้อ เป็นการสอบถามอาการข้อฝืด ในช่วงแต่ละวัน ได้แก่ ข้อฝืดช่วงเช้า ข้อฝืดระหว่างวัน วัดระดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย

0 หมายถึง ไม่ฝืดเลย

10 หมายถึง ฝืดมากที่สุด

ด้านที่ 3 ระดับความสามารถในการใช้ข้อ (physical function dimension) จำนวน 15 ข้อ เป็นการสอบถามความสามารถในการใช้งานข้อในอิริยาบถต่างๆ ได้แก่ การลงบันได การขึ้นบันได การลุกยืนจากที่นั่ง การยืน การเดินบนพื้นราบ การขึ้นลงรถยนต์ การไปซื้อของนอกบ้าน หรือการจ่ายตลาด การใส่กางเกง การลุกจากเตียง การถอดกางเกง การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ กางเกง การเข้าออกจากส้วม การทำงานหนักๆ และการทำงานเบาๆ วัดระดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย

0 หมายถึง ทำได้ดีมาก

10 หมายถึง เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

นำคะแนนที่ได้จากข้อคำถามทั้ง 22 ข้อ มาบวกกัน ได้เป็น คะแนนความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้แนวทางการแบ่งระดับตาม แววดาว ทวีชัย (2543) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยมีการคำนวณและแปลความหมายดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{220 - 0}{4} = 55 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหายของคะแนน เป็นดังนี้

ระดับที่ 1 คะแนน 0 ถึง 55.00 หมายถึง ระดับไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถเดินทางไกล เดินขึ้นหรือลงบันได นั่งพับเพียบได้โดยไม่มีอาการปวดข้อเข่า หรืออาจมีเพียงอาการปวดเมื่อยเล็กน้อยๆ พอหยุดพักก็หายปวด และมีอาการเป็นครั้งคราวหรือนานๆครั้ง ไม่มีอาการข้อเข่าฝืดเมื่อจะเปลี่ยนอิริยาบถภายหลังจากอยู่ในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานาน ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ

ระดับที่ 2 คะแนน 55.01 ถึง 110.00 หมายถึง ระดับรุนแรงน้อย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อเข่าเมื่อต้องเดินไกลๆ ต้องเดินขึ้นหรือลงบันได แต่เมื่อนั่งหยุดพักก็จะหายปวด การนั่งยองๆหรือการลุกจากที่นั่งเป็นทำยืน จะทำได้แต่ไม่ค่อยสะดวกจากอาการปวดและอาการข้อเข่าฝืด ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ แต่อาจไม่คล่องแคล่วเหมือนปกติ

ระดับที่ 3 คะแนน 110.01 ถึง 165.00 หมายถึง ระดับรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากและบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดได้ลำบาก นั่งยองๆหรือนั่งพับเพียบไม่ได้หรือได้ไม่นานเมื่อนั่งแล้ว อาจลุกไม่ขึ้น เดินไกลและเดินบนที่ลาดชันไม่ได้ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอาจต้องมีคนช่วยทำ

ระดับที่ 4 คะแนน 165.01 ถึง 220.00 หมายถึง ระดับรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเข้าตลอดทั้งขณะที่ใช้ข้อและพักข้อ หรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหว จะมีอาการข้อเข้าฝืดอย่างมากเมื่อต้องในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานานโดยเฉพาะขณะตื่นนอนตอนเช้า มีความผิดปกติรูปร่างข้อเข้าเสียสมดุลในการทรงตัวและเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ในการแปลผล คะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อมเพื่อแสดงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นั้น หากคะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อมมีค่าสูง บ่งบอกถึง คุณภาพชีวิตแย่ ในขณะที่ คะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อมมีค่าน้อย บ่งบอกถึง คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ตามคะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{220 - 0}{3} = 73.33 \end{aligned}$$

ระดับคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม 0 - 73.33	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี
คะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม 73.34 - 146.66	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนนความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม 146.67 - 220	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมในโรงพยาบาล

2. หลังจากผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมได้รับการรักษาจากแพทย์ที่ศูนย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อเสร็จเรียบร้อยแล้ว ในขณะที่รอรับยาหน้าห้องยา ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ จึงให้ทำแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง) การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ ในวันเสาร์และอาทิตย์ เวลา 9.00 ถึง 13.00น.ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2558

3. หลังจากได้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์

4. การจัดทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ และอักษรย่อของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
- mean แทน ค่าเฉลี่ย
- SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- min แทน ค่าคะแนนต่ำสุด
- max แทน ค่าคะแนนสูงสุด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ตอนดังนี้
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.87) อายุเฉลี่ย 64.86 ± 6.31 ปี โดยร้อยละ 43.48 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย 164.45 ± 3.39 เซนติเมตร และน้ำหนักเฉลี่ย 69.35 ± 7.84 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.65 ± 2.33 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับอ้วนระดับ 2 (BMI 25 - 29.90) ส่วนใหญ่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมานานโดยเฉลี่ย 6.04 ± 3.86 ปี และประมาณร้อยละ 90 มีอาการที่เข้าทั้งสองข้าง ข้อมูลดังแสดงในตาราง 1 และตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกลักษณะของผู้ป่วย (n=23)

ปัจจัย	ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	9	39.13
	หญิง	14	60.87
ช่วงอายุ	51-60 ปี	7	30.43
	61-70 ปี	10	43.48
	71-80 ปี	5	21.74
	ไม่ตอบ	1	4.35
อายุเฉลี่ย 64.86±6.31			
ระดับดัชนีมวลกาย	น้ำหนักปกติ (BMI 18.50 - 22.90)	2	8.07
	อ้วนระดับ 1 (BMI 23 - 24.90)	7	30.43
	อ้วนระดับ 2 (BMI 25 - 29.90)	13	56.50
	ไม่ตอบ	1	4.35
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.65±2.33			

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกระยะเวลาการเจ็บป่วย (n=23)

