

ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก: การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด

นันทิกานต์ แสงทอง* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

สุภาพ อารีเอื้อ** Ph.D. (Nursing)

พิชญ์ประอร ยังเจริญ*** Ph.D. (Nursing)

วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท**** พ.บ. ว.ว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์)

บทคัดย่อ:

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย แบบศึกษาเปรียบเทียบไปข้างหน้า เพื่อศึกษาความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานอกผู้ป่วยในและภายหลังได้รับการผ่าตัด 6 สัปดาห์ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ และแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 95 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดำเนินการวิจัยหลังกลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินความปวด แบบประเมินดัชนีบาร์เทิลเอ็ดแอล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะโพกและข้อเข่าเสื่อม เก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติ ที่ผลการวิจัย พบว่า ความปวดหลังผ่าตัดในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจการเปลี่ยนแปลงความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก รวมทั้งแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดดังกล่าว และควรมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตในระยะยาวนานกว่า 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก ข้อเข่าเสื่อม ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิต

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: suparb.are@mahidol.ac.th

***อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****ศาสตราจารย์คลินิก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 10 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 1 ตุลาคม 2561 วันที่รับบทความ 16 ตุลาคม 2561

Pain, Physical Activity, and Quality of Life among Older Adults with Knee and Hip Conditions: A Comparative Study

Nanthikarn Saengthon* M.N.S. (Gerontological Nursing)

Suparb Aree-Ue** Ph.D. (Nursing)

Phichpraorn Youngcharoen*** Ph.D. (Nursing)

Viroj Kawinwonggowit**** M.D.

Abstract:

The aim of this prospective study was to compare pain, physical activity, and quality of life among older adults undergoing hip and knee surgery between pre- and post-surgery. The ninety-five older adults (aged sixty years old and over) with hip fracture or hip-knee conditions scheduled for surgery and admitted at In-Patient Department, a tertiary care hospital in Bangkok, were invited to participate in this study. The older adults who met inclusion criteria were recruited in this study. The participants were asked to sign an informed consent before they were interviewed by using the Numeric Rating Scale, the Modified Barthel Activities of Daily Index, and the Osteoarthritis of Knee Hip Quality of Life Questionnaire. Data were collected at the admission before surgery, before discharge to home, and the 6-week postoperative follow-up at the outpatient orthopaedic department. Descriptive statistic and paired t-test were performed to analyze the data. The results of this study show that there is a statically significant improvement of pain 6 weeks after surgery compared to before discharge. This improvement was also observed in the quality of life 6 weeks after surgery compared to before surgery. For the physical activity, the difference between 6 weeks before and after surgery was not statistically significant. This study concluded that the findings from this study are beneficial for the healthcare team to understand the changes in pain and quality of life among older adults undergoing knee and hip surgery, and shed light on how to initiate any interventions to promote postoperative physical activity among this population. A long term monitoring change, more than 6-week follow-up, in pain, physical activity, and quality of life is also recommended.

Keywords: Hip fracture, Knee osteoarthritis, Pain, Physical activity, Quality of life

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Gerontological Nursing), Ramathibodi School Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suparb.aree@mahidol.ac.th

***Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Clinic Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received August 10, 2018, Revised October 1, 2018, Accepted October 16, 2018

ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก: การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาข้อเข่าเสื่อมและข้อสะโพกหัก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ และถือเป็นปัญหาใหญ่ในระบบสุขภาพ¹ ในปัจจุบันปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มของสถิติสูงมากขึ้น และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลำบากหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เกิดความปวดเรื้อรังและพร่องความสามารถในการทำกิจกรรม และกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก² โดยเฉพาะเมื่อความรุนแรงของโรคมารุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งการรักษาแบบประคับประคองและการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงข้อสะโพกหรือเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมระยะรุนแรง โดยมีเป้าหมายคือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีการเคลื่อนไหวหรือการมีกิจกรรมได้คงเดิมอย่างรวดเร็วที่สุด³

