



ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์

Relationships between Joint Pain, Passive Pain Coping, Sleep Quality and Health – related
Quality of Life in Patients with Gout

ปวีณา อ่วมตานี*, ชนกพร จิตปัญญา

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Paweena Oumtane, Chanokporn Jitpanya

Division of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330

*Email : paweenapp.pp@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่เข้ารับการรักษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 143 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการปวดข้อ 3) แบบสอบถามการเผชิญความเจ็บปวด 4) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และ 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และหาความสัมพันธ์ด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78, 0.91, 0.80 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคเกาต์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 338.68, SD = 116.20) อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ และคุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = -0.490, -0.456 และ -0.430 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : โรคเกาต์ คุณภาพชีวิต อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับ

Abstract

This descriptive research was to investigate health-related quality of life in patients with gout and relationships between joint pain, passive pain coping, sleep quality and health-related quality of the patients' life. The 143 patients with gout were recruited from patients who follow up at the Department of Rheumatology of Faculty of Medicine Vajira Hospital, Phramongkutklao Hospital and Police General Hospital using a simple random technique. Research instruments consisted of 8 parts: 1) the demographic patients' data, 2) chronic pain grade questionnaires, 3) the pain coping inventory (PCI), 4) the Pittsburgh sleep quality index (PSQI), 5) the short form health survey-36. Content validity was examined by eight experts and reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient as 0.78, 0.91, 0.80, and 0.88, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.



The results of this study revealed that patients with gout had poor level of health-related quality of life ($\bar{x}$ = 338.68, SD = 116.20) and joint pain, passive pain coping, poor sleep quality were negatively significant correlated with health-related quality of life with gout patients at the level of 0.01 (r = -0.490, -0.456, and -0.430, respectively).

Keywords : Gout, quality of life, pain, passive pain coping, sleep quality

บทนำ

โรคเกาต์เป็นโรคข้ออักเสบที่พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่⁽¹⁾ ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคเกาต์คือ การเกิดข้ออักเสบเฉียบพลันมักพบบริเวณตำแหน่งส่วนล่างของร่างกาย โดยเฉพาะขาและเท้า⁽²⁾ ในปัจจุบันพบว่า ความชุกของโรคเกาต์ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น^(3, 4) สำหรับประเทศไทยนั้นพบความชุกของโรคเกาต์ที่ 1.6 ต่อ 1000 ประชากร โดยในจังหวัดกรุงเทพมหานครพบโรคเกาต์ร้อยละ 24.4 โดยมากพบในเพศชายร้อยละ 59 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 40-60 ปี และเพศหญิงในวัยหมดประจำเดือน⁽⁵⁻⁸⁾ โรคเกาต์ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่งทั้งในด้านอาการปวดข้อที่รุนแรง นำมาซึ่งการถูกจำกัดการเคลื่อนที่ ในผู้ป่วยบางราย อาจพบความพิการ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้มีความถี่และความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จนเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกิดความแปรปรวนและลดต่ำลงที่สุดในที่สุด⁽⁹⁾ เมื่อนำมาวิเคราะห์เป็นรายมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า โรคเกาต์นั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า การกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะ ๆ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเกาต์นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด โดยมากอาการปวดข้อที่เกิดขึ้น มักเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ต่อมาเมื่อมีการดำเนินไปของโรคเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อเคลื่อนไหวของข้อที่ลดลง ในระยะยาว ทำให้ข้อบริเวณนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง สูญเสียการทำงานของข้อ เกิดความพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามได้ตามปกติและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽¹⁰⁻¹³⁾ เช่น การเดิน การลุกออกจากเตียง การไปห้องน้ำ การยืน การขึ้นบันได การหิ้วมือน การขับรถ การทำสวน การล้างจาน การไปยังสถานที่อื่นๆ หรือการท่องเที่ยว การทำกิจกรรมอดิเรก เช่น การตกปลา การขี่จักรยาน การเล่นดนตรี เป็นต้น⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ และแม้ว่า ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนทำให้อาการข้ออักเสบลดลงหรือหายไป แต่ก็อาจมีการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะ ๆ ได้

