

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์

Predicting factors of health - related quality of life among patients with gout

นิภัทรา เศรษฐจันทร์* ตะวัน แสงสุวรรณ* และวินัฐ ดวงแสนจันทร์**

Niphatra Setthajan,* Tawan Sangsuwan,* and Winut Duangsanjun**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

**School of Nursing, University of Phayao

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 คน คัดเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83, 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Beta = -.490) สุขภาพจิต (Beta = -.175) และเพศ (Beta = .111) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ร้อยละ 41.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ป่วย, โรคเกาต์

Abstract

This predictive research aimed to examine factors predicting health-related quality of life among patients with gout. A sample of 405 patients was selected through stratified random sampling. Data were collected using the questionnaires, including the short form health survey 36 (SF-36) Thai version, the Thai version of health assessment questionnaire, and the Thai version of general health questionnaire (Thai GHQ-28). The Cronbach's alpha coefficients were 0.83, 0.80, and 0.86 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that predicting

ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author E-mail: winut.du@up.ac.th

วันที่รับบทความ: 29 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ: 12 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ: 7 กรกฎาคม 2567

factors of health-related quality of life among patients with gout were the activity of daily living (Beta = -.490), mental health (Beta = -.175), and gender (Beta = .111). These factors could explain 41.4 percent of the variance in health-related quality of life among patients with gout at $p < .05$.

Keywords: Predicting Factors, Health - Related Quality of Life, Patients, Gout

ความสำคัญของปัญหา

โรคเกาต์เป็นปัญหาทางสาธารณสุข สถิติผู้ป่วยโรคเกาต์ในสหราชอาณาจักรพบความชุกของผู้ป่วยโรคเกาต์วัยผู้ใหญ่คิดเป็น ร้อยละ 2.5 (Chandratre et al., 2018) สำหรับประเทศไทย พบความชุกของผู้ใหญ่ที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูง ร้อยละ 30.9 (Suwanchatchai et al., 2024) โรคเกาต์เป็นโรคข้อชนิดหนึ่งที่เกิดกับข้อใดข้อหนึ่งอย่างรุนแรง ซึ่งเกิดจากการมีกรดยูริกในเลือดสูง โดยในเพศชายจะมีระดับกรดยูริกในเลือดมากกว่า 7.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเพศหญิง 6.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงเกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกร่างกาย (Wu et al., 2023) ในปัจจุบันสมาคมโรคข้อแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำการรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาซึ่งทำให้อาการอักเสบของข้อและระดับกรดยูริกลดลง แต่ก็ยังคงมีการกำเริบอักเสบของข้อเป็นระยะเนื่องจากการเกิดกระบวนการอักเสบของข้อหรือเนื้อเยื่อรอบข้อซ้ำ ๆ จากการสะสมของผลึกเกลือในเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ข้อทำให้เกิดปุ่มโทฟัส (tophus) ตามมา จึงจำเป็นต้องรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยาาร่วมด้วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเกาต์ และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษาให้ดียิ่งขึ้น หากไม่สามารถควบคุมระดับกรดยูริกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อลดลง ซึ่งในระยะยาวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของข้อ เกิดความพิการผิดรูปของข้อที่ไม่สามารถกลับคืนได้ (Pillinger & Mandell, 2020) โรคเกาต์

มีการดำเนินของข้ออยู่หลายปีผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับการดำเนินของโรค นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Fu et al., 2018) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์จึงไม่ควรมุ่งเน้นแค่การรักษาเพียงอย่างเดียวแต่ควรคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย หรือได้รับการรักษาของผู้ป่วยด้วย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ware และ Sherbourne (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อได้เต็มที่เมื่อมีอาการปวดข้อและทำให้ประสิทธิภาพการทำงานรูปร่างกายลดลง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิต ในการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Fu et al., 2018) ส่วนด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเกาต์ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้ตามปกติ