ในปัจจุบัน การผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพกพบได้บ่อย และคาดว่าจะมีผู้ที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพกมากขึ้นในแต่ละปี และสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁴ ซึ่งในการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วงประมาณ 2-5 วัน ในกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และหลังผ่าตัดในระยะแรก ผู้ป่วยอาจต้องมีการเคลื่อนไหว หรือเดินโดยไม้เท้า (cane) หรือเครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แต่หลังจากผ่าตัดประมาณ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น แพทย์อาจพิจารณาให้ผู้สูงอายุสามารถเดินโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ⁵ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ทั้งปัจจัยภายในผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว คุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ความปวดหลังผ่าตัด ความสามารถในการมีกิจกรรมก่อนผ่าตัด เป็นต้น หรือปัจจัยภายนอก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น⁶

การผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก เป็นการผ่าตัดใหญ่ทางออร์โธปิดิกส์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเคลื่อนไหว รวมไปถึงในระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พบว่า หากผู้ป่วยยังคงมีความปวด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม เกิดภาวะพึ่งพา หรือพร่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะยาว ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี^{7,8} ดังนั้นการประเมินความปวดและความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมในระยะ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงมีความสำคัญเพื่อประเมินปัญหาในระยะฟื้นฟูช่วงแรกและป้องกันปัจจัยที่จะนำไปสู่ปัญหาในระยะยาว และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีการศึกษาในประเด็นเหล่านี้ค่อนข้างน้อยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย โดยพบเพียงการศึกษาหลังผ่าตัดในระยะ 3 ถึง 6 เดือนซึ่งเป็นการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดระยะกลาง (intermediate recovery phase) แต่ยังไม่พบการศึกษาฟื้นฟูในระยะสั้น (short recovery phase) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิต ก่อนผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนป้องกันและบรรเทาความปวดในระยะฟื้นฟู และส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหว รวมไปถึงให้การบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอในระยะฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และหลังได้รับการผ่าตัด 6 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก และหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) ขององค์การอนามัยโลก⁹ ซึ่งอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพของบุคคลหรือปัญหาสุขภาพ โดยเน้นในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกาย (functioning) และความผิดปกติของร่างกาย (disability) โดยกรอบแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การทำหน้าที่และโครงสร้างของร่างกาย (body function and structure) 2) การทำกิจกรรม (activities) 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (participation) และ 4) ปัจจัยบริบทในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพ (health condition) คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก หลังผ่าตัดจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินหรือเคลื่อนไหว และเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรม จะส่งผลให้มีความปวด ซึ่งหากมีระดับความปวดที่มากจะทำให้ผู้ป่วยลดกิจกรรมในการเคลื่อนไหวลง เพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด ส่งผลให้มีความพร่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพา ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมได้ดังเดิม หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น แบ่งเป็น 4 ลักษณะ¹⁰ คือ 1) การดำเนินชีวิตประจำวันที่กระฉับกระเฉง เป็นกิจกรรมที่ใช้แรงน้อยที่สุด อาจจะต่อเนื่องหรือไม่

ก็ได้ เช่น การเดิน หรือการลุก-นั่ง 2) กิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพ ต้องใช้แรงปานกลาง และออกแรงต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เช่น การวิ่ง ขี่จักรยาน เป็นต้น 3) การออกกำลังกายเพื่อสมรรถภาพทางกาย เป็นกิจกรรมระดับปานกลาง-หนัก และ 4) การฝึกเป็นนักกีฬา ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวัน ถือว่าเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของความสามารถในการทำกิจกรรม หากมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังกล่าว ในระยะแรกในช่วง 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาจทำให้เกิดข้อจำกัดหรือพร่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะยาว และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมาได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบศึกษาเปรียบเทียบไปข้างหน้า (prospective comparative study) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัด ในระยะก่อนกลับบ้านและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก 6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเพื่อผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก ที่หอผู้ป่วยใน และหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์และแผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G-power version 3.1.9.2¹¹ จำนวน 95 ราย โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด ประเมินโดยแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม

**ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก:
การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด**

(Mini-Cog)¹² 3) เข้าใจ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าหรือข้อสะโพกเทียม หรือ ผ่าตัดยึดข้อสะโพกด้วย plate หรือ nail และ 5) ไม่มีการหักของข้อสะโพกร่วมกับกระดูกส่วนอื่นๆ หรือมีกระดูกหักหลายส่วน (multiple fracture) ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่มีปัญหาในการเดิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคพาร์กินสัน หรือผู้ที่มีมะเร็งแพร่กระจายมาที่ข้อสะโพก 2) มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น มีการหลุดของข้อเข่าหรือข้อสะโพก หรือต้องทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไข มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ เป็นต้น ยกเว้นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถรักษาได้ เช่น ภาวะชั้ตภายหลังได้รับการผ่าตัด ภาวะติดเชื้อในระบบปัสสาวะ ภาวะสับสนภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น 3) ผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (re-admission) และ 4) ไม่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์และไม่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog พัฒนาโดยบอร์สันและคณะ¹³ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาพร ตรงสกุลและคณะ¹² มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. โดยมีคะแนนค่าละ 1 คะแนน ส่วนการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่ถูกต้องและครบถ้วน มี 2 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน คือ คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด เครื่องมือนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี¹²

