

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพรตพระราชธานี

บุษรา วาจาจำเริญ<sup>1</sup>, ณิชฎิญา คำผล<sup>2</sup> และ สุรสิทธิ์ ล้อจิตร์อำนวย<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพรตพระราชธานี

<sup>2</sup>ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพรตพระราชธานีที่มีระดับความรุนแรงต่างๆ ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต modified WOMAC ฉบับภาษาไทย วิธีการวิจัย: ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 194 คนได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบวัดคุณภาพชีวิต modified WOMAC ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัย: ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.6 อายุเฉลี่ย 65.05±10.17 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.31±3.78 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ระดับความปวดเฉลี่ย 5.55±2.65 (จากคะแนนเต็ม 10) ผู้ป่วยร้อยละ 34.5 และ 27.8 มีความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์การประเมินระบบขั้นของ Kellgren-Lawrence อยู่ในระดับ 4 และ 3 ตามลำดับ การวัดคุณภาพชีวิตในด้านความปวดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดมากที่สุดในขณะขึ้นลงบันได และมีระดับความปวดน้อยที่สุดในขณะอยู่เฉย ๆ ด้านอาการข้อฝืด/ข้อยึด ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหาในระดับน้อย การประเมินความสามารถในการใช้งานข้อพบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ยากที่สุดคือการขึ้นบันได ส่วนกิจกรรมที่มีปัญหาน้อยที่สุดคือ การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในมิติด้านความปวดและด้านระดับข้อฝืด/ข้อยึดไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ KL = 4 มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้งานข้อน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ KL = 2 อย่างมีนัยสำคัญ สรุป: โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านความปวดและด้านความสามารถในการใช้งานข้อ แม้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในแต่ละมิติไม่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาถึงการลดอาการปวดเพื่อจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต โรคข้อเข่าเสื่อม ผลลัพธ์การรักษา

รับต้นฉบับ: 12 พค. 2559, รับลงตีพิมพ์: 28 กค. 2559

ผู้ประสานงานบทความ: บุษรา วาจาจำเริญ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพรตพระราชธานี ถ. รามอินทรา แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230 E-mail: jup045@gmail.com

### บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นโรคข้ออักเสบชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในประชากรสูงอายุ (1) โดยพบว่า ผู้สูงอายุทั่วโลกมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9.6 ในเพศชาย และร้อยละ 18 ในเพศหญิง ความชุกของโรคสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้นเนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (2) การศึกษา WHO-ILAR COPCORD ในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในชนบทพบความชุกของโรค

นี้เท่ากับร้อยละ 11.3 (3) โรคข้อเสื่อมมักพบได้บ่อยที่ข้อสะโพกและข้อเข่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองของกรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมสูงถึงร้อยละ 34.5-45.6 (4) การที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้จำนวนประชากรสูงอายุมีมากขึ้น (5) จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีมากขึ้นตามไปด้วย โรงพยาบาลพรตพระราชธานีเป็นโรงพยาบาลขนาด 561 เตียง ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครตะวันออก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่า

เล่ม 1,489 ราย ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 1,648 รายในปี พ.ศ. 2558

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน เพราะแม้ว่าไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เป็นโรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (6,7) และยังเป็นหนึ่งในสิบโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายของการรักษาที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม (8) และบุคลากรแพทย์ควรให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม สามารถจำแนกระดับความรุนแรงของโรคตามระบบ Kellgren-Lawrence grading system (KL) เป็น 5 ระดับตามลักษณะที่ปรากฏในภาพถ่ายรังสี อย่างไรก็ตามในการพิจารณาให้การรักษา แพทย์จะพิจารณาอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมุ่งบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยและให้สามารถใช้งานข้อได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นสามารถทำได้หลายวิธี โดยอาจใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปหรือแบบเฉพาะโรค เครื่องมือแบบทั่วไปนั้นใช้ได้ไม่ว่าผู้ป่วยอายุ เพศ หรือสภาวะโรคที่เป็น จึงสามารถนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยต่างโรคได้ อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือประเภทนี้อาจไม่มีความไวหรือการตอบสนองที่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรืออาการ และคำถามในแบบวัดอาจไม่ครอบคลุมถึงลักษณะที่เฉพาะเจาะจงของโรคต่าง ๆ เหมือนเครื่องมือแบบเฉพาะโรค ดังนั้นในการศึกษานี้จึงประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรง เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละระดับความรุนแรงที่ประเมินด้วยภาพถ่ายรังสี มีเฉพาะการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน การประเมินความรุนแรงของโรคด้วยภาพถ่ายรังสีสามารถบอกระดับความรุนแรงของโรคได้แน่นอนกว่าการประเมินจากการสอบถามอาการของผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชาวไทยที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางซึ่งได้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2556