มีปัญหาในการเข้าถึงสังคม และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เสียเวลาในการรักษาพยาบาลทำให้เกิดการขาดงาน ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจ และด้านการรับรู้สุขภาพและคุณภาพ โดยทั่วไป ในผู้ป่วยโรคเกาต์เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีลักษณะจำเพาะคือ มีการอักเสบของข้อเป็นพัก ๆ จนรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งคุกคามและรบกวนต่อชีวิตเป็นอย่างมาก (Dowell et al., 2017) ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคเกาต์อยู่ในระดับต่ำ (ปวีณา อ่วมตานี และชนกพร จิตปัญญา, 2563)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัญหาสุขภาพจิต (Watson et al., 2023) เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chandratre et al., 2018) สำหรับประเทศไทยการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเกาต์ยังมีจำกัด พบว่า อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ และคุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ (ปวีณา อ่วมตานี และชนกพร จิตปัญญา, 2563) นอกจากนี้การศึกษาโดยเฉลิมชัย ดีสระวินิจ (2566) พบว่า อาการปวด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการทำหน้าที่ และอายุ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ ร้อยละ 60.50 อย่างไรก็ตาม อาจจะมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน พัฒนากิจกรรมการพยาบาล อีกทั้งพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเกาต์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

โรคเกาต์ ในจังหวัดนครราชสีมา

2. ศึกษาความสามารถของเพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเกาต์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพจิตในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพจิตสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ Ware และ Sherbourn (1992) โดยเป็นการพิจารณาปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเกาต์ ประกอบด้วย อายุ และเพศ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการสะสมการสะสมของกรดยูริกเพิ่มขึ้น (Watson et al., 2023) เพศชายจะมีการสะสมของกรดยูริกมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงจะมีการสะสมของกรดยูริกมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ระดับการศึกษา โดยผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะทำให้ไม่สามารถหาวิธีในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ดัชนีมวลกาย หากมีระดับดัชนีมวลกายเกินจะทำให้มีการสะสมกรดยูริกเพิ่มขึ้น มีการขับออกของกรดยูริกลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ระยะเวลาที่เป็นโรคเกาต์ หากเจ็บป่วยนานจะนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพ และหากมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Chandratre et al., 2018) รวมถึงการมีสุขภาพจิต (Watson et al., 2023) อาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ระบุว่า ในปี 2562 มีผู้ป่วยจำนวน 8,576 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 405 คน จำนวน 4 โรงพยาบาล คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie และ Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 405 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ผู้วิจัยสุ่มอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4 อำเภอ จาก 32 อำเภอ โดยวิธีการจับฉลาก ได้แก่ อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอปักธงชัย อำเภอด่านขุนทด และอำเภอพิมาย กำหนดสัดส่วนที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเกาต์ในแต่ละโรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลด่านขุนทด และโรงพยาบาลพิมาย ประชากรจำนวน 366, 335, 322, และ 320 คน ตามลำดับ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 111, 100, 97, 97 คน ตามลำดับ และใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่เพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันฉบับภาษาไทย (Thai version of Health Assessment Questionnaire) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของ มนาธิป โอสิริ (Osiri et al.,