ปัจจัย	ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	1-5 ปี	11	47.83
	6-10 ปี	8	34.78
	11-15 ปี	4	17.39
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.04±3.86			
ข้างที่มีอาการ	ข้างซ้าย	1	4.35
	ข้างขวา	1	4.35
	ทั้งสองข้าง	20	86.96
	ไม่ตอบ	1	4.35

จากการสอบถามผู้ป่วยถึงวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ นอกจากการทานยาแผนปัจจุบัน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มี 1 ราย ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้วิธีอื่น ๆ นอกจากทานยาร่วมด้วย โดยพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้วิธีฝังเข็มและนวดแผนไทย เพื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะที่ประมาณหนึ่งในสี่ มีการทำกายภาพบำบัดด้วย ผู้ป่วยทุกคนเคยทานยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาแก้ปวด และประมาณสามในสี่ เคยทานยาแก้อักเสบ เช่น ไอบูโพรเฟน ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งเคยทานกลูโคซามีน นอกจากการทานยาแล้วผู้ป่วยยังเคยใช้ยาในรูปแบบอื่น คือ ยาทา (เช่น เจลพริก) และยาฉีดเข้าข้อ เพื่อบรรเทาอาการปวดอักเสบด้วย ผู้ป่วย ร้อยละ 17.39 เคยทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น คอลลาเจน แคลเซียม นอกจากนี้ ยังมีวิธีอื่น ๆ อีก เช่น การประคบร้อน - เย็น, การลดน้ำหนัก ข้อมูลดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามวิธีการรักษา (n=23)

วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรักษาโดยใช้ยา	กินยาแผนปัจจุบัน		
	• ยาแก้ปวด	23	100.00
	• ยาแก้อักเสบ	14	60.87
	• กลูโคซามีน	8	34.78
	ใช้ยาทาเฉพาะที่ (เจลพริก)	8	34.78
	ฉีดยาเข้าข้อ	3	13.04
การรักษาโดยไม่ใช้ยา	กายภาพบำบัด	4	17.39
	ฝังเข็ม	10	43.48
	นวดแผนไทย	9	39.13
	ทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (เช่น คอลลาเจน แคลเซียม)	4	17.39
	การเคยได้รับการผ่าตัด	1	4.35
อื่นๆ	การประคบร้อน - เย็น, การลดน้ำหนัก	2	8.70

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม Modified WOMAC (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งเป็นการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืดข้อยึดและระดับความสามารถในการทำงาน

2.1 ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมโดยรวม

การประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบสอบถาม modified WOMAC (ฉบับภาษาไทย) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่า 102.74 ± 26.20 (ค่าที่เป็นไปได้คือ 0-220, พิสัย 62-149) ดังตาราง 4 และเมื่อปรับคะแนนให้มีทุกด้าน คะแนนเต็ม 10 คะแนน เท่ากัน พบว่า ทั้ง 3 ด้านมีค่าใกล้เคียงกัน โดย ด้านความปวดมีค่าสูงสุด (4.97 ± 1.19) รองลงมาคือ ความสามารถในการใช้งาน และ ข้อฝืดข้อตึง (4.59 ± 1.24 และ 4.50 ± 1.36) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยรวม มีค่า 4.67 ± 1.19 เมื่อจัดระดับตามความรุนแรงด้วยเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับรุนแรงน้อยและปานกลางใกล้เคียงกัน ในขณะที่ไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มไม่รุนแรงและรุนแรงมาก เมื่อจัดระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ร้อยละ 83 จัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 5 และตาราง 6

ตาราง 4 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแยกรายด้าน (n=23)

ด้าน	ค่าที่เป็นไปได้	min	max	mean	SD
อาการปวดเข่า	0-50	16	36	24.87	5.96
ข้อฝืดข้อตึง	0-20	4	13	9.00	2.71
ความสามารถในการทำงาน	0-150	42	103	68.87	18.68
รวม	0-220	62	149	102.74	26.20

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตาม ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)

ระดับความรุนแรง	ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับไม่รุนแรง (ระดับที่ 1)	0.00-55.00	0	0.00
ระดับรุนแรงน้อย (ระดับที่ 2)	55.01-110.00	13	56.52
ระดับรุนแรงปานกลาง (ระดับที่ 3)	110.01-165.00	10	43.48
ระดับรุนแรงมาก (ระดับที่ 4)	165.01-220.00	0	0.00

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n=23)

ระดับ	ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตดี	0 - 73.33	3	13.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	73.34 - 146.66	19	82.6
คุณภาพชีวิตไม่ดี	146.67 - 220	1	4.3

2.2 ระดับความปวด

เมื่อพิจารณาด้านความปวด ซึ่งให้ผู้ป่วยประเมินความปวดในอิริยาบถต่างๆด้วยตนเอง การแปลความหมายของระดับความปวด กำหนดให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลยจนถึง คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ได้ พบว่า ความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าเฉลี่ย 4.97 ± 1.19 โดยแต่ละอิริยาบถมีค่าไม่ต่างกันมากนัก โดยอยู่ในช่วง 4.39-5.35 ผู้ป่วยมีอาการปวดมากที่สุด เมื่อขึ้น-ลงบันได (5.35 ± 1.43 , พิสัย 3-8) และปวดน้อยที่สุดคือในอิริยาบถ ขณะอยู่เฉยๆ มีคะแนนเฉลี่ย (4.39 ± 1.08) ข้อมูลดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)

อาการปวด	ร้อยละผู้ตอบ										Mean	SD	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
ปวดขณะเดิน	-	-	-	13.00	26.10	13.00	26.10	21.70	-	-	-	5.17	1.40
ปวดขณะขึ้น-ลงบันได	-	-	-	8.70	17.40	39.10	8.70	17.40	8.70	-	-	5.35	1.43
ปวดข้อตอนกลางคืน	-	-	-	13.00	21.70	30.40	21.70	8.70	4.30	-	-	5.04	1.33
ปวดข้อขณะอยู่เฉยๆ	-	-	-	26.10	21.70	43.50	4.30	4.30	-	-	-	4.39	1.07
ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก(ขาข้างนั้นรับน้ำหนักตัว)	-	-	-	17.40	26.10	21.70	17.40	17.40	-	-	-	4.91	1.38
รวม												4.97	1.19