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และจากเวชระเบียน แบ่งเป็นข้อคำถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะงานที่ทำ รายได้และความเพียงพอของรายได้ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการหกล้มหรือการได้รับบาดเจ็บของข้อเข่า ลักษณะท่างานที่ปฏิบัติเป็นประจำ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัดที่ได้รับ ยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด อุปกรณ์ช่วยที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ภาวะแทรกซ้อน/ปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการจัดการในระหว่างเข้ารับการรักษา และยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับในวันจำหน่ายกลับบ้าน

2. แบบประเมินความปวด (Numeric Rating Scale) ใช้ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือนี้สร้างโดยพาเชอโรและเมคาเฟอร์¹⁴ เป็นมาตรวัดความปวดแบบเป็นตัวเลข ประเมินโดยสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยถึงระดับความปวดที่ตรงกับตนเองมากที่สุด มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง มีระดับความปวดที่มาก คะแนนน้อย หมายถึง มีระดับความปวดที่น้อย และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความปวดคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 32 ราย ประเมินความปวดจำนวน 3 ครั้ง พบว่า มีความเที่ยงในการวัดซ้ำเท่ากับ .90 และหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) และแบบประเมินความปวดแบบเส้นตรง (Visual Analog Scale) ได้เท่ากับ .74¹⁵

3. แบบประเมินดัชนีบาร์เทลเอ็ดดัล (Modified Barthel Activities of Daily Index: MBI) ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก โดยแบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงจากแบบประเมินดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) ของมาโฮเน่ และบาร์เทล ในปี 1965 โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ¹⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพกบางคนไม่มีกิจกรรมการขึ้นลงบันได จึงไม่สามารถประเมินกิจกรรมการขึ้นลงบันไดของผู้ป่วยได้ทุกคน จึงเหลือกิจกรรมในการประเมิน 9 กิจกรรม¹⁷ คะแนนรวมจึงเป็นตั้งแต่ 0-18 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมดีและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมไม่ดีและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้น้อย คุณภาพเครื่องมือ หลังตัดกิจกรรมการขึ้น-ลงบันไดออก ได้มีการนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .78 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .83

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโรคสะโพกและข้อเข่าเสื่อม (The OsteoArthritis of Hip Knee Quality of Life Questionnaire) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาโดยแรทและคณะ¹⁸ ประกอบด้วย คำถาม 43 ข้อ มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ความปวด สุขภาพจิต กิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และอีก 3 ข้อ คำถามที่เฉพาะเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคู่สมรส การมีเพศสัมพันธ์ และการจ้างงาน โดยมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบในแต่ละข้อมีคะแนน

รวมตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนรายด้านและโดยรวมนำมาคำนวณเป็นคะแนนมาตรฐาน 100 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนมาก หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เครื่องมือนี้ ต้นฉบับเป็นภาษาฝรั่งเศส ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ประชุมทีมผู้ทรงคุณวุฒิ (committee approach) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาฝรั่งเศส 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญตัดสิน 1 ท่าน หลังจากนั้น ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบใช้ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ราย หาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/145 และได้รับอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย 3 ด้าน คือ ความเสี่ยง ประโยชน์หรือผลเสีย และการรักษาความลับ โดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้เมื่อรู้สึกคับข้องใจหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล โดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ และไม่มีผลกับแผนการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล

ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก: การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด

ขั้นตอนและวิธีในการเก็บข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ภายหลังจากได้รับการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยประชุมร่วมกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ความหมายของข้อคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ และวิธีในการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล โดยละเอียด โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก อย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการตรวจสอบรายชื่อผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าหรือข้อสะโพก จากสมุดบันทึกการเข้านอนโรงพยาบาลและเวชระเบียนของผู้ป่วย 2) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยและสิทธิในการตัดสินใจ 3) ประเมินภาวะพร้อมการรู้คิด ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรู้คิดเป็นปกติ ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตในวันที่กลุ่มตัวอย่างเข้านอนในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ในวันจำหน่ายกลับบ้าน สัมภาษณ์ความปวดและครั้งที่ 3 สัมภาษณ์ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย และวิเคราะห์ความแตกต่างของความ

ปวดระหว่างก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov test พบว่าคะแนนความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิต เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 95 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 13.70) และเพศหญิงจำนวน 82 ราย (ร้อยละ 86.30) มีอายุตั้งแต่ 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 70.66 ปี (SD = 6.93) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ($BMI \geq 23 \text{ kgs/m}^2$) (ร้อยละ 89.47) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวโดยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 73.68) และส่วนใหญ่มียาที่รับประทานเป็นประจำมากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 88.42) เช่น ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 81 ราย (ร้อยละ 85.26) และผ่าตัดกระดูกสะโพกจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 14.74) ภายหลังจากการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาบรรเทาอาการปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยได้รับยาแก้ปวดแบบเป็นครั้งคราวเวลาปวดมากที่สุด (ร้อยละ 71.58) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับยาแก้ปวดกลับบ้าน (ร้อยละ 100) และพบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และภาวะช็อคภายหลังการผ่าตัด จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 7.37)

สำหรับความปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความปวดหลังผ่าตัดในระยะก่อนกลับบ้านเท่ากับ 4.37 คะแนน (SD = 2.08) และมีคะแนนเฉลี่ยของความปวดหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์เท่ากับ 3.78 คะแนน (SD = 2.14) ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่า ก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 15.87 คะแนน (SD = 2.83) และหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 15.92 คะแนน (SD = 1.36) สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.73 คะแนน (SD = 12.35) ส่วนภายหลังได้รับการผ่าตัด 6 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.70 คะแนน (SD = 9.39)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกและข้อเข่าก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ (N = 95)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		t	p-value
	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์		
ความสามารถในการทำกิจกรรม				
-การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	1.98 (0.14)	1.99 (0.10)	-1.00	0.32
-ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0.99 (0.10)	1.00 (0.00)	-1.00	0.32
-ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้	2.39 (0.73)	2.32 (0.49)	0.81	0.42
-การใช้ห้องสุขา	1.81 (0.49)	1.92 (0.28)	-2.42	0.02
-การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือภายในบ้าน	2.41 (0.77)	2.09 (0.29)	4.04	< .001
-การสวมใส่เสื้อผ้า	1.85 (0.46)	1.96 (0.20)	-2.57	0.01
-การอาบน้ำ	0.91 (0.29)	0.99 (0.18)	-2.94	< .001
-การกลั้นและขับถ่ายอุจจาระ	1.85 (0.39)	1.88 (0.35)	-1.75	0.08
-การกลั้นปัสสาวะ	1.68 (0.49)	1.77 (0.42)	-2.37	0.02
-โดยรวมทุกด้าน	15.87 (2.83)	15.92 (1.36)	-0.18	0.86

paired t-test พบว่า ระดับความปวดหลังผ่าตัดในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านแตกต่างจากระยะหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะก่อนและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมด้านการใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ และการกลั้นปัสสาวะ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านการทำกิจกรรมและด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก:
การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกและข้อเข่าก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ (N = 95) (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		t	p-value
	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์		
คุณภาพชีวิต				
-กิจกรรมทางกาย	41.89 (17.39)	41.90 (11.88)	-0.00	1.00
-สุขภาพจิต	62.53 (17.00)	63.91 (12.91)	-0.79	0.43
-ความปวด	52.42 (25.57)	65.53 (17.06)	-5.13	< .001
-การสนับสนุนทางสังคม	74.63 (18.45)	85.11 (10.42)	-6.97	< .001
-กิจกรรมทางสังคม	70.98 (18.13)	74.84 (12.43)	-2.04	0.04
-โดยรวมทุกด้าน	57.73 (12.35)	60.70 (9.39)	2.34	0.02