### ตัวอย่าง

ตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 โดยผู้ป่วยต้องไม่มีอาการอัมพาต อัมพฤกษ์ เดินไม่ได้ หรือต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การวิจัยไม่ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าแล้ว

การวิจัยนี้เป็นการประเมินระดับคุณภาพชีวิต จึงคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร  $(Z \sigma/e)^2 (9)$  โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งเท่ากับ 0.05 และ  $Z=1.96$ ,  $\sigma$  คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ในที่นี้ใช้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในมิติความสามารถในการทำงานจากการวิจัยของในอดีต (6) คือ  $4.08 \pm 7.93$  จากคะแนนเต็ม 68 ส่วนค่า  $e$  คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดไว้ที่ 1.2 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้คือ 154 คน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีแบบตามสะดวก

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (8) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดจาก Professor Nicholas Bellamy เมื่อเดือนกันยายน 2556 แบบวัดนี้เป็นเครื่องมือเฉพาะโรคที่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งได้รับการแนะนำในแนวทางปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2553 ของราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย (8) แบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่ยอมรับได้ทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง (10) modified WOMAC ประกอบด้วยคำถาม 3 หมวด คือ หมวดระดับความปวด (5 ข้อ) หมวดระดับอาการข้อฝืด (2 ข้อ) และหมวดระดับความสามารถในการใช้งานข้อ (15 ข้อ) มาตราวัดในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น visual analogue scale ที่ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายใน

คะแนนที่ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่งคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาในข้อคำถามนั้น ส่วนคะแนน 10 หมายถึงมีปัญหามากจนไม่สามารถทนได้ คะแนน modified WOMAC ที่น้อยบ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

### ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผ่านการตรวจรักษาโดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ตลอดจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาพบผู้วิจัยพร้อมกับประวัติการรักษา ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนรายละเอียดอื่น ๆ ของการวิจัยตามเอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจะตรวจสอบภาพถ่ายรังสีเดิมของผู้ป่วย หากไม่มีภาพถ่ายรังสีข้อเข่าหรือเป็นภาพถ่ายรังสีที่เก่ากว่า 3 เดือน ผู้วิจัยจะส่งผู้ป่วยไปยังแผนกรังสีวิทยาเพื่อถ่ายภาพถ่ายรังสีข้อเข่า หลังจากนั้น แพทย์ออร์โธปิดิกส์ประเมินระดับความรุนแรงของโรคตาม Kellgren-Lawrence KL grading ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้ภาพถ่ายรังสีข้อเข่าเป็น 5 ระดับจาก 0 ถึง 4 โดย 0 หมายถึง ภาพถ่ายรังสีไม่ปรากฏลักษณะข้อเข่าเสื่อม 1 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจน ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิกน้อย 2 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนแต่ช่องข้อยังไม่ผิดปกติ 3 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนและช่องข้อแคบลงปานกลาง และ 4 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนร่วมกับช่องข้อแคบลงรุนแรง และมีเนื้อกระดูกอ่อนใต้กระดูกกระดูกต่าง (8)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามข้อคำถามใน modified WOMAC ฉบับภาษาไทย จากนั้นสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยประกอบการศึกษา ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงคนเดียวทั้งหมด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณคะแนนจาก modified WOMAC ทำโดยนำคะแนนแต่ละข้อของแต่ละหมวดคำถามมารวมกัน การศึกษาใช้สถิติพรรณนาในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ ANOVA

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบจับคู่พหุคูณ จะใช้วิธี Tamhane's กรณีความแปรปรวนไม่เท่ากัน และใช้วิธี Scheffe กรณีความแปรปรวนเท่ากัน

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 194 คน ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีจำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 81.4 อายุเฉลี่ย 65.05 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.31 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ส่วนใหญ่ใช้สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยมีจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 64.46 ตัวอย่างมีโรคร่วมจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 56.99 และโรคเบาหวาน 37 ราย (ร้อยละ 19.17) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้าง จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาในการรักษา จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3

กลุ่มตัวอย่าง 179 คนมีข้อมูลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคตาม KL grading ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 4 โดยมีจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมา มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 โดยมีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 ระดับ 1 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 17 และระดับ 2 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 14

#### คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย modified WOMAC ฉบับภาษาไทย พบว่า ในด้านระดับความปวดนั้น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดมากที่สุดในขณะขึ้นลงบันได (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $6.25 \pm 3.25$  จากคะแนนเต็ม 10) และมีระดับความปวดน้อยที่สุดในขณะอยู่เฉยๆ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $1.16 \pm 2.09$ ) การประเมินคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการใช้งานข้อพบว่า กิจกรรมที่ตัวอย่างทำได้ยากที่สุดคือการขึ้นบันได โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $6.25 \pm 3.09$  ส่วนกิจกรรมที่มีปัญหาน้อยที่สุดคือ การอาบน้ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $1.06 \pm 2.41$  (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ประเมินโดย modified WOMAC

	ค่าเฉลี่ย±SD <sup>1</sup>
<b>ระดับความปวด</b>	
1. ปวดขณะขึ้นลงบันได (n=193)	6.25±3.25
2. ปวดขณะเดิน (n=193)	4.71±3.14
3. ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก (n=193)	3.41±3.14
4. ปวดข้อตอนกลางคืน (n=194)	3.21±3.38
5. ปวดข้อขณะอยู่เฉยๆ (n=193)	1.16±2.09
<b>ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด</b>	
1. ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน) (n=192)	2.69±3.55
2. ข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน (n=192)	1.85±2.98
<b>ความสามารถในการใช้งานข้อ</b>	
1. การขึ้นบันได (n=194)	6.25±3.09
2. การลงบันได(n=194)	5.88±3.22
3. การขึ้นลงรถยนต์ (n=194)	4.38±3.46
4. การทำงานบ้านหนักๆ (n=193)	4.03±4.16
5. การลุกยืนจากที่นั่ง (n=191)	3.93±3.55
6. การไปซื้อของนอกบ้านหรือการไปจ่ายตลาด (n=192)	3.62±4.10
7. การลุกจากเตียง (n=191)	3.50±3.43
8. การเดินบนพื้นราบ (n=194)	3.41±3.19
9. การใส่กางเกง (n=193)	3.10±3.30
10. การยืน (n=194)	2.88±3.18
11. การถอดกางเกง (n=193)	2.72±3.19
12. การนั่ง (n=193)	2.44±3.08
13. การนั่งส้วม (n=191)	2.40±3.30
14. การทำงานบ้านเบาๆ(n=193)	1.66±3.10
15. การอาบน้ำ (n=192)	1.06±2.41

1: ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย ส่วนคะแนน 10 หมายถึง มีปัญหามากที่สุด

ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติของผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคแสดงอยู่ในตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงด้วย ANOVA พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความปวดและด้านอาการข้อฝืด/ข้อยึดไม่มีความแตกต่าง

กันในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรง ( $F(4, 172) = 0.41, p = 0.80$  สำหรับมิติด้านความปวด และ  $F(4, 172) = 0.77, p = 0.54$  สำหรับมิติด้านระดับข้อฝืด/ข้อยึด) แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรง KL grade 2 มีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการใช้งานข้อดีกว่า(คะแนน WOMAC น้อยกว่า) กลุ่มผู้ป่วย KL grade 4 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ส่วนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงอื่นๆ ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านนี้

### การอภิปรายและสรุปผล

การศึกษานี้พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในมิติด้านความปวดและการใช้งานข้อ แต่มีผลไม่มากต่อคุณภาพชีวิตด้านระดับอาการข้อฝืด-ข้อยึด ในมิติด้านความปวดนั้น พบว่า โรคมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในขณะที่ใช้งานข้อ โดยเฉพาะในขณะที่เดิน และจะมีปัญหามากขึ้นในการเดินขึ้นลงบันได สำหรับความปวดขณะยืนลงน้ำหนักนั้นมีปัญหาน้อยกว่า แต่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความปวดน้อยมากเมื่ออยู่เฉยๆ

โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติ ด้านการใช้งานข้อมากที่สุดในการเดินขึ้นบันได รองลงมา คือการเดินลงบันได ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Guccione และคณะ (11) ที่รายงานว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมได้แก่ การเดินขึ้นบันได การเดินเป็นระยะทาง 1 ไมล์ การทำงานบ้าน และการแบก ของ สำหรับคุณภาพชีวิตในมิติด้านระดับอาการข้อฝืด-ข้อ ยึด พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในมิตินี้้น้อยมาก ทั้งอาการข้อฝืด ในตอนเช้าและระหว่างวัน

จากคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านความปวดและ ด้านการใช้งานข้อ พบว่า กิจกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย อย่างมากคือ การขึ้นและลงบันได เนื่องจากขณะขึ้นลง บันไดจะมีแรงกด 3 เท่าของน้ำหนักตัว ทำให้ข้อเข่าต้องรับ น้ำหนักมากขึ้นกว่าปกติ (12) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตไม่ดีในมิติความสามารถในการใช้งานข้อ สำหรับกิจกรรมการขึ้นลงบันได และมีคุณภาพชีวิตไม่ดีใน มิติด้านความปวดสำหรับกิจกรรมนี้ด้วยนั้น การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความปวดและข้อจำกัดในขณะ ทำกิจกรรมแต่ละชนิดจะทำให้สรุปได้ชัดเจนมากขึ้นว่า คุณภาพชีวิตในสองมิตินี้มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร ก็ตาม การศึกษาโดย Gabriella และคณะ พบว่า เมื่อ

ตารางที่ 2. ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติของผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่าง ๆ

ระดับความรุนแรง	คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย		
	ด้านความปวด <sup>1</sup>	ด้านอาการข้อฝืด ข้อยึด <sup>2</sup>	ด้านความสามารถในการทำงานข้อ <sup>3</sup>
KL grade 0	21.25±7.32	4.00±8.00	38.75±17.77 <sup>ab</sup>
KL grade 1	20.00±12.49	5.61±5.96	48.30±33.15 <sup>ab</sup>
KL grade 2	16.15±9.19	3.71±4.71	32.10±26.04 <sup>a</sup>
KL grade 3	18.94±12.27	5.43±6.69	50.85±39.18 <sup>ab</sup>
KL grade 4	18.73±10.64	3.98±5.61	63.24±40.07 <sup>b</sup>

1: คะแนนมีพิสัยที่เป็นไปได้ คือ 0-50,  $F(4, 172) = 0.41, p = 0.80$

2: คะแนนมีพิสัยที่เป็นไปได้ คือ 0-20,  $F(4, 172) = 0.77, p = 0.54$

3: คะแนนมีพิสัยที่เป็นไปได้ คือ 0-150,  $F(4, 167) = 3.18, p = 0.02$

a, b: ค่าเฉลี่ยที่มีตัวอักษรยกเหมือนกันหมายถึงไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้การทดสอบ Tamhane's หรือ Scheffe

ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 ปีด้วยแบบวัด WOMAC ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนี้ มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดที่เพิ่มขึ้น พิสัยการเคลื่อนไหวที่ลดลง และจำนวนความผิดปกติที่มากขึ้น (13)

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยระดับความรุนแรง KL grade 4 ที่มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้งานข้อต่ำกว่าผู้ป่วยระดับความรุนแรง KL grade 2 แต่คุณภาพชีวิตด้านความปวดและระดับข้อฝืด-ข้อยึดไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงอื่น ๆ มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Muraki และคณะ ที่รายงานว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง KL grade 3 หรือ 4 จะมีคุณภาพชีวิตในมิติด้านความปวดที่วัดด้วยแบบวัด WOMAC ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง KL grade 0 หรือ 1 (6) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Martin และคณะ พบว่า ระดับความรุนแรงตามระบบชั้น KL ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยแบบวัด WOMAC ทุกมิติ (14)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ที่จำแนกด้วยภาพถ่ายรังสีนั้น มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันในด้านความปวดและระดับข้อฝืด/ข้อยึด โดยคุณภาพชีวิตด้านระดับข้อฝืด/ข้อยึดนั้นเป็นปัญหาน้อย ดังนั้น บุคลากรทาง