2.2 ระดับอาการข้อผิดพลาด

การประเมินอาการข้อผิดพลาดให้ผู้ป่วยประเมินอาการที่เกิดขึ้นในช่วงเช้า ขณะตื่นนอน และ ในช่วงระหว่างวัน โดยการแปลความหมายของระดับอาการข้อผิดพลาด กำหนดให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่ผิดพลาดจนถึง คะแนน 10 หมายถึง ผิดมากที่สุด พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในงานวิจัยครั้งนี้มีอาการข้อผิดพลาด ในช่วงเช้าสูงกว่าในช่วงระหว่างวัน โดยอาการข้อผิดพลาดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน) มีคะแนนเฉลี่ย 4.87 ± 1.69 (พิสัย 2-8) และอาการข้อผิดพลาดในช่วงระหว่างวัน มีคะแนนเฉลี่ย 4.13 ± 1.22 (พิสัย 2-6) ข้อมูลดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการข้อผิดพลาดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)

อาการข้อผิดพลาด	ร้อยละผู้ตอบ										Mean	SD	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
ข้อผิดพลาดช่วงเช้า(ขณะตื่นนอน)	-	-	4.35	26.09	8.70	21.74	26.09	4.35	8.70	-	-	4.87	1.69
ข้อผิดพลาดในช่วงระหว่างวัน	-	-	8.70	26.09	21.74	30.43	13.04	-	-	-	-	4.13	1.22
รวม												4.50	1.36

2.3 ระดับความสามารถในการใช้งาน

การประเมินความสามารถในการใช้งานมีข้อคำถาม 15 ข้อ การแปลความหมายของระดับความสามารถในการใช้งาน มีลักษณะเช่นเดียวกับความปวดและข้อฝืด โดยกำหนดให้โดยคะแนน 0 หมายถึง ทำได้ดีมาก ในขณะที่ คะแนน 10 หมายถึง เป็นปัญหามากที่สุดหรือไม่สามารถทำได้ พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในงานวิจัยครั้งนี้มีการประเมินความสามารถในการใช้งานข้อ มีค่าใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในช่วง 4.13-5.04 โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการใช้งานข้อที่มีปัญหามากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การทำงานบ้านหนักๆ (5.04 ± 1.80 , พิสัย 3-9) การลงบันได (5.00 ± 1.57 , พิสัย 2-8) และการลุกยืนจากท่านั่ง (4.87 ± 1.46 , พิสัย 2-7) ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมการทำงานบ้านหนักๆ นั้น พบว่ามีผู้ป่วยที่ประเมินว่าเป็นปัญหามาก ในระดับ 8-9 (สูงสุด คือ 10) ร้อยละ 13 ตามลำดับข้อมูลดังแสดงในตาราง 9



ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n=23)

ความสามารถในการทำงาน	ร้อยละผู้ตอบ											Mean	SD
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
การลงบันได	-	-	4.35	13.04	21.74	26.09	13.04	17.39	4.35	-	-	5.00	1.57
การขึ้นบันได	-	-	4.35	17.39	26.09	17.39	13.04	21.74	-	-	-	4.83	1.56
การลุกยืนจากท่านั่ง	-	-	4.35	13.04	26.09	21.74	17.39	17.39	-	-	-	4.87	1.46
การยืน	-	-	-	17.39	26.09	21.74	30.43	4.35	-	-	-	4.78	1.20
การเดินบนพื้นราบ	-	-	21.74	13.04	21.74	21.74	17.39	4.35	-	-	-	4.13	1.55
การขึ้น-ลงรถยนต์	-	4.35	4.35	30.43	13.04	21.74	26.09	-	-	-	-	4.22	1.48
การไปซื้อของนอกบ้านหรือการไปจ่ายตลาด	-	-	4.35	30.43	21.74	13.04	21.74	8.70	-	-	-	4.43	1.47
การใส่กางเกง	-	-	-	30.43	13.04	26.09	13.04	8.70	8.70	-	-	4.83	1.64
การลุกจากเตียง	-	-	-	13.04	34.78	17.39	21.74	13.04	-	-	-	4.87	1.29
การถอดกางเกง	-	-	4.35	30.43	13.04	34.78	4.35	8.70	4.35	-	-	4.48	1.53
การเข้า-ออกจากห้องอาบน้ำ	-	-	-	26.09	26.09	26.09	21.74	-	-	-	-	4.43	1.12
การนั่ง	-	-	-	39.13	13.04	34.78	8.70	4.35	-	-	-	4.26	1.21
การเข้า-ออกจากส้วม	-	-	-	30.43	26.09	34.78	8.70	-	-	-	-	4.22	1.00
การทำงานบ้านหนักๆ	-	-	-	17.39	30.43	21.74	13.04	4.35	4.35	8.70	-	5.04	1.80
การทำงานบ้านเบาๆ	-	-	4.35	26.09	17.39	26.09	21.74	4.35	-	-	-	4.48	1.34
รวม												4.59	1.24



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับการรักษาโดยแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเคยเข้ารับการรักษาโดยแพทย์มาแล้ว อย่างน้อย 6 เดือน ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่แผนกกระดูกและข้อ ในวันเสาร์และอาทิตย์ ช่วงเวลา 09.00-13.00 น. จำนวน 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม และ ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งนำข้อคำถามมาจากแบบประเมิน Modified WOMAC (ฉบับภาษาไทย) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเอง ขณะที่ผู้ป่วยรอรับยาหลังพบแพทย์ที่แผนกกระดูกและข้อ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 64.86 ± 6.31 ปี ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.65 ± 2.33 มากกว่าครึ่งมีค่าดัชนีมวลกายจัดอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 2 (BMI 25 - 29.90) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมานานโดยเฉลี่ย 6.04 ± 3.86 ปี ส่วนใหญ่เป็นมานาน 1-5 ปี และมีอาการที่เข่าทั้งสองข้าง มีผู้ป่วยจำนวนมากมีการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝังเข็ม การนวดแผนไทย และการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยทุกคนรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการทานยาแผนปัจจุบัน และเคยทานยาแก้ปวด มากกว่าครึ่งหนึ่งทานยาแก้อักเสบ กลูโคซามีน และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร นอกจากการทานยาแล้ว ผู้ป่วยยังใช้ยาในรูปแบบอื่น คือ เจลพริก และยาฉีดเข้าข้อ

