บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

Selected Factors Related to Quality of Life among Knee Osteoarthritic Adult Patients

ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, พย.ม. (Thirawan Chuetaleng, M.N.S.)*
สุรีพร ธนศิลป์, พย.ด. (Sureeporn Thanasilp, D.N.S.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง อายุ ดัชนีมวลกาย และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่*

รูปแบบการวิจัย: *การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 150 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .76, .75, .92, .91, .92, และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน*

ผลการวิจัย: *1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.74, SD = .50) 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ*

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.05 (r = .30, r = .36 ตามลำดับ) 3) อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.33, -.34 และ -.18 ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.65) และ 4) อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (r = -.06)

สรุป: *พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยประเมิน ภาวะซึมเศร้า อาการปวดและความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป*

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม / วัยผู้ใหญ่

Abstract

Purpose: *To examine quality of life and to investigate the relationships between pain, severity, depression, self care ability, age, body mass index, social support and quality of life.*

Design: *Descriptive correlational research.*

Method: *Subjects consisted of 150 out-patients with knee osteoarthritis at Bhumibol Adulyadej hospital Royal Thai Airforce, Lerdsin hospital and Siriraj hospital selected by a multi-stage random sampling. Data were collected using a set of questionnaires: demographic information, pain, severity of disease, self care ability, social support, depression and quality of life. They were tested for content validity by five experts. Their Cronbach's alpha coefficients were .76, .75, .92, .91, .92, and .92, respectively. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze data.*

Findings: *1) The quality of life of knee osteoarthritis adult patients were at a high level ($\bar{X}$ = 2.74, SD = 0.5). 2) Self care ability and social support were positively and significantly related to quality of life of osteoarthritis adults at the level of .05 (r = .30 and r = .36). 3) Pain, severity of disease, depression, body mass index were negatively and significantly related to quality of life of osteoarthritis adults at the level of .05 (r = -.33, r = -.34, r = -.65, and r = -.18, respectively). 4) Age was not significantly related to quality of life of osteoarthritis adults.*

Keywords: Quality of life / Knee osteoarthritic / Adult patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ในสหรัฐอเมริกาปี 1995-2005 มีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นถึง 6 ล้านคน Lawrence et al. (2008) คาดการณ์ว่าในปี 2030 ประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเสื่อมวัยผู้ใหญ่ถึง 67 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ข้อเสื่อมเกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้น เชื้อชาติ พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อ ความหนาแน่นของมวลกระดูก ปัจจัยทางด้านอาหาร การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ภาวะอ้วน การได้รับบาดเจ็บของข้อ (นันทนา กลิตานนท์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper et al. (2000) ที่พบว่า สาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมนั้นเกิดจากผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวมาก การได้รับอุบัติเหตุที่ข้อมาก่อน และการที่ข้อได้รับแรงกระแทกเป็นประจำก็เป็นสาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมเช่นกัน

ปัจจุบันคนไทยมีความเสี่ยงในการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น เพราะรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป การเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย การนั่งคุกเข่า การนั่งยองๆ และการนั่งพับเพียบนานกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (วิภา งามสุทธิกุล, 2543) ข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดอาการปวด มีปัญหาในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม และการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) การรักษาเป็นลักษณะประคับประคอง ลดความปวด คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความพิการของข้อ ลดผลกระทบที่เกิดจากการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (สุรศักดิ์ นิลกานุวงษ์, 2552)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของ ยุพิน โกรินทร์ (2536) และปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง การศึกษาของ Jakobsson and Hallberg (2006) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการศึกษาของวิภา งามวิสุทธิกุล (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคกระดูกอื่นๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง อายุ ดัชนีมวลกาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาของ Burckhardt (1985) พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรคประเมินได้จากความปวดที่เพิ่มมากขึ้น ความฝืดตึงของข้อ และความสามารถในการทำกิจกรรม การศึกษาของ Burckhardt (1985) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้าเป็นการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Husaini & Moore, 1990) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่จะดูแล