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าภาวะข้อเข่าเสื่อมและข้อสะโพกหักพบในวัยสูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เป็นตัวช่วยในการสร้างและป้องกันการสูญเสียมวลกระดูก และกระดูกจะมีความบางอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับเพศชาย¹⁹ อีกทั้งจากการเปลี่ยนแปลงในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ทั้งกระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม รวมไปถึงกระดูกหัก โดยข้อกระดูกที่พบปัญหาดังกล่าวได้บ่อยคือ ข้อที่รับน้ำหนักมาก เช่น ข้อสะโพกและข้อเข่า^{20,21} กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ (BMI ≥ 23 kgs/m²) ทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักที่มากขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีท่าทางหรืออิริยาบถที่มีการเสียดสีของข้อเข่าหรือมีแรงกดหรือแบกรับน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้น คือ การขึ้นลงบันไดบ่อยๆ (ร้อยละ 45.26)

การยกของหนัก (ร้อยละ 24.21) นั่งยองๆ หรืองอเข่าเป็นเวลานาน (ร้อยละ 23.16) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดข้อเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าข้อเข่าเสื่อม มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุและการใช้งานของข้อเข่าที่มากเกินไป²² โดยการเสียดสีภายในข้อเท้าทางหรืออิริยาบถต่างๆ ที่มีการงอหรือกดทับของข้อเข่า เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม²³ อีกทั้งข้อเข่าเสื่อมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุและรูปร่างอ้วน²⁴

ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังเท่ากับหรือมากกว่า 1 โรค และส่วนใหญ่มียาที่รับประทานเป็นประจำมากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 88.42) เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดระดับไขมันในเลือด หรือยาในกลุ่มขับปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับข้อสะโพกหัก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มากจากการพลัดตกหกล้ม จากการขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว หรือการทรงตัวที่ไม่มั่นคง จากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย²⁵ รวมไปถึง

การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและรับประทานยาหลายชนิดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม และอาจทำให้เกิดข้อสะโพกหัก โดยความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มนั้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนยาที่มากขึ้นที่ผู้สูงอายุรับประทานในแต่ละวัน โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง กลุ่มยาขับปัสสาวะ ยาที่ออกฤทธิ์ในระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เป็นต้น²⁶

หลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัดแบบเป็นครั้งคราวเมื่อมีอาการปวด (ร้อยละ 71.58) และมีระดับความปวดที่ลดลงภายหลังได้รับยา ทั้งนี้ การผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพกเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางออร์โธปิดิกส์มักเกิดความปวดในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และอีกทั้งยังมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการบริหารยาแก้ปวด ของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์รุนแรงและให้โดยวิธีการฉีดในช่วงวันแรก ๆ หลังผ่าตัด การที่ได้รับยาแก้ปวดที่เพียงพอจะทำให้สามารถบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁷ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงมีความปวดลดลง

ความปวดในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความปวดหลังผ่าตัดในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มของคะแนนความปวดที่ลดลงเนื่องจากในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งอยู่ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างยังคงมีแผลผ่าตัด และมีการบวมบริเวณข้อเข่าหรือบริเวณสะโพกที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้ความปวดในระยะนี้สูงกว่าในระยะหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ที่มีการบาดเจ็บ

ของเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัดลดลง แผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างหายสนิท²⁸ รวมไปถึงการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่เพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีแนวโน้มของระดับความปวดที่ลดลง และระดับความปวดลดลงมากขึ้น หลังจากได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นเวลา 3 เดือน และ 12 เดือน²⁹ ส่วนผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพกมีรูปแบบความปวดเช่นเดียวกับผ่าตัดข้อเข่า โดยจากการศึกษาพบว่า ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่ดีขึ้น³⁰

จากการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องความปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ พบว่าความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรกเป็นปัจจัยทำนายความปวดในระยะยาว โดยจากการศึกษา พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับมาก และไม่ได้รับการบรรเทาอาการปวดภายหลังการผ่าตัด ในช่วงสัปดาห์แรกที่เพียงพอ มีโอกาสเกิดความปวดในระยะยาวสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวดเพียงเล็กน้อย สูงถึง 3-10 เท่า^{31,32} ดังนั้น การได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสมและเพียงพอหลังการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดปัจจัยที่นำไปสู่ความปวดในระยะยาว

ความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ อยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปเก้าอี้ และการเคลื่อนที่ภายในห้อง คือ มีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนผ่าตัด อาจเนื่องมาจากภายหลังการผ่าตัดในระยะแรก กลุ่มตัวอย่างยังคงมีแผลผ่าตัด หรือมีความปวด และยังใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน หรือยังต้องการความช่วยเหลือในการพุงเมื่อลุกขึ้น

ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก: การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด

หรืออาจมาจากปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการมีโรคร่วมต่าง ๆ หรือบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จึงต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้การฟื้นหายเป็นไปได้ช้า³³ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพก พบว่า มีความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดข้อสะโพก 6 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนได้รับการผ่าตัด ($p < .01$)¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่า ภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์นั้น ผู้ป่วยยังคงมีข้อจำกัดในการทำงานของร่างกาย แต่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นตามลำดับหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน²⁹ แต่ในบางการศึกษา ยังพบว่ามีข้อจำกัด โดยในผู้ป่วยสูงอายุข้อสะโพกหัก พบว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดั้งเดิม และร้อยละ 25 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง³⁴ ดังนั้น การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีความสำคัญในการช่วยประเมินปัญหา วางแผนในการส่งเสริมในด้านการทำกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสามารถและลดความบกพร่องในด้านการทำกิจกรรมที่อาจเกิดขึ้น

คุณภาพชีวิตในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

คุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ เนื่องจากก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างยังคงมีปัญหาข้อเข่าหรือข้อสะโพกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ยังคงมีความปวดและมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีข้อสะโพกหักของทัศนีย์ มีประเสริฐ³⁵ พบว่า เมื่อเกิดภาวะข้อสะโพกหักทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมีกิจกรรมได้ดั้งเดิม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา เช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม พบว่า ข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดใน

การเคลื่อนไหว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติเกิดภาวะพึ่งพาอาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง³⁶ อีกทั้งความปวดยังส่งผลต่อด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดความเครียด หรืออาจส่งผลต่อความอยากอาหารนอนไม่หลับและอาจทำให้การฟื้นตัวเป็นไปได้ช้า แต่เมื่อปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวลดลง แนวโน้มของความปวดลดลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปะปาโคสิตู และคณะ²⁹ ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับการผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ มีประเสริฐ³⁵ ที่ศึกษาในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุข้อสะโพกหัก จำนวน 36 ราย พบว่า ภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังคงมีความปวดภายหลังการผ่าตัดและยังคงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้สร้างความตระหนักในการประเมินความปวดความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับการผ่าตัดแก่บุคลากรทางการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพยาบาลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด หรือ จัดโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัด หรือ จัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น ๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการนำความรู้ โดยเฉพาะการจัดการความปวดและส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนขณะนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพร้อมความสามารถในการทำกิจกรรมภายหลังการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องปัจจัยทางจิตสังคม ความสามารถทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาข้อสะโพกและข้อเข่า: การศึกษาภาคตัดขวาง ได้รับทุนอุดหนุนการทำวิจัยของอาจารย์พยาบาลจากเงินอุดหนุนทั่วไปในโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม ประจำปีพ.ศ. 2559 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Singh JA. Epidemiology of knee and hip arthroplasty: a systematic review. Open Orthop J [Internet]. 2011 (cited 2016 May 2);5:80-5.
2. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. Clin Geriatr Med. 2010;26(3):355-69.
3. Moore TJ, Gottschalk MB. Hip fracture. In: Lubin MF, Dodson TF, Winawer HN, editors. Medical management of the surgical patient. New York: Cambridge University Press; 2013. p.724-26.
4. Maradit KH, Larson DR, Crowson CS, Kremers WK, Washington RE, Steiner C, et al. Prevalence of total hip and knee replacement in the United States. J Bone Joint Surg Am. 2015;97(17):1386-97.
5. Rynder SD, Hart JA. Orthopaedics for physician assistants. 1st ed. Philadelphia, PA: Elseiver/Saunders; 2013.
6. Sveinsdottir H, Skuladottir H. Postoperative psychological distress in patients having total hip or knee replacement: an exploratory panel study. Orthop Nurs. 2012;31(5):302-11.
7. Bade MJ, Kohrt WM, Stevens-Lapsley JE. Outcomes before and after total knee arthroplasty compared to healthy adults. J Orthop Sports Phys Ther. 2010;40(9):559-67.
8. Khamwong W, Nusawad J, Pratanworapanya W, Siripanya J. Factors relating to quality of life of elderly. Journal of Health Science Research. 2010;5(2):32-40. (in Thai)
9. World Health Organization. International classification of functioning, disability, and health; 2001 [cited 2016 Jun 16]. Available from World Health Organization Website: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
10. Purakom A, Tanomsuk M, Pupanead S, Chanyaem C, Setthasirichot P. Physical activity guidelines for older adults. Nakhorn Prathom: Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus; 2013. (in Thai)
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Beh Res Methods. 2009;41:1149-60.
12. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int. 2015;15(5):594-600.
13. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1451-4.
14. Pasero C, McCaffery M, Gordon DB. Build institutional commitment to improving pain management. Nurs Manage. 1999;30(1):27-34.
15. Mawdstly RH, Moran KA, Conniff LA. Reliability of two commonly used pain scales with elderly patients. J of Geriatr Phys Ther. 2002;25(3):16-20.
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97-101.

**ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก:
การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด**

17. Tamsat A, Aree-Ue S, Leelacharas S. Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery. *Journal of the Police Nurses*. 2015;7(1):64–82.
18. Rat AC, Pouchot J, Coste J, Baumann C, Spitz E, Retel-Rude N, Guillemin F. Development and testing of a specific quality-of-life questionnaire for knee and hip osteoarthritis: OAKHQOL (OsteoArthritis of Hip Knee Quality Of Life). *Joint Bone Spine*. 2006;73(6):697–704.
19. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, Resnick B. *Essentials of clinical geriatrics*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
20. Visitsakul S. Nursing care of the patient with osteoarthritis knee by supportive treatment. *Journal of Thai Orthopaedic Nurses' Society*. 2012;17(1):4–13. (in Thai)
21. U.S. National Library of Medicine. Aging change in the bones–muscles–joint; 2016 [cited 2016 May 9]. Available from United States National Library of Medicine Website: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004015.htm>.
22. Kwok CK, Hwang YG. Osteoarthritis. In: Williams BA, Chang A, editors. *Current diagnosis and treatment*. Singapore: McGraw-Hill Education; 2014. p.159–68.
23. Haq SA, Davatchi F. Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. *Int J Rheum Dis*. 2011;14(2):122–9.
24. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: part II. *Arthritis Rheum*. 2008;58(1):26–35.
25. Metzger PC, Lombardi M. Orthopedic trauma. In: Kuuffman TL, Scott R, Barr JO, Moran ML, Wolf SL, editors. *A comprehensive guide to geriatric rehabilitation*. China: Elsevier; 2014. p.171–7.
26. Esktam AK, Elmstahi S. Do fall-risk-increasing drugs have an impact on mortality in older hip fracture patients? A population-based cohort study. *Clin Interv Aging*. 2016;11:489–96.
27. Thai Association for the Study of Pain. Clinical guideline for acute pain management. Bangkok; 2009. (in Thai)
28. Thienthong S. *Acute pain management*. Khonkaen: Khonkaen University Press; 2005. (in Thai)
29. Papakostidou I, Dailiana ZH, Papapolychroniou T, Liaropoulos L, Zintzaras E, Karachalios TS, et al. Factors affecting the quality of life after total knee arthroplasties: a prospective study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13(1):1–9.
30. Dailiana ZH, Papakostidou I, Varitimidis S, Liaropoulos L, Zintzaras E, Karachalios T, et al. Patient-reported quality of life after primary major joint arthroplasty: a prospective comparison of hip and knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015;16(1):1–8.
31. Puolakka PA, Rorarius MG, Roviola M, Poulakka TJ, Nordhausen K, Lindgren L. Persistent pain following knee arthroplasty. *Eur J Anaesthesiol*. 2010;27(5):455–460.
32. Veal FC, Bereznicki LR, Thompson AJ, Perterson GM, Orlikowski C. Sub-acute pain as a predictor of long-term pain following orthopedic surgery: an Australian prospective 12 month observation cohort study. *Medicine*. 2015;94(36):1–6.
33. Ganz SB, Peterson MG, Russo PW, Guccione A. Functional recovery after hip fracture in the sub-acute setting. *HSS J*. 2007;3(1):50–57.
34. Givens JL, Sanft TB, Marcantonio ER. Functional recovery after hip fracture: the combined effect of depressive symptoms, cognitive impairment, and delirium. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(6):1075–9.
35. Meeprasert T. Quality of life at preoperative and postoperative period of hip surgery in older patients with hip fracture [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2007.
36. Nüesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, Jüni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 2011;342:1–8.