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเกาต์ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพดี ถึงร้อยละ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ ภาวะจิตใจที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคเกาต์ ได้แก่ ความกระวนกระวาย ความวิตกกังวล ความท้อแท้ ความกลัว การไม่มีความสุข การกล่าวโทษตนเอง หวาดกลัว รู้สึกต้องการความช่วยเหลือ รู้สึกเบื่อ รู้สึกโดดเดี่ยว เครียด เป็นต้น⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเกาต์ยังพบปัญหาด้านจิตสังคม เพราะไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากโรคเกาต์แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจที่มากกว่าคนปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลหรืออาจไม่สามารถจัดการต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวที่ลดลง หรือเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว⁽¹⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่า มากกว่า 9 ใน 10 ของผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากอาการปวดข้ออย่างเฉียบพลัน (gout attack) และจากการสำรวจ พบว่า ผู้ป่วยที่เกิด gout attack เฉลี่ยประมาณ 8 ครั้งต่อปี ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและการทำงานมากถึง ร้อยละ 93 ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดงานเฉลี่ย 6.3 วันต่อปี และผู้ดูแลต้องหยุดงานประมาณ 5 วันต่อปี เพื่อดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางเพศถึงร้อยละ 44⁽¹¹⁾ ผู้ดูแลยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจ ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽¹⁹⁾



คุณภาพชีวิตด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคเกาต์นั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากถึงปีละ 3,000 ดอลลาร์สหรัฐ และจำเป็นต้องขาดงานเฉลี่ยปีละประมาณ 5 ครั้ง สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการปรับเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่ง⁽²⁰⁾ เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตจากการปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลต่อการวางแผนการทำกิจกรรม/การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม⁽¹⁴⁾ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดการแยกตัว^(16, 21) และในผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือคู่สมรสอีกด้วย^(14, 15)

คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเกาต์รับรู้ว่าโรคเกาต์เป็นโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเกิดความกลัว รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อ ในทุก ๆ ครั้งที่เกิดความเจ็บป่วย และมีการกำเริบของโรคเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเกิดพฤติกรรมแยกตัว^(14, 16)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาโรคเกาต์เพียง 16 เรื่องเท่านั้น โดยมากศึกษาเกี่ยวกับเรื่องระดับของกรดยูริกในกระแสเลือดและยาที่ใช้ในการรักษาโรคเกาต์ในสาขาแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ยังค้นไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ในประเทศไทยในศาสตร์การพยาบาลโดยตรง เมื่อทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศเพิ่มเติมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น ความถี่ในการเกิดข้ออักเสบเฉียบพลัน (attack frequency) ความรุนแรง (intensity จำนวนข้อที่ถูกทำลาย (number of joints involved) โรคร่วม (comorbid disease) ภาวะซึมเศร้า ดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คุณภาพการนอนหลับ ความยุ่งยากในการวางแผนในกิจกรรมหรือการนัดพบในสังคมการขาดงาน^(1, 9, 12, 16, 21-26) เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งแรกของโรคเกาต์ในสาขาการพยาบาลศาสตร์ มีลักษณะการวิจัยแบบบรรยายความ โดยบรรยายภาพรวมจากผลกระทบของโรคเกาต์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประเทศไทยว่าเป็นอย่างไร เปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์กับต่างประเทศที่มีความแตกต่างกันทั้งวิธีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม สภาพภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ เลือกศึกษาปัจจัยโดยการกำหนดตัวแปรตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary⁽²⁷⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตที่มีการศึกษาและตีพิมพ์แล้วทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเกาต์ แล้วจึงคัดสรรปัจจัยที่สนใจมาศึกษาดังนี้ การเผชิญความปวดเชิงรับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเกาต์จัดการความปวดโดยหาจากแหล่งภายนอก เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรมในการจัดการเพื่อลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากความปวด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การเผชิญความปวดแบบเชิงรับนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย⁽⁴⁰⁾ อาการปวดข้อ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วยโรคเกาต์ในด้านร่างกายและจิตใจจากสาเหตุการอักเสบของข้อ ซึ่งอาการปวดข้อนี้เป็นอาการหลักที่สำคัญในผู้ป่วยโรคเกาต์ ที่มีลักษณะการปวดที่รุนแรงและเกิดขึ้นเฉียบพลันทันทีทันใด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความพอใจและความเพียงพอต่อการนอนหลับ ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ⁽²⁸⁾ ซึ่งตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน จากพยาธิสภาพของโรคที่ก่อให้เกิดอาการปวดข้อรุนแรงและเฉียบพลัน จึงทำให้ผู้ป่วยนั้นมีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ตลอดจนยังมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับเพราะโดยมากอาการปวดข้อที่เกิดขึ้นมักเกิดในช่วงเวลากลางคืน จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเกาต์ได้โดยตรงอย่างอิสระ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบทบาทพยาบาล และหาแนวทางการวางแผนกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลแก้ปัญหาที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเกาต์สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ในระยะข้ออักเสบเรื้อรัง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคข้อและรูมาติสซั่ม (rheumatism) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ในระยะข้ออักเสบเรื้อรัง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 143 ราย คำนวณจากสูตรของ Thorndike⁽²⁹⁾ ดังนี้