2009) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 8 หัวข้อ ได้แก่ การแต่งตัว การลุกขึ้น การรับประทานอาหาร การเดิน การทำความสะอาดร่างกาย การเอื้อมหยิบ การจับ กำ และการทำกิจกรรมอื่น ๆ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำได้อย่างสบาย ให้ 0 คะแนน ทำได้ลำบากเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน ทำได้ลำบากมาก ให้ 2 คะแนน ทำไม่ได้เลย ให้ 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนสูงแสดงว่ามีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ซึ่งพัฒนามาจาก General Health Questionnaire โดย Goldberg (1972) มีข้อคำถาม 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาการทางกาย 2) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ 3) ความบกพร่องทางสังคม และ 4) อาการซึมเศร้าที่รุนแรง แบบสอบถามนี้จะถามถึงสภาวะสุขภาพในระยะ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ดีกว่าปกติ เหมือนปกติ แย่กว่าปกติ แย่กว่าปกติมาก คิดคะแนนแบบ GHQ Scoring (0-0-1-1) มีคะแนนรวม 28 คะแนน การแปลผล โดยคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ (ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ, 2539)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (The Short Form Health Survey-36) ภาษาไทยฉบับแปลใหม่ (SF-36 Thai version) โดยขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของ วชิรี เลอฆานกุล และปราณี มีแต่่ม (2548) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 8 มิติด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อคำถาม ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย 10 ข้อ การจำกัดบทบาทหน้าที่เนื่องจากปัญหาทางกาย 4 ข้อ การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 3 ข้อ ความเจ็บปวด 2 ข้อ สุขภาพจิต 5 ข้อ ความมีชีวิตชีวา 4 ข้อ หน้าที่ทางสังคม 2 ข้อ และการรับรู้สุขภาพ 6 ข้อ โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนตัวเลือกตอบเป็น 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 6 คำตอบให้เลือก การแปลผล นำคะแนนที่ได้แต่ละมิติมา

แปลงคะแนนได้แก่ ข้อ 1, 2, 20, 22, 34, 36 แปลงคะแนนจาก 1, 2, 3, 4, 5 เป็น 100, 75, 50, 25, 0 ตามลำดับ ข้อ 3-12 แปลงคะแนนจาก 1, 2, 3 เป็น 0, 50, 100 ตามลำดับ ข้อ 13-19 แปลงคะแนนจาก 1, 2 เป็น 0, 100 ตามลำดับ ข้อ 21, 23, 26, 27, 30 แปลงคะแนนจาก 1, 2, 3, 4, 5, 6 เป็น 100, 80, 60, 40 20, 0 ตามลำดับ ข้อ 24, 25, 28, 29, 31 แปลงคะแนนจาก 1, 2, 3, 4, 5, 6 เป็น 0, 20, 40, 60, 80, 100 ตามลำดับ ข้อ 32, 33, 35 แปลงคะแนนจาก 1, 2, 3, 4, 5 เป็น 0, 25, 50, 75, 100 ตามลำดับ จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกันแล้วคำนวณโดยสูตร คะแนนรวมแต่ละมิติเท่ากับ ((คะแนนที่ได้จริง - คะแนนต่ำสุด) / (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)) คูณด้วย 100 คะแนนแต่ละมิติจะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนและคะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 0-800 คะแนน การแปลผลคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี ถ้ามากกว่า ร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสุขภาพจิต และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือที่กล่าวได้ว่ามีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามทั้งสามชุด ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามสุขภาพจิต และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน แล้วคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้เท่ากับ 0.80, 0.86, 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารเลขที่ NRPH 040 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 และเอกสารเลขที่ NRPH 029

ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และมีสิทธิ์ที่จะไม่ให้ข้อมูลหรือไม่ตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2566 ดำเนินการโดยผู้วิจัย จำนวน 3 คน และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการใช้แบบสอบถาม หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างภายใต้การสังเกตของผู้วิจัยจนแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในการใช้แบบสอบถาม หลังจากนั้นได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ณ โรงพยาบาลที่สุ่มได้ การเก็บข้อมูลใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์ ที่มีห้องแยกเพื่อความเป็นส่วนตัวใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที ตอบเครื่องมือวิจัยทั้ง 4 ชุด และรับกลับเมื่อผู้ป่วยโรคเกาต์ตอบเสร็จแล้วครบทุกคนในแต่ละโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ตัวแปรของเพศ และระดับการศึกษา ได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่นในการวิเคราะห์ ซึ่งได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องของการแจกแจงปกติของข้อมูลในแต่ละตัวแปรและการมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคู่ตัวแปรอิสระไม่เกิน 0.80 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรต้นคงที่ (homoscedasticity)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้ป่วยโรคเกาต์ เป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 74.56 และ 25.44 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 61.25 ปี (SD = 12.79) ร้อยละ 64.94 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา และสำเร็จการศึกษาสูงกว่า

ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 35.06 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.30 kg/m² (SD = 5.03) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 25.0 kg/m² ร้อยละ 57.53 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเกาต์เฉลี่ย 5.33 ปี (SD = 5.07) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเกาต์น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.20 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 (SD = 0.13) โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การทำกิจกรรมอื่น ๆ เท่ากับ 0.99 (SD = 0.92) และต่ำที่สุดคือ การกินอาหารและการ

ทำครัว เท่ากับ 0.62 (SD = 0.82) จากการคัดกรองสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยโรคเกาต์ ร้อยละ 42.22 มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งได้คะแนน Thai GHQ-28 ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป

2. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติความมีชีวิตชีวาอยู่ในระดับดีมากที่สุดจำนวน 395 คน (ร้อยละ 97.53) (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี และไม่ดียารายมิติและโดยรวม (n = 405)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี		คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเคลื่อนไหวร่างกาย	218	53.83	187	46.17
การจำกัดบทบาทหน้าที่เนื่องจากปัญหาทางกาย	230	56.79	175	43.21
การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	237	58.52	168	41.48
ความเจ็บปวด	315	77.78	90	22.22
สุขภาพจิต	385	95.06	20	4.94
ความมีชีวิตชีวา	395	97.53	10	2.47
หน้าที่ทางสังคม	386	95.31	19	4.69
การรับรู้สุขภาพ	207	51.11	198	48.89
โดยรวม	239	59.01	166	40.99

3. ผลการศึกษาความสามารถของเพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเกาต์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพจิตในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า เพศ (r = -0.18) อายุ (r = -0.23) ระดับการศึกษา (r = -0.12) ดัชนีมวลกาย (r = 0.17) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (r = -0.63) และปัญหา

ด้านสุขภาพจิต (r = -0.52) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปรอิสระด้วยกัน พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 14 คู่ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ -0.50 ถึง 0.69

3.2 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ มี 3 จาก 7 ปัจจัย ได้แก่

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Beta = -.490) สุขภาพจิต (Beta = -.175) และเพศ (Beta = .111) ปัจจัยทั้งสามสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ ร้อยละ 41.4 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (n = 405)

ตัวแปรทำนาย	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	102.934	.720		143.057	<.001
1. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	-.680	.073	-.490	-9.257	<.001
2. สุขภาพจิต	-.259	.078	-.175	-3.327	.001
3. เพศ	-2.024	.699	.111	2.894	.004

R = .647, R² = .418, Adjusted R² = .414, F = 96.113, p < .005

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.25 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ และกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 57.78 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต แนวโน้มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะสูงเนื่องจากสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเกาต์ได้ ทำให้พบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์อยู่ในระดับดี (เฉลิมชัย ดีสระวินิจ, 2566)

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค

เกาต์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเกาต์มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะบริเวณข้อ ร่วมกับสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ เช่น การกินอาหารและการทำครัว เป็นต้น ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เฉลิมชัย ดีสระวินิจ, 2566) **สุขภาพจิต**สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ อธิบายได้ว่า การมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ตนเองว่ามีความสมดุลของชีวิตในทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม ในทางตรงกันข้ามหากมีสุขภาพจิตไม่ดีทำให้ร่างกาย จิตใจถดถอย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงด้วย สอดคล้องกับการ

ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเกาต์ พบว่าภาวะซีมีเคร้ามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Watson et al., 2023) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแบบสอบถามสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตทางจิตทั่วไป อาจทำให้ไม่สามารถระบุปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะเครียด ภาวะซีมีเคร้า เป็นต้น ซึ่งควรได้รับการประเมินเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังพบว่าเพศสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าเพศชายมีการสะสมกรดยูริกมากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงหากอยู่ในช่วงวัยมีประจำเดือนจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งจะสามารถขับกรดยูริกออกจากร่างกายได้ ซึ่งถ้ามีค่ากรดยูริกปกติ ก็จะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