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม 102.7 ± 26.20 (พิสัย 62-149) จัดอยู่ในระดับรุนแรงน้อย และเมื่อแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรค พบว่าร้อยละ 57 อยู่ในระดับรุนแรงน้อย (ระดับ 2) และ ร้อยละ 43 อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง (ระดับ 3) และเมื่อแปลผลเป็นระดับคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับรายด้าน พบว่า ด้านความปวดมีค่าสูงสุด (4.97 ± 1.19) รองลงมาคือ ความสามารถในการใช้งาน และ ข้อฝืดข้อตึง (4.59 ± 1.24 และ 4.50 ± 1.36) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม Modified WOMAC (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งเป็นการประเมินอาการหรือความรุนแรงของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 3 ด้าน คือ ความปวด อาการข้อฝืด และ ความสามารถในการใช้งานข้อ รวม 22 ข้อ หากคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินตนเองยังมีค่ามาก แสดงถึง มีอาการปวดและฝืดมาก ความสามารถในการใช้งานข้อในอิริยาบถต่างๆทำได้น้อย นั่นคือ ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมมาก จึงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ในทางกลับกัน หากคะแนนการประเมินจากแบบสอบถามมีค่าน้อย หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้ จากผู้ป่วยจำนวน 23 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม 102.7 ± 26.20 (ค่าที่เป็นไปได้ 0-220, พิสัย 62-149) จัดอยู่ในระดับรุนแรงน้อย (ระดับ 2) หมายความว่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อเข่าเมื่อต้องเดินทางเป็นระยะทางไกลหรือขึ้น-ลงบันได เมื่อนั่งพักก็จะหายปวด การนั่งยองๆหรือการลุกจากท่านั่งเป็นทำยืนจะทำได้แต่ไม่ค่อยสะดวกจากอาการข้อเข่าฝืด ยังคงสามารถสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้แต่อาจไม่คล่องแคล่วเหมือนปกติ เมื่อแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรค พบว่าร้อยละ 57 อยู่ในระดับรุนแรงน้อย (ระดับ 2) และที่เหลือ ร้อยละ 43 อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง (ระดับ 3) หมายความว่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก และบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดได้ลำบาก นั่งยองๆหรือนั่งพับเพียบไม่ได้หรือได้ไม่นานเมื่อนั่งแล้วอาจลุกไม่ขึ้น เดินไกลและเดินบนที่ลาดชันไม่ได้ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอาจต้องมีคนช่วยทำ และเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) ของผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อ ในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความปวดนั้น ค่าเฉลี่ยความปวด ขณะเดินขึ้น-ลงบันได มีค่าสูงที่สุดในด้านนี้ 5.35 ± 1.43 ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการใช้งานข้อ ที่ผู้ป่วยประเมินตนเองในการลงบันไดว่า มีความคล่องแคล่วในการลงบันไดอยู่ในระดับกลางๆ มีค่าเฉลี่ย 5.00 ± 1.57 และการขึ้นบันได มีค่า 4.83 ± 1.56 กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีความรู้สึกปวดเข่า และลำบากในทำการขึ้นลงบันได มากกว่า อิริยาบถอื่นๆ เพราะการขึ้นลงบันไดจะสร้างแรงกดที่เข้าประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว ของเวลาเดิน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมา (พนมกร ดิษฐสุวรรณ. 2555) เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ร้อยละ 86 จัดอยู่ในระดับอ้วน (ร้อยละ 30 อ้วนระดับ 1 และ ร้อยละ 56 จัดว่าอ้วนระดับ 2) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่า ความอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคข้อเข่าเสื่อม (เนงพิมล นิมิตอนันท์. 2557) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีอาการปวดเข่าทั้งสองข้าง ดังนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะผู้ป่วยมีอาการปวด และลำบากในการเดินทาง ขึ้นลงบันได ตามแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554) และเห็นว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร จำเป็นต้องลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรืออย่างน้อยควรลดให้ได้มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม หรือลดน้ำหนักที่อัตรามากกว่าร้อยละ 0.24 ของน้ำหนักตัวเดิมต่อสัปดาห์ ดังนั้น

บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องน้ำหนักตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุและผลเสียที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วนสำหรับผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติจะได้ช่วยจัดการดูแลเรื่องการลดน้ำหนักและพฤติกรรมกรากิน

โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกือบทั้งหมดจะปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ มีส่วนน้อยที่ปวดขณะพักหรือขณะนอนหลับ ความปวดจะมากขึ้นเมื่ออากาศเย็น กลไกความปวดนี้เกิดขึ้นจากกระบวนการถูกทำลายของกระดูกอ่อนร่วมกับการงอกใหม่ของกระดูก เป็นกระบวนการตอบสนองต่อกระบวนการเสื่อมของข้อ โดยชิ้นส่วนเล็กๆของกระดูกอ่อนที่ลอยอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อจะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบ ประกอบกับการงอกของกระดูกที่งอกขึ้นมาใหม่ที่มีลักษณะขรุขระไม่เรียบจะไปกดและทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็น และเนื้อเยื่อรอบๆข้อ และทำให้เกิดการเสียดสีกันเวลาเคลื่อนไหว ซึ่งกลไกนี้กระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด จึงเกิดการกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อรอบเข่า ทำให้เกิดความรูสึก ปวด อิริยาบถ ท่าทางในกิจวัตรประจำวัน หรือ กิจกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การขึ้นลงบันได เป็นเวลานานหรือเป็นประจำ การนั่งพับเพียบ การ คุกเข่า การขัดสมาธิ การนั่งยองๆ นอกจากนี้ การออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิก การวิ่งหรือการกระโดด ทำให้เพิ่มการเสียดสีหรือแรงอัดหรือกดทับในข้อเข่าจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวด (นงพิมล นิมิตอาพันธ์. 2557) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอิริยาบถหรือท่าทางที่จะทำให้เพิ่มการเสียดสี เพื่อลดปัญหาเรื่องการปวด เช่น หลีกเลี่ยงการงอเข่า คุกเข่า นั่งสมาธิ แนะนำให้ขึ้นลงบันไดเท่าที่จำเป็นเพื่อลดแรงกระทำที่ข้อ ซึ่งจัดเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการบำบัดอาการปวดเข่าโดยไม่ใช้ยา อีกทั้งควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องน้ำหนักตัว เพื่อให้ผู้ป่วยทราบผลเสียที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วน สำหรับผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากข้อรับน้ำหนักมากเกินไป (นงพิมล นิมิตอาพันธ์. 2557) ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอาการข้อฝืด ข้อยึด ในช่วงเช้าขณะตื่นนอน (4.87 ± 1.69) มากกว่าระหว่างวัน (4.13 ± 1.22) ทั้งนี้ เป็นเพราะการ พักนานเกิน 30 นาที หรือการนอน จะทำให้ การไหลเวียนเลือดจะลดลงในช่วงเวลานั้น และเมื่อเกิดการเคลื่อนไหวอีกครั้งเลือดจะเริ่มไหลเวียน จึงทำให้เกิดอาการฝืดตึงชั่วคราว (ปุชนิยะดา วิเชียรธรรม. 2555) อาการปวดเข่าและข้อเข่าฝืด นอกจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงทางด้านร่างกาย เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงแล้ว อารมณ์และจิตใจก็ย่อมกระทบไปด้วย (วาสนา กรุดไทย. 2553) และด้านความสามารถในการใช้งานข้อ ผู้ป่วยประเมินตนเองในอิริยาบถต่างๆ มีค่าเฉลี่ยไม่ต่างกันมากนัก อยู่ระหว่าง 4.13 - 5.04 (ค่าที่เป็นไปได้ คือ 0-10) ค่าที่สูงขึ้นแสดงถึงความสามารถในการทำงานที่มีปัญหามากกว่า ความสามารถในการใช้งานข้อในอิริยาบถการทำงานบ้านหนัก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 5.04 ± 1.80 รองลงมาเป็นกลุ่มอิริยาบถที่มีการเปลี่ยนท่า ได้แก่ การลุกยืนจากท่านั่ง (4.87 ± 1.46) การลุกจากเตียง (4.87 ± 1.29) การขึ้นบันได (4.83 ± 1.56) และการใส่กางเกง (4.83 ± 1.64) ส่วนการทำงานบ้านเบาๆ มีค่า 4.48 ± 1.34 ในขณะที่อิริยาบถที่ไม่มีความเคลื่อนไหวหรือ เคลื่อนไหวน้อย อยู่ในแนวราบ จะมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า เช่น การนั่ง (4.26 ± 1.21) การเข้า-ออก จากส้วม (4.22 ± 1.00) ขณะที่ทำงานบ้านทั้งหนัก (เช่น ล้างห้องน้ำ ล้างรถ ถูบ้าน ยกของหนัก) และ

งานเบา (เช่น ล้างถ้วยจาน ทำกับข้าว เช็ดโต๊ะ) กิจกรรมเหล่านี้ ต้องมีการใช้แรง และมีการเปลี่ยนอิริยาบถตลอดเวลา เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของเอ็นรอบข้อ เกิดอาการเกร็ง ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวัน (สิริพรรณ ซาคโรทัย. 2554) นอกจากนี้ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่สามารถทราบว่าจะตนเองเริ่มเกิดข้อเข่าเสื่อมเมื่อใด แต่จะทราบต่อเมื่อมีความรุนแรงของข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น โดยมีอาการปวดข้อเข่า ข้อเข่าฝืดตึง และเกิดความลำบากในการใช้งานของข้อ เมื่อผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น ความรุนแรงของโรคจะมากขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการสภาพร่างกายมีเปลี่ยนแปลงแบบถดถอย (สุรเกียรติ อชานานุกภาพ. 2549) โดยแรกเริ่ม ผู้ป่วยมักมีอาการปวดข้อเข่าเวลาที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลงบันได หรือนั่งพับเข่า อาจบวมเล็กน้อยหรือมีข้อฝืด ถือเป็น “อาการเตือน” (Warning signs) หากผู้ป่วยสามารถพักข้อ ลดการใช้งานข้อร่วมกับการบำบัดรักษาเบื้องต้น อาการดังกล่าวจะทุเลาลงได้ ต่อมาเมื่ออายุมากขึ้นกระดูกอ่อนเริ่มสึกกร่อนมากขึ้น ข้อจะมีการอักเสบภายหลังการใช้งาน ข้อเริ่มหลวม ไม่มั่นคง ข้อเข่าเริ่มโค้งงอ สังเกตเห็นการผิดรูปของกระดูกอย่างชัดเจน มีการหนาตัวขึ้นจากกระดูกที่งอกขึ้นใหม่ การเคลื่อนไหวของข้อเริ่มลดลงทำให้ข้อยึดติด ไม่สามารถเหยียดงอได้สุดเหมือนปกติ อาการปวดจะเริ่มรุนแรงขึ้น ในบางครั้งอาจปวดในเวลากลางคืน และในระยะหลังจะพบว่ากล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง เมื่อลุกขึ้นจากท่านั่งเป็นทำยืนจะทำให้ปวดมากขึ้น เวลาเดินต้องกางขาขึ้นเพื่อเสริมความมั่นคง (นงพิมล นิमितอนันท์. 2557) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคมากขึ้น ก็จะทำให้สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ลำบากมากขึ้นเรื่อยๆ อาการปวดอยู่ในระดับรุนแรง สุดท้ายข้อเข่าจะมีรูปร่างที่ผิดปกติไป และเกิดอาการข้อเข่าติดแข็งในที่สุด ตามระยะเวลาของการเป็นโรค (ปราณี การญจนวงษ์. 2539) ผู้ป่วยในการศึกษานี้เกือบครึ่งหนึ่ง เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมา 1-5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นระยะเริ่มแรก ดังนั้น หากได้รับความรู้เพื่อปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่เนิ่นๆ ย่อมจะชะลอความรุนแรงลงได้ (บุญเรียง พิสมย์. 2555)

