

เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2553; 20(1): 4-9
J Thai Rehabil Med 2010; 20(1): 4-9

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า

พัทธปียา สิริสาพร พ.บ., ณัฐเศรษฐ์ มนินนากร พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู,
เอกสิทธิ์ ภูศิริภิรมย์ พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ABSTRACT

Quality of Life of Trans-femoral and Trans-tibial Amputees after Receiving Prosthesis

Sirasaporn P, Manimmanakorn N, Pusiripinyo E
Department of Physical Medicine and Rehabilitation,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Objectives: To study quality of life (QOL) and factors affecting QOL of trans-femoral and trans-tibial amputees after receiving prosthesis.

Study design: Cross-sectional descriptive study

Setting: Prosthetic & Orthotic Unit, Srinagarind hospital

Subjects: Fifty patients who received trans-femoral or trans-tibial prosthesis during June 2007 - March 2008

Methods: Subjects were interviewed with a 2-part questionnaire: demographic data and WHOQOL-BREF-THAI

Results: There were 82% males and 18% females with an average age of 42 years old (SD 14.15); 38% trans-femoral and 62% trans-tibial amputees. The average QOL scores of physical, psychological, social relationships, environmental and overall were 22.82 (SD 2.69), 20.52 (SD 2.92), 9.16 (SD 1.96), 24.36 (SD 3.12) and 82.60 (SD 7.22), respectively. These reflected the moderate level of quality of life. Besides, self income affected social relationships QOL score ($p = 0.000$). Amputees having income less than 5,000 baht per month had better score than those having income 5,000 – 10,000 baht per month. Furthermore, income satisfaction and cause of amputation were significantly related with environmental QOL score ($p = 0.030$ and 0.010 consecutively). Those with income satisfaction had a higher environmental QOL score than those without satisfaction. Those having amputation due to disease had higher environmental QOL score than those with amputation following a trauma. Those aged 56-65 years old had environmental QOL score higher than those

aged 36-45 years old ($p = 0.013$); and those aged 46-55 years old had significantly higher score than those aged 36-45 years old ($p = 0.015$).

Conclusion: Trans-femoral and trans-tibial amputees had moderate QOL score which were influenced by self income, income satisfaction, cause of amputation and age.

Key words: Quality of life, amputee, lower limb prosthesis

J Thai Rehabil Med 2010; 20(1): 4-9

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

สถานที่ทำการวิจัย: หน่วยกายอุปกรณ์เสริมและเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยที่ได้รับการขาเทียมระดับเหนือเข่าหรือใต้เข่าข้างใดข้างหนึ่งจำนวน 50 คน ในช่วงเดือนมิถุนายน 2550 - มีนาคม 2551

วิธีการศึกษา: ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้ WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 42 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.15) ร้อยละ 82 เป็นเพศชาย 41 คน ร้อยละ 18 เป็นเพศหญิง 9 คน โดยร้อยละ 38 เป็นระดับเหนือเข่า 19 คน และร้อยละ 62 เป็นระดับใต้เข่า 31 คน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 22.82 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.69) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเท่ากับ 20.52 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.92) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเท่ากับ 9.16 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.96) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 24.36 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.12) คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 82.60 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.22) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง ๆ ส่วนปัจจัยด้านรายได้ตนเองมีความ

Corresponding to: Patpiya Sirasaporn, Department of PM&R,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand
40002.

E-mail: spatpiya@kku.ac.th

สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม ($p = 0.000$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ตนเอง < 5000 บาทต่อเดือนมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ตนเอง 5000 - 10000 บาทต่อเดือน ส่วนปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อรายได้และสาเหตุการตัดขาที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($p = 0.030$ และ 0.010) โดยพบว่า กลุ่มที่รู้สึกว่าร่าเริงได้เพียงพอมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มที่รู้สึกว่าจะไม่เพียงพอ กลุ่มที่ตัดขาจากโรคมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ส่วนปัจจัยด้านอายุพบว่ากลุ่มอายุ 56-65 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มอายุ 36-45 ปี ($p = 0.013$) และกลุ่มอายุ 46-55 ปีมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มอายุ 36-45 ปี ($p = 0.015$)