$$n > 10k + 50$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 143 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกาต์ 2) เป็นผู้ป่วยโรคเกาต์ที่รับประทานยารักษาโรคเกาต์ภายใต้คำสั่งของแพทย์เท่านั้น 3) มีประวัติการเกิดข้ออักเสบกำเริบจากโรคเกาต์

ตัวแปรต้น ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับ

ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

2. แบบสอบถามอาการปวดข้อ Chronic Pain Grade Questionnaires (CPG)⁽³⁰⁾ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไลวรรณ แสงเนียม⁽³¹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุมถึงองค์ประกอบความปวด 2 ด้าน คือ ด้านความรุนแรงของความปวด จำนวน 3 ข้อ และด้านความพิการที่เกิดจากความปวด จำนวน 4 ข้อ มีระดับคะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0-10 คะแนน 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความปวด/ไม่มีการเปลี่ยนแปลง จนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดอย่างมากที่สุด/มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด การแปลผลคะแนนมี 4 ระดับ คือ 0-4 แต่ละระดับ จะมีความรุนแรงของความปวดและความพิการที่เกิดจากความปวดแตกต่างกัน โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาความปวด และระดับ 4 หมายถึง มีระดับความพิการสูงและมีข้อจำกัดมาก

3. แบบสอบถามการเผชิญความปวด The Pain Coping Inventory (PCI)^(32, 33) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ศิริณญา ชุ่มเต็ม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ แปลผลจากคะแนนรวมของการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก (active coping) คะแนนรวมที่มากแสดงถึงผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกต่ำและคะแนนรวมการเผชิญความปวดแบบเชิงรับ (passive coping) ที่มาก แสดงถึงผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การเผชิญความปวดแบบเชิงรับสูง

4. แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนิตพงศ์ เมธิพิสิษฐ์ และคณะ⁽³⁴⁾ แบบประเมินแบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินด้วยตนเองจำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามที่ประเมินด้วยผู้พักอาศัยห้องเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ โดยคิดพิจารณา



ค่าคะแนนตั้งแต่ข้อที่ 1-9 (ข้อใหญ่) และให้น้ำหนักคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 ฉบับภาษาไทย⁽³⁵⁻³⁶⁾ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ 35 ข้อ และคำถามอิสระ 1 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีสุขภาพดี คะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง ระดับสุขภาพไม่ดี ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดีและคะแนนมากกว่า ร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเกาต์ แบบสอบถามอาการปวดข้อ แบบสอบถามการเผชิญความเจ็บปวด แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่ม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่มและ/หรือการดูแลด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้แบบสอบถามมีความครอบคลุมทั้งในด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและโรคข้อและรูมาติสซั่ม พิจารณาความถูกต้อง ครอบคลุมด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา รวมทั้งความชัดเจนของแบบสอบถาม เครื่องมือมาตรฐานทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการใช้และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าความสอดคล้องความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า 1, 0.9 และ 1 ตามลำดับ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.78, 0.91, 0.80 และ 0.88 ตามลำดับ ยกเว้นในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่ได้มีการนำเครื่องมือไปทดสอบความเที่ยง (reliability)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2562 ตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งการเก็บข้อมูลหลายแห่งนั้น ในเรื่องการรักษา เช่น อาการปวดข้อที่เกิดจากโรคเกาต์นั้น จะมีแนวทางการรักษาเดียวกันซึ่งกำหนดโดยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย⁽⁴¹⁾