การแพทย์จึงควรให้ความสำคัญในการควบคุมอาการปวดในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกระดับความรุนแรง นอกจากนี้ กิจกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดได้แก่ การขึ้นลงบันได ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านความปวดและด้านความสามารถในการทำงานข้อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมสำหรับช่วยผู้ป่วยในการทำกิจกรรมนี้ได้ง่ายขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ 1) ในการศึกษาที่ใช้แบบสัมภาษณ์ WOMAC ในลักษณะของ visual analogue scale ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่มั่นใจในการให้คะแนนเนื่องจากคำอธิบายความหมายของคะแนนมีเฉพาะที่คะแนน 0 และ 10 หากใช้แบบสัมภาษณ์แบบ 5-point Likert ซึ่งระบุอาการของผู้ป่วยชัดเจนในแต่ละตัวเลือกหรืออาจใช้ modified WOMAC ของ เสก อักษรานุเคราะห์ (15) ซึ่งระบุความหมายของอาการโดยละเอียดในแต่ละช่วงคะแนน อาจช่วยให้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตรงกับอาการของผู้ป่วยมากขึ้น และ 2) ไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความปวดในการทำกิจกรรมแต่ละชนิดกับความสามารถในการทำงานข้อแต่ละกิจกรรม การศึกษาในประเด็นดังกล่าวจะทำให้อธิบายผลการศึกษาได้อย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากรและคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ตลอดจนได้รับความอนุเคราะห์จากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและประสานงานในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Health & Clinical Excellence. NICE clinical guideline 59 Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults [online]. 2008 [Cited April 10, 2013]. Available from [www.nice.org.uk/cg59](http://www.nice.org.uk/cg59).
2. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003 ; 81: 646-56.
3. Chaiamnuay P, Darmawan J, Muirden KD, Assawa-tanabodee P. Epidemiology of rheumatic disease in rural Thailand: a WHO-ILAR COPCORD study. Community Oriented Programme for the Control of Rheumatic Disease. *J Rheumatol* 1998; 25: 1382-7.
4. Kuptniratsaikul V, Nilganuwong S, Tosayanonda O, Thamalikitkul V. The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. *J Med Assoc Thai* 2002; 85: 154-61.
5. Prasatkul P, Wapattanawong P. Changes in Population structure [online]. 2012[ Cited May 5, 2013]. Available from [www.hiso.or.th/hiso/picture/report/Health/ThaiHealth2012/thai2012\\_2.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/report/Health/ThaiHealth2012/thai2012_2.pdf).
6. Muraki S, Akune T, Oka H, En-yo Y, Yoshida M, Saika A, et al. Association of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis with health-related quality of life in a population-based cohort study in Japan: the ROAD study. *Osteoarthritis Cartilage* 2010; 18:1227-34.

7. Salaffi F, Carotti M, Stancati A, Grassi W. Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls. *Aging Clin Exp Res* 2005; 17: 255-63.
8. The Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand. Clinical practice guideline of knee osteoarthritis: Bangkok; 2011.
9. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
10. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol*. 2007; 26: 1641-5.
11. Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PW, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am J Public Health* 1994; 84: 351-8.
12. Ditsuwan P. Knee osteoarthritis. [online] 2013 [Cited April 11, 2016]. Available from [www.rcost.or.th/web/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8:2010-01-28-07-13-35&catid=19&Itemid=109](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).
13. Van GM, Veenhof C, Spreeuwenberg P, Coene N, Burger BJ, Schaardenburg D, et al. Prognosis of limitations in activities in osteoarthritis of the hip or knee: a 3-year cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91: 58-66.
14. Martin L, Magro C, Valenza C, Castellote Y, Caracuel JC, Fajardo M, Valenza G, et al. Clinical tools association in knee osteoarthritis patients: objective measures vs subjective measures. *Ann Rheu Dis* 2012; 71 (suppl3): 752.
15. Aksaranugraha S. Modified WOMAC Scale for Knee Pain. *J Thai Rehabil* 2000; 9: 82-5.

## Quality of Life of Knee Osteoarthritis Patients in Nopparat Rajathanee Hospital

Bussara Wajajamroen<sup>1</sup>, Nattiya Kapol<sup>2</sup>, Surasit Lochid-amnuay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Pharmacy, Nopparat Rajathanee Hospital

<sup>2</sup>Department of Community Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

### Abstract

**Objective:** To determine the quality of life of osteoarthritis patients with different severity in Nopparat Rajathanee Hospital using the modified Thai WOMAC questionnaire. **Methods:** This study enrolled 194 eligible osteoarthritis patients at Nopparat Rajathanee Hospital. The patients were interviewed with the modified Thai WOMAC questionnaire. **Results:** Most of osteoarthritis patients in the study were women (81.6%) with the mean age of 65.05±10.17 years, mean body mass index of 26.31 ±3.78 kg/ m<sup>2</sup>, and pain score at 5.55±2.65 (full score = 10). There were 34.5% and 27.8% of subjects with the severity level 4 and 3, respectively, according to the Kellgren-Lawrence grading system. The measurement of quality of life with pain subscale showed that the patients reported the highest pain score on climbing up and down the stairs and the lowest score on sitting or lying down. For stiffness, patients perceived it as a minor problem. The assessment of physical function revealed that the most difficult activity was climbing up the stairs and the least difficult activity was getting in and out of bathroom. There were no differences of quality of life in pain and stiffness among patients with different severity levels. However, patients with KL = 4 reported a significantly lower level of quality of life in physical functioning than those with KL = 2 did. **Conclusions:** Osteoarthritis affected patients' quality of life in pain and physical function. Although, there was no difference of overall quality of life among patients with different severity levels, health practitioners should consider relieving of patients' pain to improve patients' quality of life.

**Keywords:** quality of life, osteoarthritis, treatment outcome