สรุป: คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่าอยู่ในระดับกลาง ๆ ทั้งหมด โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ รายได้ตนเอง รายได้เพียงพอ สาเหตุการตัดขา และอายุ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยขาขาด ขาเทียม

เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2553; 20(1): 4-9

บทนำ

ผู้พิการที่ถูกตัดขาเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับบริการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู สาเหตุส่วนใหญ่ของการถูกตัดขานั้นแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุกล่าวคือ ในวัยเด็กเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด วัยรุ่นเกิดจากอุบัติเหตุจราจร วัยชรามักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความผิดปกติของหลอดเลือด⁽¹⁾ ผู้พิการขาขาดที่มาใช้บริการบริการจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีประมาณ 120 คนต่อปี โดยเป็นการขาดระดับสะโพกเหนือเข่า เข่า ใต้เข่า และระดับข้อเท้า

การถูกตัดขาย่อมถือว่าเป็นความสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ มีปฏิกริยาตอบสนองทางกาย อารมณ์ พฤติกรรมต่างกันทำให้เกิดปัญหาาร่วมกันหลาย ๆ อย่าง ทั้งปัญหาทางกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ⁽¹⁾ ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขไปพร้อม ๆ กัน และเป็นหน้าที่สำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ต้องช่วยเพื่อให้ผู้พิการได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁾

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2535 กล่าวว่า “คุณภาพชีวิต” ประกอบด้วยคำ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะดี ประจักษ์บุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของ

บุคคล ส่วนองค์การอนามัยโลกระบุว่าคุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานกันระหว่างการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล⁽³⁾ โดยสรุปแล้ว คำว่าคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ด้านความพึงพอใจของแต่ละบุคคลหรือความสุขของบุคคลในภาพรวมของชีวิตในขณะดำเนินชีวิตอยู่ปัจจุบัน

มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ที่ถูกตัดขาเรียกว่า ร้อยละ 87 ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาระดับใต้เข่าจากโรคหลอดเลือด ยังคงสามารถเดินได้เทียบเท่ากับคนผ่าตัดโดยใช้ขาเทียม⁽⁴⁾ เมื่อใช้แบบทดสอบจำเพาะที่ชื่อว่า the prosthetic evaluation questionnaire พบว่าภาพรวมของความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตทั้งในแง่การรับรู้ความสามารถของตนและปฏิกริยาทางด้านจิตสังคมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้⁽⁵⁾ ส่วนผู้ป่วยที่ถูกตัดขาเนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุพบว่าร้อยละ 57 ที่ใช้ขาเทียมนั้นไม่พอใจกับขาเทียมที่ได้รับเนื่องจากมีผลกดทับ และปวดที่ตอขา⁽⁶⁾ อนึ่ง การใช้แบบสอบถาม (prosthesis evaluation questionnaire) ที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียม พบว่าความพึงพอใจชีวิตนั้นอยู่ระดับกลาง ซึ่งแบบสอบถามนี้ให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกับการใช้แบบสอบถาม short form-36⁽⁷⁾ เมื่อเปรียบเทียบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ที่ถูกตัดขาในเขตเมืองเทียบกับเขตชนบทในประเทศแคนาดาที่ถูกตัดขาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิต⁽⁸⁾

จากการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อกาย จิต สังคม หลังจากที่ถูกตัดขาในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าความสามารถทยอยลงในช่วงหนึ่งปีแรกหลังผ่าตัด โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ ระดับของขาที่ถูกตัด ความสมบูรณ์ของตอขา ความเจ็บปวดและโรคประจำตัว⁽⁹⁾ เมื่อใช้แบบสอบถาม The Trinity amputation and prosthesis experience scales (TAPES)⁽¹⁰⁾ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมไม่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุ เพศ ระดับการตัดขา และสาเหตุการตัดขา แต่คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันในแง่ของระยะเวลาที่ได้ใส่ขาเทียม ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียอวัยวะจากการบาดเจ็บในประเทศจีนโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปของ จาง จิ่งผิง พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความพึงพอใจด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านอัตมโนทัศน์และสุขภาพและการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ⁽¹¹⁾

ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขาโดยใช้แบบสอบถามทั่วไปของชาน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในแง่ของสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะ

เวลาที่สูญเสียไป และโรคประจำตัว⁽¹²⁾ อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า อาชีพ รายได้รวมของครอบครัว การเห็นคุณค่าของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนด้านวัตถุ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกาย ภายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตปริมณฑลและกรุงเทพมหานคร⁽¹³⁾ จะเห็นได้ว่ายังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาก่อน ซึ่งเป็นตัวแทนของสังคมเกษตรกรรม มีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากภาคอื่นและเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลักที่มารับบริการจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าและได้เข้าโดยใช้แบบสอบถาม WHOQOL BREF-THAI และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาระดับเหนือเข่า (trans-femoral amputation) หรือใต้เข่า (trans-tibial amputation) ข้างใดข้างหนึ่ง ที่มารับการบริการ ณ หน่วยกายอุปกรณ์เสริมและเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2550 - มีนาคม 2551 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน ทั้งนี้จากศึกษานำร่อง และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ควรมีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 50 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- ได้ใช้ขาเทียมไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
- อายุ 15 - 65 ปี
- ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- มีภาวะที่มีผลต่อการเรียนรู้และความทรงจำ

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 22 ข้อ และข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต 26 ข้อ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF-THAI)

ขั้นตอนการวิจัย

- อธิบายการตอบแบบสอบถาม และให้คำยืนยันในการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการให้ข้อมูล
- ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิอย่างอิสระที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ไม่ต้องการตอบก็ได้ ถ้ามีข้อสงสัยซักถามได้ ถ้ามีผู้ถามโดยอ่านให้ผู้ป่วยฟังเท่านั้น ไม่มีการชี้แจงอันนำไปสู่การ

โน้มน้าวในคำตอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- ข้อมูลทั่วไป นำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต นำเสนอในรูปคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ใช้ T test, one way analysis of variance (ANOVA) และ Post Hoc tests เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้โปรแกรม SPSS version 11.5 ทั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE500404

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละข้อมูลพื้นฐาน โดยกลุ่มผู้ป่วยทั้งสิ้น 50 คน เป็นเพศชายร้อยละ 82 เพศหญิงร้อยละ 18 มีอายุน้อยสุด 17 ปี อายุสูงสุด 65 ปี อายุเฉลี่ย 42.92 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.15) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 34 ร้อยละ 54 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 24 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และร้อยละ 64 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 90 ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ

สาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน คิดเป็นร้อยละ 42 โดยร้อยละ 62 เป็นระดับใต้เข่า โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 68 เป็นข้างขวา ร้อยละ 32 ใช้ขาเทียมเป็นระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี โดยร้อยละ 50 ใช้ขาเทียม 6 - 12 ชั่วโมงต่อวัน (ดูตารางที่ 2) ส่วนข้อมูลด้านเศรษฐกิจพบว่า ร้อยละ 92 และร้อยละ 86 มีรายได้ของตนเองและรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ตามลำดับ แหล่งรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มาจากตนเอง (ร้อยละ 62) และร้อยละ 82 เห็นว่ารายได้ไม่เพียงพอ (ดูตารางที่ 3) ร้อยละ 44 เห็นว่าการป่วยด้วยโรคนี้ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ร้อยละ 36 ไม่ได้ทำงานแล้ว และร้อยละ 54 ใช้ขนส่งมวลชน (ดูตารางที่ 4) ด้านคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านบ่งชี้ว่าคุณภาพชีวิตแต่ละด้านอยู่ระดับกลาง ๆ (ดูตารางที่ 5)

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมคือ อายุ ($p = 0.035$) สาเหตุการตัดขา ($p = 0.024$) และ ความเพียงพอต่อรายได้ ($p = 0.030$) โดยพบว่าผู้ป่วยช่วงอายุ 56-65 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 36-45 ปี ($p = 0.013$) และกลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 46-55 ปีมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 36-45 ปี ($p = 0.015$) ส่วนสาเหตุการตัดขาจากโรคมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ($p = 0.010$) กลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่ารำคาญได้นั้น

เพียงพอมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่ารายนานไม่เพียงพอ ($p = 0.030$) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมคือ รายนานตนเอง ($p = 0.000$) ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยของตนเอง < 5000 บาทต่อเดือนมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยของตนเอง 5000 - 10000 บาทต่อเดือน (ดูตารางที่ 6)

ข้อมูลด้านพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
16-25	7	14
26-35	7	14
36-45	17	34
46-55	6	12
56-65	13	26
เพศ		
ชาย	41	82
หญิง	9	18
โรคประจำตัว		
ไม่มี	32	64
ความดันโลหิตสูง	4	8
โรคหัวใจ	1	2
หอบหืด	1	2
เบาหวาน	6	12
อื่นๆ	6	12
สถานภาพสมรส		
โสด	15	30
คู่	27	54
หย่า/แยก/หม้าย	8	16
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	2
ประถมศึกษา	26	52
มัธยมศึกษา	18	36
อนุปริญญา	4	8
อื่นๆ	1	2
อาชีพ		
รับราชการ	1	2
ค้าขาย	4	8
เกษตรกรรม	12	24
รับจ้าง	11	22
นักเรียน/นักศึกษา	5	10
ไม่ประกอบอาชีพ	14	28
อื่นๆ	3	6
สิทธิพิเศษ		
เบิกได้	3	6
บัตรหลักประกันสุขภาพ	45	90
ประกันสังคม	2	4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลด้านพื้นฐานจำแนกตามอายุ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพการสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ และ สิทธิพิเศษ

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่ถูกตัดขา		
ผิดปกติแต่กำเนิด	4	8
อุบัติเหตุ		
- บนท้องถนน	21	42
- จากการทำงาน	8	16
โรค		
- โรคมะเร็ง	5	10
- โรคเบาหวาน	7	14
- โรคหลอดเลือด	2	4
- โรคอื่นๆ	3	6
ระดับขาที่ถูกตัด		
เหนือเข่า	19	38
ใต้เข่า	31	62
ข้างของขาเทียม		
ซ้าย	16	32
ขวา	34	68
ระยะเวลาที่ได้ใช้ขาเทียม		
6 เดือน - 1 ปี	16	32
1 ปี - 5 ปี	12	24
5 ปี - 10 ปี	12	24
> 10 ปี	10	20
ระยะเวลาที่ได้ใช้ขาเทียมต่อวัน		
< 6 ชม.	3	6
6 - 12 ชม.	25	50
12 - 24 ชม.	22	44
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสุขภาพจำแนกตามสาเหตุ ตัดขา ระดับขา ข้างของขาเทียม ระยะเวลาที่ได้ใช้ขาเทียม ระยะเวลาที่ได้ใช้ขาเทียมต่อวัน		
ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้น้อย (บาท/เดือน)		
< 5000	46	92
5000 - 10000	4	8
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
< 5000	43	86
5000 - 10000	7	14
แหล่งรายได้		
ตนเอง	31	62
คู่ครอง	7	14
อื่นๆ	12	24
ความเพียงพอต่อรายได้		
เพียงพอ	9	18
ไม่เพียงพอ	41	82

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลด้านเศรษฐกิจจำแนกตาม รายได้น้อย รายได้ของครอบครัว แหล่งรายได้ ความเพียงพอต่อรายได้

ข้อมูลด้านสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การคมนาคม		
ขนส่งมวลชน	27	54
รถยนต์ส่วนตัว	19	38
อื่นๆ	4	8
ผลกระทบต่อการทำงาน		
ทำงานปกติ	4	8
ประสิทธิภาพลดลง	22	44
เปลี่ยนอาชีพ	4	8
ยังไม่กลับทำงาน	2	4
ไม่ได้ทำงานแล้ว	18	36

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลด้านสังคมจำแนกตามผลกระทบต่อการทำงาน การคมนาคม

บทวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากประเทศจีน⁽¹¹⁾ และสุริตา กาญจนรังษี⁽¹²⁾ แม้ว่าการศึกษาดังกล่าวใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน การที่คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านร่างกายอยู่ในระดับกลาง ๆ อาจเนื่องจากหาเทียมที่ได้มักมีประสิทธิภาพไม่เท่ากับความจริง ทำให้การทำการกิจกรรมบางอย่างขาดประสิทธิภาพ เช่น การขับรถ การขึ้นลงบันได เป็นต้น ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับกลาง ๆ นั้น ดีกว่าการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าอยู่ในระดับต่ำ⁽¹¹⁾ ทั้งนี้คงเป็นเพราะวัฒนธรรมและค่านิยมในการดำเนินชีวิตของกลุ่มประชากรที่มีเชื้อชาติแตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมพบอยู่ในระดับกลาง ๆ เช่นกัน

คะแนน	ต่ำสุด	สูงสุด	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ร่างกาย	17	28	35	22.82	2.693	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
จิตใจ	15	26	30	20.52	2.922	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
สังคม	3	15	15	9.16	1.963	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
สิ่งแวดล้อม	17	32	40	24.36	3.128	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนนรวม	71	96	130	82.60	7.220	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัย	ค่า p-value				
	คะแนนคุณภาพชีวิต				
	โดยรวม	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม
อายุ	P=0.540	P=0.715	P=0.188	P=0.839	P=0.035*
สถานภาพสมรส	P=0.364	P=0.830	P=0.289	P=0.833	P=0.536
โรคประจำตัว	P=0.404	P=0.104	P=0.414	P=0.825	P=0.078
เพศ	P=0.416	P=0.683	P=0.096	P=0.320	P=0.890
การศึกษา	P=0.317	P=0.132	P=0.704	P=0.854	P=0.471
การประกอบอาชีพ	P=0.169	P=0.328	P=0.841	P=0.785	P=0.062
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)	P=0.730	P=0.915	P=0.696	P=0.000	P=0.670
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)	P=0.554	P=0.186	P=0.222	P=0.050	P=0.765
สิทธิพิเศษ	P=0.383	P=0.223	P=0.088	P=0.328	P=0.358
สาเหตุ	P=0.920	P=0.446	P=0.534	P=0.272	P=0.024**
ระยะเวลาที่ได้เข้าเทียม	P=0.849	P=0.142	P=0.804	P=0.458	P=0.163
ระยะเวลาที่เข้าเทียมต่อวัน	P=0.247	P=0.101	P=0.454	P=0.248	P=0.342
ระดับขา	P=0.354	P=0.084	P=0.147	P=0.937	P=0.128
ข้างขาเทียม	P=0.226	P=0.094	P=0.278	P=0.073	P=0.168
ความพึงพอใจต่อรายได้	P=0.432	P=0.764	P=0.260	P=0.340	P=0.030

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม)

* post Hoc test พบว่าอายุกลุ่มอายุ 56-65 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มอายุ 36-45 ปี ($p = 0.013$) และกลุ่มอายุ 46-55 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มอายุ 36-45 ปี ($p = 0.015$)

** post Hoc test พบว่าสาเหตุการตัดขาจากโรคมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ($p = 0.010$)

อาจเป็นจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมแบบอีสานซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระบบแบบเครือญาติใกล้ชิดกัน ได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และได้รับการดูแลสุขภาพมีสิทธิได้รับยาเทียมฟรีจากสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จบการศึกษาระดับประถม มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และเป็นระดับขาได้เข้า และร้อยละ 92 มีรายได้น้อยกว่า < 5000 บาทต่อเดือน อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะเกือบครึ่งระบุว่าประสิทธิภาพการทำงานลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schroppen⁽⁹⁾ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้รายได้น้อยเพราะหนึ่งในสี่เป็นผู้สูงอายุและการตัดขาจากการเป็นโรค เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 56-65 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 36-45 ปี อาจเป็นเพราะมีครอบครัวช่วยดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุซึ่งมีโรคเรื้อรัง ทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตยังมั่นคง ในขณะที่กลุ่มวัยกลางคนถูกตัดขาจากอุบัติเหตุ เป็นเรื่องไม่คาดฝัน และทำใจยอมรับการสูญเสียได้ลำบาก ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่ารำคาญได้นั้นเพียงพอ มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รู้สึกว่ารำคาญได้ไม่เพียงพอ เพราะเมื่อเขารู้สึกว่ารำคาญได้สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ ย่อมทำให้รับรู้ได้ว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุก ๆ ด้านให้ดียิ่งขึ้นต่อไป เช่น มีการประสานงานระหว่างศัลยแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ตัดขาจากอุบัติเหตุและอายุน้อย ได้รับยาเทียมที่เหมาะสมกับอาชีพโดยเร็ว และสามารถกลับไปประกอบอาชีพและเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัวได้อีกครั้ง