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมทั้งวิธีการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะพอใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช รหัสเลขที่โครงการที่ 120/62 เอกสารเลขที่ COA 119/2562 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รหัสโครงการที่ IRBRTA 901/2562 เอกสารเลขที่ Q0159/62 และโรงพยาบาลตำรวจ รหัสโครงการ IRB 90/2562 and เอกสารเลขที่ Nq090759/62 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ผลลกระทบกับกลุ่มตัวอย่างต่อการพยาบาล การรักษาของแพทย์ หรือการได้รับบริการทางการแพทย์แต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลที่ได้ในภาพรวมเท่านั้น



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 17 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ และคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen⁽³⁷⁾

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 87.4 เพศหญิง ร้อยละ 12.6 โดยมากมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ($\bar{x} = 53.21, SD = 8.57$) สถานภาพการสมรส คู่ ร้อยละ 72.7 โสด ร้อยละ 23.8 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.9 ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 40.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบคลุมเฉลี่ยต่อเดือน 20,000 บาท ขึ้นไป และมีระดับดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 23.5-28.4 (มีภาวะอ้วนตามมาตรฐานเอเชีย) ร้อยละ 46.9 มีโรคร่วมร้อยละ 84.6 แบ่งเป็น 3 อันดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.15, 34.27 และ 32.87 ตามลำดับ และมีระยะการเป็นโรคเกาต์เฉลี่ย 6.67 (SD=5.98) ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดของภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำแนกตามองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบในผู้ป่วยโรคเกาต์ (n = 143)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	SD	การแปลผล
การทำหน้าที่ทางกาย (10 ข้อ)	53.29	26.98	ดี
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย (4 ข้อ)	31.12	32.80	ไม่ดี
ความเจ็บปวด (2 ข้อ)	26.75	13.46	ไม่ดี
การรับรู้สุขภาพทั่วไป (5 ข้อ)	44.64	18.33	ไม่ดี
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	SD	การแปลผล
การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ)	34.35	10.95	ไม่ดี
พลังงาน (4 ข้อ)	50.38	14.73	ดี
บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (3 ข้อ)	37.76	28.04	ไม่ดี
สุขภาพจิตทั่วไป (5 ข้อ)	60.42	14.84	ดี
รวม	338.68	116.20	ไม่ดี

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 338.68 (SD= 116.20) เมื่อนำมาจำแนกออกเป็น 8 องค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดีจำนวน 5 ด้าน เรียงลำดับคะแนนจากต่ำไปสูง ได้แก่ ความเจ็บปวด บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย การทำหน้าที่ทางสังคม บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ และการรับรู้สุขภาพทั่วไป โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.75, 31.12, 34.35, 37.76 และ 44.64 (SD=13.46, 32.80, 10.95, 28.04 และ 18.33) ตามลำดับ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 3 ด้าน เรียงลำดับจากคะแนนต่ำไปสูง ได้แก่ พลังงาน การทำหน้าที่ทางกาย และสุขภาพจิตทั่วไป โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.38, 53.29 และ 60.42 (SD=14.73, 26.98 และ 14.84) ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ และคุณภาพการนอนหลับต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ (n=143)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
อาการปวดข้อ	-0.490	<0.01
การเผชิญความปวดเชิงรับ	-0.456	<0.01
คุณภาพการนอนหลับ	-0.430	<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.490, -0.456, -0.430$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเกาต์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 338.6 (SD=116.20) อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่จะเกิดอาการอักเสบขึ้นอย่างเฉียบพลันร่วมกับอาการปวดข้อที่เกิดขึ้นมักเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดนั้นส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเกาต์โดยมากมีลักษณะความปวดที่สูง ($\bar{x} = 2.04, SD=1.03$) และอาการปวดที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยความยากลำบากดังเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า “ตอนปวดจะเข้าห้องน้ำต้องคลานไปเข้าห้องน้ำ เลยต้องซื้อ *comfort* มาใช้ ปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว รู้สึกว่าไม่อยากจะเกิดกับเรามากที่สุด” หรือในผู้ป่วยโรคเกาต์เพศหญิงรายหนึ่งที่กล่าวว่า “ตลอดลูกไม่เจ็บเท่าเกาต์” เป็นต้น และแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนทำให้อาการข้ออักเสบลดลงหรือหายไป แต่ก็อาจมีการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะ ๆ ได้ ประกอบกับผลการศึกษาที่พบว่า โดยมากผู้ป่วยโรคเกาต์มักมีโรคร่วมอื่น ๆ ถึงร้อยละ 84.6 จากการศึกษาพบว่าโรคที่พบร่วมกับโรคเกาต์ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.15, 34.27 และ 32.87ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chandratre et al., Chandratre et al. และ Fu et al.^(23, 24, 12) ที่พบว่า โรคที่พบร่วมกับโรคเกาต์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่แย่ลง มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ถูกจำกัด เนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 37.76, SD=28.04$) จึงเป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยโรคเกาต์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.490$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ยิ่งผู้ป่วยโรคเกาต์มีระดับความรุนแรงและความพิการที่เกิดจากความปวดเพิ่มมากขึ้นเท่าใด แนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะลดต่ำลงเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่จะเกิดอาการอักเสบขึ้นอย่างเฉียบพลันร่วมกับอาการปวดข้อที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fu et al.⁽¹²⁾ พบว่าความเจ็บปวดที่รุนแรง มีผลต่อระดับคะแนนของด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ



Stepwise multiple logistic regression พบว่า ความเจ็บปวดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพิการในการทำหน้าที่ และมีผลต่อระดับคะแนนที่ต่ำขององค์ประกอบด้านร่างกายและองค์ประกอบด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chandratre et al.⁽¹⁶⁾ พบว่า อาการปวดข้ออย่างเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ในด้านร่างกาย สังคม การทำหน้าที่ และด้านจิตใจ ธรรมชาติของอาการปวดอย่างเฉียบพลันที่ไม่สามารถคาดเดาได้นำมาซึ่งความยุ่งยากในการวางแผนในกิจกรรมหรือการนัดพบในสังคม ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านโอกาสทางสังคม บางรายเกิดความรู้สึกกลัวจากการกลับเป็นซ้ำและความไม่สามารถคาดเดาได้ ด้านการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตอาการของโรคเกาต์เป็นเครื่องกีดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน นั้นหมายความว่า ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตทั้งในด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความปวดเชิงรับต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่า การเผชิญความปวดเชิงรับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.456$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีการเผชิญความปวดเชิงรับมาก มีแนวโน้มสูงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Peláez-Ballestas et al.⁽³⁸⁾ ที่พบว่าโรคในกลุ่ม chronic rheumatic disease เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด (ankylosing spondylitis) และโรคเกาต์ เป็นต้น เป็นโรคที่มีความเจ็บปวดและมีระยะเวลาในการเป็นโรที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย โดยมีทักษะทั่วไปในการจัดการ พบว่า ผู้ป่วยมักมีอาการมึนงงและอาการหลักหนีปัญหา

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.430$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะมีแนวโน้มสูงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำลง เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับที่ด้อยนั้น ส่งผลให้ร่างกายได้ซ่อมแซมและเติมพลังให้ร่างกายและจิตใจ แต่หากร่างกายได้รับการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดสมาธิ ขาดความกระตือรือร้นหรือความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ และโรคเกาต์เป็นการอักเสบเรื้อรังของข้อที่ส่งผลต่อการปวดแบบเรื้อรังโดยเฉพาะในช่วงกลางคืน จึงส่งผลให้เกิดอาการหลับยาก ตื่นบ่อย และไม่สามารถนอนหลับได้นานพอ มีคุณภาพการนอนหลับที่แย่ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ขาดสมาธิ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจ และเกิดอาการอ่อนเพลียระหว่างวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chandratre et al.⁽¹⁶⁾ พบว่า ผลกระทบของโรคเกาต์และการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ในด้านร่างกาย เมื่อเกิดอาการปวดข้ออย่างเฉียบพลัน โดยมีรายงานจากผู้เข้าร่วมศึกษาว่าความปวดและระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh⁽³⁹⁾ ที่ยกตัวอย่างคำอธิบายของผู้ป่วยไว้ว่า โรคเกาต์เป็นโรคที่เห็นแก่ตัว เนื่องจากเมื่อเกิดอาการกำเริบของข้ออักเสบแล้วมันจึงดึงความสนใจทั้งหมดที่คุณมีไปอยู่ที่มัน และเกี่ยวข้องกับการนอนหลับด้วย หรือในผู้ป่วยรายอื่นกล่าวว่า “การนอนหลับถูกรบกวนด้วยอาการปวดหรือไม่สามารถนอนหลับได้อย่างลึก รู้สึกเหมือนไม่ได้พัก” สอดคล้องกับการศึกษาของ Burbage⁽²²⁾ ที่กล่าวว่า โรคเกาต์เป็นโรคที่มีความเจ็บปวดจากการอักเสบที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยยกตัวอย่างคำอธิบายอาการจาก Thomas Sydenham (1683) ว่า หลังจากเข้านอนประมาณตี 2 ต้องตื่นเนื่องจากมีอาการปวดอย่างมากบริเวณนิ้วหัวแม่มือ มากกว่านั้นที่ส้นเท้า ข้อเท้าหรือหลังเท้า คือนั้นผ่านไปด้วยความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถนอนหลับได้ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย



สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.6 มีโรคร่วมแบ่งเป็น 3 อันดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 53.15, 34.27 และ 32.87 ตามลำดับ และมีระยะการเป็นโรคเกาต์เฉลี่ย 6.67 (SD=5.98) ปี คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดีจำนวน 5 ด้าน เรียงลำดับคะแนนจากต่ำไปสูง ได้แก่ ความเจ็บปวด บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย การทำหน้าที่ทางสังคม บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ และการรับรู้สุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 3 ด้าน เรียงลำดับจากคะแนนต่ำไปสูง ได้แก่ พลังงาน การทำหน้าที่ทางกาย และสุขภาพจิตทั่วไป

ด้านความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อจำกัดในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มประชากรโรคเกาต์ในภาคอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปประเมิน วางแผน ตลอดจนให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อจัดการกับปัจจัยดังกล่าว เช่น ปัจจัยของอาการปวดข้อ นอกเหนือจากการประเมินโดยทั่วไปแล้ว อาจต้องเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ด้านการเผชิญความปวดเชิงรับ พยาบาลควรส่งเสริมความเข้าใจและการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วย เพราะการเข้าใจและยอมรับในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงได้ ด้านคุณภาพการนอนหลับนั้น พยาบาลสามารถจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมการนอนหลับลงไปในภารกิจกรมทางการแพทย์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. Singh JA, Bharat A, Khanna D, Aquino-Beaton C, Persselin JE, Duffy E, et al. Racial differences in health-related quality of life and functional ability in patients with gout. *Rheumatol* 2017;56(1):103-20.
2. Peter M, Vonkeman HE, Voshaar MAO, Bode C, van de Laar MA. Experiences of gout-related disability from the patients' perspective: a mixed methods study. *Clin Rheumatology*. 2014;33(8):1145-54.
3. Arromdee E, Michet CJ, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE. Epidemiology of gout: Is the incidence rising? *J Rheumatol*. 2002;29(11):2403-6.
4. Smith E, Diaz-Torne C, Perez-Ruiz F, March L. Epidemiology of gout: An update. *Best Pract Res: Clin Rheumatol*. 2010;24(6):811-27.



5. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. รายการผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 2559 [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน พ.ศ. 2561];เข้าถึงจาก: <http://thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กองสำนักงาน;2560.
7. พรทิศา ชัยอำนวย. ระบาดวิทยาของโรครูมาติก.[Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน พ.ศ. 2561];เข้าถึงจาก: <https://www.thaiarthritis.org/people23.php>.
8. สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์. โรคเก๊าท์และโรคหัวใจ. วชิรเวชสาร. 2557;58(2):57-63.
9. Fu T, Cao H, Yin R, Zhang L, Zhang Q, Li L, et al. Depression and anxiety correlate with disease-related characteristics and quality of life in Chinese patients with gout: A case-control study. Psychol Health Med. 2018;23(4):400-10.
10. Becker MA, Schumacher HR, Benjamin KL, Gorevic P, Greenwald M, Fessel J, et al. Quality of life and disability in patients with treatment-failure gout. J Rheumatol. 2009;36(5):1041-8.
11. CreakyJoints. Creaky Joints issue new survey of patients with gout and their caregivers that portrays stark picture of gout as out of control; 2017. Available from:<http://www.business.com/news/hene/2017522005072/en/CreakyJoint-Issue-New-Survey-Patients-Gout-Caregiver>.
12. Fu T, Cao H, Yin R, Zhang L, Zhang Q, Li L, et al. Associated factors with functional disability and health-related quality of life in Chinese patients with gout: A case-control study. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18(1):429.
13. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์. พยาธิวิทยาของข้อ ตอนที่ 6 โรคข้ออักเสบจากผลึกเกลือ (Crystal induce arthritis) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน พ.ศ. 2561]. เข้าถึงจาก: <http://www.med.cmu.ac.th/>
14. Singh JA. The impact of gout on patient's lives: a study of African-American and Caucasian men and women with gout. Arthritis Res Ther. 2014;16(3):R132.
15. Tatlock S, Rüdell K, Panter C, Arbuckle R, Harrold LR, Taylor WJ, et al. What outcomes are important for gout patients? In-depth qualitative research into the gout patient experience to determine optimal endpoints for evaluating therapeutic interventions. The Patient. 2017;10(1):65-79.
16. Chandratre P, Mallen CD, Roddy E, Liddle J, Richardson J. "You want to get on with the rest of your life": A qualitative study of health-related quality of life in gout. Clin Rheumatol. 2016;35(5):1197-205.
17. Smith E, Hoy D, Cross M, Merriman TR, Vos T, Buchbinder R, et al. The global burden of gout: Estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(8):1470-6.
18. สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, รุ่งระวี นาวิเจริญ. การพยาบาลผู้ป่วยไข้นสูง 2.เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
19. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(4):22-31.