ด้านความสามารถในการใช้ข้อ ขณะการทำงานบ้านทั้งหนัก (เช่น ล้างห้องน้ำ ล้างรถ ถูบ้าน ยกของหนัก) และงานเบา (เช่น ล้างถ้วยจาน ทำกับข้าว เช็ดโต๊ะ) กิจกรรมเหล่านี้ ต้องมีการใช้แรง และมีการเปลี่ยนอิริยาบถตลอดเวลา เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของเอ็นรอบข้อ เกิดอาการเกร็ง ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวัน (สิริพรรณ ซาคโรทัย. 2554) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ค่าเฉลี่ยความสามารถในการใช้งานข้อในการทำงานบ้านหนัก มีค่ามากที่สุด (5.04 ± 1.80) ซึ่งมีค่าไม่ต่างจากการทำงานบ้านเบาๆ มากนัก (4.48 ± 1.34)

จากผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 14,000 คน จาก 28 จังหวัดใน 12 เครือข่ายบริการสุขภาพทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 73 ไม่เคยได้รับการตรวจโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะที่กลุ่มที่เคยได้รับการตรวจ และวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีร้อยละ 10.6 สถานพยาบาลหลักที่ผู้สูงอายุใช้บริการในการดูแลรักษาโรค คือ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ ร้อย

ละ 42.10 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.90 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 16.90 (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. 2556) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยจำนวนมากอาจจะยังไม่ให้ความสนใจในการตรวจวินิจฉัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมต่างๆ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยของ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการตัดสินใจ การฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายและวางแผนด้านสุขภาพ การฝึกทักษะการสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ การฝึกทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ และการฝึกทักษะการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะในการจัดการตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของชนิสรา เตชะมา (2557) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุจำนวน 44 คน ที่โรงพยาบาลระยอง พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของนิสา เต๋หล่อง (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 25 คน ที่จังหวัดสุโขทัย สรุปได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะ เพื่อให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และถือเป็นเป้าหมายหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย เพราะถ้าหากผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัว การบำบัดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยน่าจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จึงอาจใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมเพื่อดูแล รักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในขณะที่เดียวกันก็อาจให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติและครอบครัวที่มีความเสี่ยง เริ่มตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจสอบตนเองเบื้องต้น ตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม แนะนำว่า แพทย์ควรให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมทุกรายได้รับข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ในการรักษา ความสำคัญในการเปลี่ยนลักษณะความเป็นอยู่ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม การลดน้ำหนัก และวิธีการอื่นๆ ที่ลดแรงกระทำที่ข้อ (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554) อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ไม่มีเวลาในการอธิบายหรือให้ข้อมูลดังกล่าว โรงพยาบาลอาจพิจารณาจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อเพิ่มความสะดวกและความพึงพอใจในการให้บริการ นอกจากนี้ ยังสามารถติดตามผลทางโทรศัพท์เพื่อประเมินการ

บริหารตนเอง (self-care) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ราชวิทยาลัย แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. 2554) ซึ่งการติดตามหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ โรงพยาบาล เอกชนน่าจะสามารถทำได้เป็นอย่างดี

นอกจากการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาลแล้ว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีอื่นๆ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร่วมด้วย เช่น การฝังเข็ม (ร้อยละ 43) นวดแผนไทย (ร้อยละ 39) และการทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 17) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วย พยายามแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้หายจากความเจ็บปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจากการทบทวน งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การฝังเข็ม แพทย์แผนไทย มีผลให้ผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หรือ มีความรุนแรงของโรคลดลง หลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธี ดังกล่าว ดังเช่น การศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 58 คน ที่มา รับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชโดยฝังเข็ม 1 ครั้งทุก 2 สัปดาห์ เพื่อบำบัดอาการปวด พบว่า เมื่อฝังเข็มสัปดาห์วันสัปดาห์รวม 5 ครั้ง ร่วมกับการรักษาแบบ อนุรักษ์แล้ว สามารถลดอาการปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรักษา แบบอนุรักษ์เพียงอย่างเดียว (วิภาวดี ลัมภักดี. 2557) และจากการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมที่มารับการรักษาที่คลินิกการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลชุมชนหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 137 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รักษาด้วยการแพทย์แผนไทย มี คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (วาสนา กรุดไทย. 2553) ดังนั้น การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากการใช้ ยาอีกอาจเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยได้

ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีเพียง 23 ราย เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาในการเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองของผู้วิจัย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จึงมักปฏิเสธ การตอบแบบสอบถาม อีกประการหนึ่ง ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ส่วนหนึ่ง เป็นชาวต่างชาติ จึงไม่สามารถตอบแบบสอบถามภาษาไทย

และจากที่ได้อภิปรายไปข้างต้นแล้วนั้น ผู้วิจัยขอสรุปข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ประโยชน์ ดังนี้

1. สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะศูนย์ ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรัง ศูนย์กระดูกและข้อ ควรพิจารณาจัดให้มีโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม กับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย/ครอบครัว มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตและทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่ทนทุกข์ทรมานจากโรคมามากเกินไป และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อให้ได้มากพอที่จะใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