ตนเองให้ได้รับผลกระทบหรือชะลอความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีจะส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Dodd et al., 2001) จากการศึกษาของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลนั้นๆ อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Rat et al., 2005) จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากอายุมากส่งผลต่อการพึ่งพิงในการเคลื่อนไหวที่มากขึ้น ดัชนีมวลกายส่งผลต่อความรุนแรงของโรค มีผลต่อการเคลื่อนไหวและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Rat et al., 2005) การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพในสังคมที่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคนที่รัก สนใจ ยกย่องและเห็นคุณค่า จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวส่งผลต่อการรับรู้ในคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พินทุสร ปัตยะกร (2552) และ Burckhardt (1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) Dodd et al. (2001) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นผลลัพธ์ในมโนทัศน์ผลลัพธ์ของอาการซึ่งเชื่อว่าในแต่ละมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ต่อกัน คือ มโนทัศน์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มโนทัศน์กลวิธีในการจัดการกับอาการ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับแต่ละมโนทัศน์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ที่ชัดเจน ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ แต่เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันพบโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ที่เพิ่มมากขึ้นจากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาล และเพื่อนำไปประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง อายุ ดัชนีมวลกาย และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า อายุ และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดยคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ในมโนทัศน์ผลลัพธ์ของอาการซึ่งเชื่อว่าในแต่ละมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ต่อกัน คือ มโนทัศน์ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มโนทัศน์กลวิธีในการจัดการกับอาการ และมโนทัศน์ผลลัพธ์ของอาการ อาการปวดเข่าเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนทัศน์กลวิธีในการจัดการกับอาการ ความรุนแรงของโรคเป็นสภาวะอาการ ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ในมโนทัศน์ผลลัพธ์ของอาการ อายุ และดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 25-60 ปี ทั้งชายและหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคกระดูกและข้อโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงกลาโหม และสังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา ที่มีคุณสมบัติดังนี้ คือ ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีความยินดีในการเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 150 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (10 x 8 + 50 = 130) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลด้วยการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และโรคร่วม มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย Portenoid et al. (1994) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ประกอบด้วยมิติย่อยด้าน ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงในการประเมินถึงประสบการณ์ความปวดเข่าที่เกิดกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ด้านความถี่ มีอาการนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา ถึง มีอาการนั้นเกิดขึ้นเล็กน้อย ด้านความรุนแรง มีอาการนั้นในระดับความรุนแรงมากที่สุด ถึงมีอาการนั้นในระดับความรุนแรงเล็กน้อย และด้านความทุกข์ทรมาน อาการนั้นทำให้ทุกข์ทรมานมาก ถึงไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการนั้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ใช้แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมของ นัยนา สังคม (2551) ที่พัฒนามาจาก

Lequesne Algo-functional Index ของ Lequesne (1997) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยถามถึงอาการปวด ความฝืดตึงของข้อเข่า ความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้วิจัยได้ปรับการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมจากเดิม 4 ระดับ เป็น 3 ระดับ คือ รุนแรงเล็กน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้แบบประเมินของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองด้านความรู้ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาการและป้องกันความพิการของข้อเข่าเสื่อม ด้านการตัดสินใจดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม ด้านการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลข้อเข่าเสื่อม ด้านทักษะทางกาย และความพึงพอใจในการดูแลข้อเข่าเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ มีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1996) และ Jacobson (1986) มีข้อคำถาม 37 ข้อ ประเมินการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุ การได้รับความช่วยเหลือในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า ลักษณะคำตอบเป็นลิเคิร์ท 3 ระดับ คือ ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก ถึง ข้อความนั้นตรงกับความจริงน้อย

ส่วนที่6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้สึกเรื่องอารมณ์ ค่าคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) ที่สร้างโดย Cella (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรชัย รัตนธราธร และคณะ (2544) มีจำนวน 27 ข้อ คำถามครอบคลุมความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ / จิตใจ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ลักษณะคำตอบเป็นลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ มากที่สุด ถึง ไม่มีเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 1, .90, .90 และ .80 ตามลำดับ และนำแบบประเมินอาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .76, .75, .92, .91, .92 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัยพร้อม

ทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลการบริการหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร และทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาลด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลภูมิพล กรมแพทย์ทหารอากาศ

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำการสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จากรายงานประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้าของแต่ละวันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการตรวจรักษาตามนัดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ขณะตอบแบบสอบถาม มีผู้ที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30 นาที และผู้ที่ไม่สามารถอ่านได้จากที่ไม่ได้เรียนหนังสือสายตาไม่ปกติ อ่านหนังสือไม่ชัดหรือว่าไม่ได้นำแว่นสายตามา ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองเวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45 นาที

3. เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช 90 คน โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลภูมิพล กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวนแห่งละ 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 92 มีอายุเฉลี่ย 54.4 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย เท่ากับ 26.62 กิโลกรัม/เมตร^2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 13,342 บาท ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.13 ปี และผู้ป่วยร้อยละ 58.7 เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.74, SD = .50) มีอาการปวดเข่าในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.61, SD = .73) มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 19.59, SD = 3.57) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.14, SD = .75) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.20, SD = .39) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 17.65 (SD = 8.54) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.62 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD = 4.08)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ พบว่า อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (r = -.33, r = -.34 และ r = -.18 ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.65) สำหรับความ

สามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .30, r = .36 ตามลำดับ) แต่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.74, SD = .50) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 92 มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 54.4 ปี ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อมโดยเฉลี่ย 4.13 ปี จากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างยังไม่มากทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดีและหากผู้ป่วยมีการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยชะลอความรุนแรงของอาการของโรคได้ และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะพึ่งพาที่น้อย ยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ มีอาชีพ มีรายได้และรับผิดชอบสิ่งที่เคยทำได้เหมือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีความทันสมัยและมีมาตรฐานในการให้บริการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคกระดูกและข้อซึ่งมีความชำนาญ ดังนั้น จากการรักษาที่ได้รับอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Blixen and Kippes (1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในระดับที่สูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jakobsson and Hallberg (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงวัยสูงอายุ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 83.8 ปี ดังนั้น

ตารางแสดง ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการดูแลตนเอง อายุ ดัชนีมวลกาย และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ (n=150)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
อาการปวดเข่า	-.33**
ความรุนแรงของโรค	-.34**
ภาวะซึมเศร้า	-.65**
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.30**
อายุ	-.06
ดัชนีมวลกาย	.18*
การสนับสนุนทางสังคม	.36**

*p < .05, **p < .01

การเสื่อมของข้อเข่าอาจมีมากตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเมื่อมีการเสื่อมมากผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบของโรคทั้งด้านความปวดที่มากขึ้น ความผิดรูปของข้อเข่าและอาจได้รับผลกระทบจากการเคลื่อนไหวที่ทำได้น้อยลงจึงต้องพึ่งพาสูง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่

อาการปวดเข่า ผลการศึกษา พบว่า อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$) กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเข่าในระดับมาก ($\bar{X} = 2.61$, $SD = .73$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้อาการเจ็บปวดเข่าจัดเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เป็นการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการเจ็บปวดเข่าตามการเปลี่ยนแปลงของตัวผู้ป่วยเอง ในด้านของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) อาการปวดเข่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงจากความไม่สุขสบายที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Burckhardt (1985) ที่พบว่า ความปวดมีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อาจเนื่องมาจากการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดที่ได้รับจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ได้แก่ การใช้ยา และไม่ใช้ยา สามารถบรรเทาอาการปวดที่ผู้ป่วยได้รับจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงมาก ($\bar{X} = 19.59$, $SD = 3.57$) ความรุนแรงของโรคเป็นสภาวะอาการในผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และกลวิธีในการจัดการกับอาการ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะแสดงในด้านของความปวด การฝืดตึงของข้อเข่า และความสามารถในการเคลื่อนไหวการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลง เมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34$) ซึ่งเป็นตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากซึ่งจะทำให้มีความปวดมาก ข้อขัดตึงส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวันที่ยากลำบากมากยิ่งขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.89$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.14$, $SD = 75$) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการที่จะช่วยชะลอ และ

ป้องกันการเกิดผลลัพธ์ในทางลบในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงให้ช้าที่สุด (Dodd et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71$, $p < .01$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง และผ่านการคิดวิเคราะห์หาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการปรับปรุง แก้ไขเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการอยู่เสมอ หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีจะช่วยชะลอความรุนแรงของโรค ชะลอการเสื่อมของข้อเข่าที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ข้อที่ 2

ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 17.65 ผลกระทบของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการลดลงของการเคลื่อนไหว และการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคข้อเสื่อมมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า (Lin, 2008) และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$) เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษา พบว่า ผู้ ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.94 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.45 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวถึงแนวคิดผลลัพธ์ของอาการว่า ในแต่ละผลลัพธ์ต่างมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อกันโดยทั้งคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าต่างเป็นผลลัพธ์ของอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว ทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง เมื่อขาดความสามารถในการดูแลตนเองก็จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Husaini and Moore (1991) พบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นข้อเสื่อม ซึ่งระดับความซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตขึ้นอยู่กับการถูกจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคที่ได้รับ

อายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ อายุไม่ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.7 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุอยู่ในช่วง 46-59 ปี ผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเองช่วยเหลือตนเองได้ดี อาการที่มีในด้านอาการปวด การฝืดตึงของข้อไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการพึ่งพาน้อย และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น จึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีจึงทำให้อายุไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุซึ่งโรคที่เป็นส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตที่มีระดับการพึ่งพาที่สูงขึ้น และอาจทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง

ดัชนีมวลกาย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.58 กิโลกรัม/เมตร^2 ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและทำให้โรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.18$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการที่กล่าวว่าปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผลต่อแนวคิดหลักทั้งสาม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ของแนวคิดผลลัพธ์ของอาการสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rat et al. (2005) ที่พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อธิบายได้ว่า ดัชนีมวลกายมากจะเพิ่มความรุนแรงและการดำเนินของโรคให้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวที่ลำบาก ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากจะทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.20$, $SD = .39$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพทางสังคมที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้รับ ด้านข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเอง ด้านความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ ด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความต้องการทางด้านอารมณ์และด้านการได้รับการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการกับอาการ และสอดคล้องกับการศึกษาของพินทุสร ปัตยะกร (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์ความรู้ดังกล่าวที่ได้จากการวิจัย ควรมีการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญาณ โดยประเมิน ภาวะซึมเศร้า อาการปวด ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่ เช่น โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

. . . . . .

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *เผยพบคนไทย "ข้อเข่าเสื่อม" พุ่งกว่า 6 ล้าน.* [ออนไลน์] : แหล่งที่มา: http://www.dmh.go.th/sty-libews/news/view.asp?id=5478.[25 พ.ย. 2553]

ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาวะของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดี และสมพร เตรียมชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก,* 21(1), 26-54.

นันทนา กสิตานนท์. (2546). พยาธิกำเนิดและสาเหตุการเกิดโรค. ใน วรวิทย์ เลาหเรณู (บรรณาธิการ), *โรคข้อเสื่อม,* หน้า 1-24. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

นัยนา สังคม. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พินทุสร ปัตยะกร. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพิน โกรินทร์. (2536). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิภา งามสุทธิกุล. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรชัย รัตนธราธร, สุวรรณี สิริเลิศตระกูล, แม้นมนา จิระจรัส, เจษฎา มณีชวขจร, พรจันทร์ สัยละมัย และ ธิติยา สิริสิงห (2544). การแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย. *จดหมายเหตุทางแพทย์,* 84(10), 1430-1442.

สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์. (2552). Current pathogenesis and therapeutic implication in osteoarthritis. ในกิตติ โตเต็มโชคชัยการ (บรรณาธิการ), *ฟื้นฟูวิชาการโรคข้อและรูมาติสซั่ม ประจำปี 2552,* หน้า 177-217. กรุงเทพมหานคร: ซิตี้พริ้นท์.

สุณี สุวรรณพสุ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ

พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Blixen, C.E., & Kippes, C. (1999). Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis. *Journal of Nursing Scholarship,* 31(3), 221-226.

Burckhardt, C. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research,* 31(1), 11-16.

Cella, D. (1997). *FACIT-Sp-Ex (Version 4)* [Online]. Available from: http://www.facit.org/ [2010, Septembre, 20]

Cobb, S. (1996). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine,* 38(5), 300-313.

Cooper, C., Snow, S., McAlindon, T.E., Kellingray, S., Stuart, B., Coggon, D., & Dieppe, P.A. (2000). Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism,* 43(5), 995-1000.

Dodd, M., Janson., S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J. et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing,* 33, 668-676.

Husaini, B.A., & More, S.T. (1990). Arthritis, disability, depression, and life satisfaction among elderly Black people. *Journal of Health and Social Work,* 15, 253-260.

Jakobsson, U.L.F., & Hallberg, I.R. (2006). Quality of life among older adults with osteoarthritis: An explorative study. *Journal of Gerontological Nursing,* 32(8), 51-60.

Lawrence, R.C., Felson, D.T., Helmick, C.G., Arnold, L. M., Choi, H.D., & Richard, A. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis & Rheumatism,* 58(1), 26-35.

Lequesne, M.G. (1997). The malfunction indices for hip and knee osteoarthritis. *Journal Rheumatology,* 21, 779 -781.

Lin, E.H. (2008). Depression and osteoarthritis. *The American journal of medicine,* 121(11 Suppl 2), S16-19.

Radloff, L.A. (1977). Self-report depression scale for research in the general population. *Apply Psychological Measurement,* 1, 385-401.

Rat, A.C., Coste, j., Pouchot, j., Baumann, M., Spitz, E., Rude, N.R. et al. (2005). OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *Journal of Clinical Epidemiology,* 58, 47-55.

Suwisith, N. (2007). *Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer.* Degree of Doctor of Philosophy (Nursing) Graduate Study Mahidol University.