20. Aung T, Myung G, FitzGerald JD. Treatment approaches and adherence to urate-lowering therapy for patients with gout. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:795.
21. Wood R, Fermer S, Ramachandran S, Baumgartner S, Morlock R. Patients with Gout Treated with Conventional Urate-lowering Therapy: Association with Disease Control, Health-related Quality of Life, and Work Productivity. *J Rheumatol*. 2016;43(10):1897-903.
22. Burbage G. Gout: clinical presentation and management. *Nurs Stand*. 2014;29(2):50-6.
23. Chandratre P, Mallen C, Richardson J, Muller S, Hider S, Rome K, et al., editors. Health-related quality of life in gout in primary care: baseline findings from a cohort study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*; 2018 Elsevier.
24. Chandratre P, Roddy E, Clarson L, Richardson J, Hider SL, Mallen CD. Health-related quality of life in gout: a systematic review. *Rheumatol*. 2013;52(11):2031-40.
25. Khanna PP, Shiozawa A, Walker V, Bancroft T, Essoi B, Akhras KS, et al. Health-related quality of life and treatment satisfaction in patients with gout: results from a cross-sectional study in a managed care setting. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:971.
26. Scirè CA, Manara M, Cimmino MA, Govoni M, Salaffi F, Punzi L, et al. Gout impacts on function and health-related quality of life beyond associated risk factors and medical conditions: Results from the KING observational study of the Italian Society for Rheumatology (SIR). *Arthritis Res Ther*. 2013;15(5):R101.
27. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995;273(1):59-65.
28. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
29. Thorndike RM. Correlational procedures for research. New Jersey: Wiley 1976.
30. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133-49.
31. วิไลวรรณ แสงเนียม. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
32. Kraaimaat FW, Evers AW. Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *Int J Behav Med*. 2003;10(4):343-63.
33. ศิริบุญญา ชุ่มเต็ม. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
34. Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruangkana P, Chinwarun Y, Ruangkanchanasetr P, et al. The development of sleep questionnaires Thai version (ESS, SA-SDQ, and PSQI): Linguistic validation, reliability analysis and cut-off level to determine sleep related problems in Thai population. *J Med Assoc Thai*. 2016;99(8):893-903.



35. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
36. รัชรี เลอमानกุล, ปารณีย์ มีแต้ม. การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทยแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร*. 2543;29(1):69-88.
37. Cohen J. *Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Association; 1988.
38. Peláez-Ballestas I, Boonen A, Vázquez-Mellado J, Reyes-Lagunes I, Hernández-Garduno A, Goycochea MV, et al. Coping strategies for health and daily-life stressors in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and gout: STROBE-compliant article. *Medicine*. 2015;94(10).
39. Singh JA. Any sleep is a dream far away: a nominal group study assessing how gout affects sleep. *Rheumatol*. 2018;57(11):1925-32.
40. Nicassio PM, Kay MA, Custodio MK, Irwin MR, Olmstead R, Weisman MH. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*. 2011;71(2):79-85.
41. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเก๊าท์ 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน พ.ศ. 2561]. เข้าถึงจาก: <http://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-Gout.pdf>.