3. อาจพิจารณาเลือกใช้แบบประเมินอื่นๆที่มีการวัดคุณภาพชีวิตในมิติอื่นๆ เช่น สังคม จิตใจ มาใช้วัดคุณภาพชีวิตร่วมด้วย เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินด้านสุขภาพทางร่างกายเท่านั้น

4. อาจเลือกสถานพยาบาลที่มีศูนย์การรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรงเพื่อให้เก็บ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้สะดวกขึ้น





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ บงกชเพชร. (2551). *น้ำหนักโมเลกุลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของกรดไฮยาลูโรนิกชนิดฉีดเข้าข้อที่มีต่ำและสูงในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงการคลัง. (2553). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร*. ใน *เอกสารสรุปประเด็นข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลูโคซามีนคอนดรอยตินซัลเฟต ไตอะเซอเรน และไฮยาลูโรแนนชนิดฉีดเข้าข้อ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- (2554). *คู่มือการดูแลตนเอง โรคข้อเข่าเสื่อม ฉบับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสหสาขาวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- (2558). *ยุทธศาสตร์เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรุณา จันทุม; และจิราพร เขียวอ้อย. (2554, มกราคม-เมษายน). *ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการทางสถิติในการสร้างเครื่องวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในวารสารและวิทยานิพนธ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 4(1): 3.
- จิตาภา จำปาเงิน. (2550). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่าสาย*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิสรา เตชะมา. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงข้อเสื่อม*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 22(1): 1-14.
- ทัศนีย์ มีประเสริฐ; และเสาวภา อินผา. (2553, กรกฎาคม). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*. *โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2553 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*. 5.

- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2554). บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนไขข้อข้องใจเกี่ยวกับกลูโคซามีน (*glucosamine*) ในโรคข้อเสื่อม. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2558, จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/41/กลูโคซามีน-glucosamine-ในโรคข้อเสื่อม-ไขข้อข้องใจ/>.
- ธัญญา ศรีตุลากร. (2546). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ศึกษากรณีโรงพยาบาล ยะลา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นางพิมพ์ นิมิตานันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3): 185-194.
- นพคุณ ธรรมธัชอารี. (2554, เมษายน-มิถุนายน). ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับประสิทธิผลของกลูโคซามีน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 5(2): 136.
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- นิตารัตน์ ศิลปเดช. (2540). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิศิษฐ์การพิมพ์.
- นิตา เต๋หล่อง. (2557). ผลโปรแกรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 8(2): 40-49.
- บุญเรียง พิสมัย. (2555, พฤษภาคม-สิงหาคม). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผีที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 42(2): 54-67.
- บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช; วีรศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์; อลัน กิเตอร์. (2549). ปัจจัยและผลกระทบของการนั่งกับพื้นกับโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พบ. (ศัลยศาสตร์). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- ปภัสรา หาญมนตรี; ภาวิณี เสริมชีพ. (2557, มกราคม-เมษายน). ความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความสัมพันธ์ของแบบประเมิน Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis ฉบับภาษาไทย กับคะแนนปวดในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*. 26(1): 84-92.
- ประภา รัตน์เมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี การญจนวรรณศรี. (2539). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปุษนิยะดา วิเชียรธรรม. (2554). โรคข้อเสื่อม (*Osteoarthritis*). สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2558, จาก <http://www.sahavicha.com/?name=knowledge&file=readknowledge&id=4455>.

- พนมกร ดิษฐสุวรรณ. (2552). *ข้อเข่าเสื่อม*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558, จาก http://www.rcost.or.th/web/index.php?option=com_content&view=article&id=8:2010-01-28-07-13-35&catid=19&Itemid=109.
- พรทวี เลิศศรีสถิต; สุชีลา จันท์วิทยานุชิต. (2553). *ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558, จาก <http://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/NSAIDS.pdf>.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิพัฒน์ เพิ่มพูล (2553). *ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการสังคมและการจัดระบบสุขภาพ). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/TH/alumni/doc/meeting/รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว%2017%20พค%2055.pdf>.
- ภาพตะวัน คัมขมาตย์. (2539). *ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ศักยภาพและสมรรถภาพ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์. (2556). *วิถีชีวิตกับโรคข้อเข่าเสื่อม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2553). *แนวปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
- (2554). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
- วาสนา กรุดไทย. (2553). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิภาวดี ลิ้มภักดี; และคนอื่นๆ. (2557). การศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็ม 1 ครั้งทุก 2 สัปดาห์ เพื่อบำบัดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*. 24(1): 5-12.
- วัชรภรณ์ สนทนา. (2556). *เข่าเสื่อม ซ่อมได้*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2558, จาก <http://www.nstda.or.th/news/14974-knee-arthritis>.
- แววดาว ทวีชัย. (2543). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2555). การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ตำบลคลองสี่ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 42(1): 41-54.
- ศุภลักษณ์ วัฒนาวิวัฒน์. (2542). *สุขภาพส่วนบุคคล*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม.
- สิริพรรณ ชาคโรทัย. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรุนแรงของโรค ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาดา บุญชิต. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนโรงเรียนสังกัดกองการศึกษา สงเคราะห์ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนประชาชนเคราะห์32จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพร ศศิจันทร์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2549). *ปวดเข่า (โรคข้อเข่าเสื่อม)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2556). *รายงานผลการศึกษาเบื้องต้นการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP).
- อภัย ราษฎร์วิจิตร. (2557). *แคปไซซิน (Capsaicin)*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558, จาก <http://haamor.com/th/แคปไซซิน>.
- อารี ตนาวลี. (2556). *ความรู้เรื่องข้อเข่าปกติ และข้อเข่าเสื่อม สำหรับประชาชนทั่วไป*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.orthochula.com/index.php//เกี่ยวกับข้อเข่า/ข้อเข่าปกติ-และข้อเข่าเสื่อม.html>.
- Altman, R. D. (2549). *Management of osteoarthritis knee pain: The state of the science*. สืบค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.medscape.org/viewarticle/536924>.
- Anne-Christine, Rat; et al. (2548). OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 58: 47-55.
- Gunter MJ. (2552). The role of EHCO model in outcomes research and clinical practice improvement. *Am J Med Care*. 5(4): 217-224.
- Rahme, E. (2551). *Risks and benefits of COX-2 inhibitors vs non-selective NSAIDs: does their cardiovascular risk exceed their gastrointestinal benefit? A retrospective cohort study*. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17255138>.