อนึ่ง การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด เพราะผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่มีการศึกษาดำ อาจไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม ทำให้การแปลผลอาจมีความน่าเชื่อถือที่ลดลง นอกจากนี้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้นั้นเป็นแบบทั่วไปซึ่งไม่ได้จำเพาะในกลุ่มคนพิการขาขาดโดยตรง ควรมีการวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดจำเพาะโรคโดยตรง เช่น prosthesis evaluation questionnaire⁽⁷⁾ ซึ่งควรมีการแปลเป็นภาษาไทยก่อนนำมาใช้ และควรทำการศึกษแบบไปข้างหน้า (prospective study) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการได้รับยาเทียมเพื่อให้ผลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

โดยสรุป หลังได้รับยาเทียมกลุ่มผู้พิการขาขาดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ รายได้เพียงพอ และสาเหตุการตัดขา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ รายได้ตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.นพ.วีระชัย ไควสุวรรณ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำการวางแผนการทำการวิจัย คุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์และคุณจรรยาพรธรรมเจริญ หน่วยระบาดวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่ได้เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการคำนวณทางสถิติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ดำรง กิจกุล. การตัดแขนตัดขาและแขนขาเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2526: หน้า 19-31.
2. Bower JH, Michael JW. Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic and rehabilitation principles. 2nd ed. Illinois: Charles C Thomas; 1992.
3. Staquet MJ, Hays R. Quality of life assessment in Clinical trials. 1st ed. New York: Biddles; 2000. p.4-5.
4. Pinzur MS, Gottschalk F, Smith D, Shanfield S, de Andrade R, Osterman H, et al. Function outcome of below knee amputation in peripheral vascular insufficiency; multicenter reviews. Clin Orthop 1993; 286: 247-9.
5. Harness N, Pinzur MS. Health related quality of life in patients with dysvascular transtibial amputation. Clin Orthop 2001; 383: 204-7.
6. Dillingham TR, Pezzin LE, Mackenzie EJ, Burgess AR. Use and satisfaction with prosthetic devices among persons with trauma-related amputations. Am J Phys Med Rehabil 2001; 80: 563-71.
7. Legro MW, Reiber GD, Smith DG, Aguila M, Larsen J, Boone D. Prosthetic Evaluation Questionnaire for Persons with Lower Limb Amputations: Assessing Prosthesis-related quality of life. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 931-8.
8. Meatherall BL, Garrett MR, Kaufert J, Martin BD, Fricke MW, Arneja AS, et al. Disability and quality of life in Canadian aboriginal and Non aboriginal diabetic lower extremity amputees. Arch Phys Med Rehabil 2005; 86: 1594-1601.
9. Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, Vries J, Goeken LN, Eisma WH. Physical, mental and social predictors of functional outcome in unilateral lower limb amputees. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84: 803-10.
10. Gallagher P, MacLachlan M. The trinity amputation and prosthesis experience scales and quality of life in people with lower limb amputation. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 730-6.
11. เจ้า เจริญ. คุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียอวัยวะจากการบาดเจ็บ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
12. สุธิดา กาญจนรังษี. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
13. เฉลิมขวัญ สิงห์หิ, สุภาณี สนธิรัตน์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการทางกายภายในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2548.