อย่างไรก็ตาม อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์ ไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.25 ปี อาจจะทำให้ความสามารถช่วยเหลือตนเองทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อโรคเกาต์ และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเกาต์ลดลง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ได้

(เฉลิมชัย ดีสระวินิจ, 2566) กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 35.06 ทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูล ข่าวสาร ทำให้มีโอกาสส่งต่อการค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเกาต์ได้ง่าย ส่วน**ดัชนีมวลกาย** ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 25.0 kg/m^2 ร้อยละ 57.53 ซึ่งผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำหนักเกิน จึงอาจไม่ส่งผลต่อระดับยูริกที่สูงขึ้นจึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ และ**ระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์** ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเกาต์จะมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคไม่นาน (น้อยกว่า 5 ปี) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคเกาต์น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.20 แต่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมก็สามารถมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเกาต์ได้โดยส่งเสริมด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านจิตใจโดยการส่งเสริมสุขภาพจิต และควรศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมชัย ดีสระวินิจ. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 6(1), 43-53.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.

- ปวีณา อ่วมตานี และชนกพร จิตปัญญา. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ คุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 24(1), 63-74.
- วัชรวิ เลอฆานกุล และปารณีย์ มีแต่่ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร*, 29(1-2), 69-88.
- Chandratre, P., Mallen, C., Richardson, J., Muller, S., Hider, S., Rome, K., Blagojevic-Bucknall, M., & Roddy, E. (2018). Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 48(1), 61-69.
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.005>
- Dowell, A., Morris, C., Macdonald, L., & Stubbe, M. (2017). "I can't bend it and it hurts like mad": direct observation of gout consultations in routine primary health care. *BMC Family Practice*, 18, 1-11.
- Fu, T., Cao, H., Yin, R., Zhang, L., Zhang, Q., Li, L., Feng, X., & Gu, Z. (2018). Depression and anxiety correlate with disease-related characteristics and quality of life in Chinese patients with gout: a case-control study. *Psychology, Health & Medicine*, 23(4), 400-410.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford University Press.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Osiri, M., Wongchinsri, J., Ukritchon, S., Hanvivadhanakul, P., Kasitanon, N., & Siripaitoon, B. (2009). Comprehensibility, reliability, validity, and responsiveness of the Thai version of the Health Assessment Questionnaire in Thai patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 11(4), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/ar2796>
- Pillinger, M. H., & Mandell, B. F. (2020). Therapeutic approaches in the treatment of gout. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50(3), S24-S30.
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.04.010>
- Suwanchatchai, C., Khuancharee, K., Tanunyutthawongse, C., Wannaiampikul, S., & Haetanurak, P. (2024). Gender-specific differences in prevalence and association of cardio-metabolic parameters and hyperuricemia: A population-based cross-sectional study, Nakhon Nayok, Thailand. *Iranian Journal of Public Health*, 53(6), 1361-1371.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Watson, L., Belcher, J., Nicholls, E., Chandratre, P., Blagojevic-Bucknall, M., Hider, S., Lawton, A. S., Mallen, D. C., Muller, S., Rome, K. & Roddy, E. (2023). Factors associated with change in health-related quality of life in people with gout: A 3-year prospective cohort study in primary care. *Rheumatology*, 62(8), 2748-2756.

<https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac706>

Wu, J., Alhamoud, Y., Lv, S., Feng, F., & Wang, J. (2023). Beneficial properties and mechanisms of natural phytochemicals to combat and prevent hyperuricemia and gout. *Trends in Food Science & Technology*, 138, 355-369.

<https://doi.org/10.1016/j.tifs.2023.06.021>