World Health Organization. (2537). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Switzerland: The WHOQOL.







ภาคผนวก ก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำสารนิพนธ์ ในหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการองค์กร เกสัชกรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. แบบสอบถามมี 3 ตอน (7 หน้า) ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความเป็นจริง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลต่อการรักษาใดๆของท่าน
3. หากท่านมีข้อสงสัยใดๆในแบบสอบถามฉบับนี้ กรุณาสอบถามจากผู้สัมภาษณ์หรือนักวิจัยได้ที่หมายเลข 084-3845045

ขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้
นายชาติบุตร สุขอัจจะสกุล

ตอนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ _____ ปี

3. ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กิโลกรัม

4. เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมานาน _____ ปี (โดยประมาณ)

5. เข่าข้างที่มีอาการ

ซ้าย

ขวา

ทั้งสองข้าง

ตอนที่ 2

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงตามความเป็นจริง

1. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมหรือไม่

เคย

ไม่เคย

2. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยวิธีการใดบ้าง
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กายภาพบำบัด

ผังเข็ม

นวดแผนไทย

ทานยาแผนปัจจุบัน

ยาแก้ปวด (พาราเซตามอล.)

ยาแก้อักเสบ (ไอบูโพรเฟน)

กลูโคซามีน (ไวอาทริลชเอส, คอกเซียม)

ใช้อาหาเฉพาะที่ (เจลพริก)

ฉีดยาเข้าข้อ ระบุ _____

ทานผลิตภัณฑ์ประเภทเสริมอาหาร ระบุ _____

อื่นๆ ระบุ _____

ตอนที่ 3

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในข้อ 1-15 จากนั้นวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับอาการของท่านมากที่สุด

ระดับความปวด (0 – 10)

โดย 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากจนทนไม่ได้



1. ปวดขณะเดิน

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ไม่ปวดเลย ปวดมากจนทนไม่ได้



2. ปวดขณะขึ้นลงบันได

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ไม่ปวดเลย ปวดมากจนทนไม่ได้

3. ปวดข้อต่อนกลางคืน

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ไม่ปวดเลย ปวดมากจนทนไม่ได้

4. ปวดข้อขณะอยู่เฉย ๆ

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ไม่ปวดเลย ปวดมากจนทนไม่ได้



5. ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก (ขาข้างนั้นรับน้ำหนักตัว)

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ไม่ปวดเลย ปวดมากจนทนไม่ได้

ระดับอาการข้อผิดพลาด, ข้อยึด (0-10)

โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการผิดพลาดเลย และ 10 หมายถึง มีอาการผิดพลาดมากที่สุด

1. ข้อผิดพลาดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่ผิดพลาดเลย											ผิดพลาดมากที่สุด

2. ข้อผิดพลาดในช่วงระหว่างวัน

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่ผิดพลาดเลย											ผิดพลาดมากที่สุด

ระดับความสามารถในการใช้งาน

โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการผิดพลาดเลย และ 10 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆได้


1. การลงบันได

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ทำได้ดีมาก											เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

2. การขึ้นบันได

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ทำได้ดีมาก											เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



3. การลุกยืนจากท่านั่ง

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ทำได้ดีมาก											เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



4. การยืน

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ทำได้ดีมาก											เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

5. การเดินบนพื้นราบ

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

6. การขึ้นลงรถยนต์

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



7. การไปซื้อของนอกบ้าน หรือการไปจ่ายตลาด

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



8. การใส่กางเกง

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



9. การลุกจากเตียง

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



10. การถอดกางเกง

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)



11. การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

12. การหึ่ง

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

13. การเข้า-ออกจากส้วม

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

14. การทำงานบ้านหนัก ๆ

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

15. การทำงานบ้านเบา ๆ

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 
 ทำได้ดีมาก เป็นปัญหามากที่สุด (ไม่สามารถทำได้)

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือครับ



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

ที่ ศธ 0519.12/1859



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

7 เมษายน 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เนื่องด้วย นายชาตบุตร สุขอัจจะสกุล นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการองค์กร
เภสัชกรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมหญิง พุ่มทอง
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอความอนุเคราะห์ผู้ป่วยที่เข้ารับ
การรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 100 คน (ผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม)
ตอบแบบสอบถามเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
และขอใช้สถานที่แผนกกระดูกและข้อ ช่วงเวลา 11.00 – 13.00 น. วันเสาร์ – อาทิตย์ในระหว่างเดือน
พฤษภาคม – มิถุนายน 2558

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นายชาตบุตร สุขอัจจะสกุล ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 084-384-5045



เกณฑ์วัดระดับค่าดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เป็นค่าที่อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาเป็นตัวชี้วัดสภาวะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่โดยคำนวณจาก

$$\text{BMI} = \text{น้ำหนักตัว (kg)} / \text{ส่วนสูง (m}^2\text{)}$$

โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับตามวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	การแปลผล
น้อยกว่า 18.5	น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน
18.5 – 22.9	อยู่ในระดับปกติ
23.0 – 24.9	อ้วนระดับ 1
25.0 – 29.9	อ้วนระดับ 2
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	อ้วนระดับ 3



ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นายชาติบุตร สุขอัจจะสกุล
วันเดือนปีเกิด	14 กรกฎาคม 2528
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ในปัจจุบัน	109/5 ซอยวิภาวดีรังสิต 15 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	ผู้แทนยา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	บริษัท ดีเคเอสเอช(ประเทศไทย) จำกัด

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2551	วิทยาศาสตรบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2558	บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการองค์กรเภสัชกรรม จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

