

## นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่าง  
กลุ่มไม่ผ่าตัดกับกลุ่มผ่าตัด ในคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อในโรงพยาบาล  
ทุติยภูมิ

ณัฐวัฒน์ คุตมาสุนย์, พ.บ., จารุมณท์ ชิโนรโส, พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว,  
ปรีวัฒน์ ทวีกิตกุล, พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์, คณาธิป จิตรภักดี, พ.บ., ว.ว.ออร์โธปิดิกส์, ชื่นฤทัย ยี่เขียน, Ph.D.

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

## ผู้รับผิดชอบบทความ:

จารุมณท์ ชิโนรโส, พ.บ.,

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม

ราชเทวี ณ ศรีราชา

290 ถ.เฉลิมจอมพล ต.ศรีราชา

อ.ศรีราชา จ. ชลบุรี 20110,

ประเทศไทย

Email: jarumon003@gmail.com

Received: November 14, 2024;

Revised: February 11, 2025;

Accepted: March 24, 2025

## บทคัดย่อ

**ที่มา:** โรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต การรักษามีทั้งการไม่ผ่าตัดและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในการรักษาทั้งสองแบบ จะเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัดและผ่าตัด

**แบบวิจัย:** เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

**วัสดุและวิธีการ:** ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ จะได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบวัดคุณภาพชีวิต EQ-5D ฉบับภาษาไทย และ modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์และแสดงผลโดยใช้สถิติแบบบรรยาย และสถิติเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มใช้ Chi-Square test และ T-test

**ผลการศึกษา:** ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งสิ้น 162 ข้อเข่า อายุเฉลี่ย  $70.35 \pm 7.4$  ปี ไม่ผ่าตัดร้อยละ 72.22 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต EQ-5D ฉบับภาษาไทย กลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตดีกว่า ค่าประเมินสุขภาพโดยรวม EQ-VAS (กลุ่มไม่ผ่าตัด  $61.1 \pm 24.3$  vs. กลุ่มผ่าตัด  $72 \pm 23.7$ ,  $p = 0.011$ ) และคุณภาพชีวิต modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย กลุ่มผ่าตัดมีระดับความปวดต่ำกว่า (กลุ่มไม่ผ่าตัด  $17.38 \pm 12.32$  vs. กลุ่มผ่าตัด  $10.13 \pm 13.47$ ,  $p = 0.001$ ) โดยอาการปวดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือปวดขณะขึ้นลงบันไดและปวดขณะเดิน และกลุ่มผ่าตัดมีความสามารถในการใช้งานข้อดีกว่า

**สรุป:** การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด ลดอาการปวดและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าข้อมูลนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมได้

**คำสำคัญ:** โรคข้อเข่าเสื่อม คุณภาพชีวิต EQ-5D ฉบับภาษาไทย Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย

## ORIGINAL ARTICLE

# Comparison of Quality of Life in Elderly Patients with Knee Osteoarthritis Between Non-Surgical and Surgical Groups in an Orthopedic Clinic at a Secondary Hospital

**Natthawat Khuttamasoon, M.D., Jarumon Chinoraso, M.D., FRCFPT, Pariwat Taweekitikul, M.D., Diplomate of Thai Board of Orthopedics, Khanathip Jitpakdee, M.D., Diplomate of Thai Board of Orthopedics, Chuenruthai Yeekian, Ph.D.**

*Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi Province, Thailand*

**Corresponding author :**

Jarumon Chinoraso, M.D.,  
Queen Savang Vadhana  
Memorial Hospital, chonburi  
province, 290 Jerm Jom Phon  
Road, Si Racha,  
Si Racha District, Chon Buri  
20110, Thailand  
Email: jarumon003@gmail.  
com

**Received:** November 14, 2024;

**Revised:** February 11, 2025;

**Accepted:** March 24, 2025

**ABSTRACT**

**Background:** Knee osteoarthritis affects daily activities and quality of life. Treatment options include both non-surgical management and total knee replacement surgery. Comparing the quality of life outcomes between these two approaches will provide useful insights for patient management. This study aim to compare the quality of life of knee osteoarthritis patients undergoing non-surgical treatment versus surgical treatment.

**Design:** A cross-sectional descriptive study

**Methods:** Patients with knee osteoarthritis attending the orthopedic clinic were interviewed using the Thai version of the EQ-5D and the Thai version of the Modified WOMAC Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative statistical methods, including the Chi-Square test and T-test.

**Results:** The study included a total of 162 knee osteoarthritis cases, with an average patient age of  $70.35 \pm 7.4$  years. Of these, 72.22% did not undergo surgery. When comparing quality of life using the Thai version of EQ-5D, the surgical group had a better quality of life, as indicated by the overall health assessment score (EQ-VAS) (non-surgical group:  $61.1 \pm 24.3$  vs. surgical group:  $72 \pm 23.7$ ,  $p = 0.011$ ). Regarding the Thai version of the Modified WOMAC Scale, the surgical group had significantly lower pain levels (non-surgical group:  $17.38 \pm 12.32$  vs. surgical group:  $10.13 \pm 13.47$ ,  $p = 0.001$ ). The most significant differences in pain were observed during stair climbing and walking. Additionally, the surgical group demonstrated better joint functionality.

**Conclusion:** Total knee replacement surgery improves the quality of life of patients compared to the non-surgical group by significantly reducing pain and enhancing daily functional abilities. These findings provide valuable information for healthcare professionals and patients in selecting the most appropriate treatment approach.

**Keywords:** knee osteoarthritis, quality of life, Thai version of EQ-5D, Thai version of modified WOMAC Scale

## บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นภาวะความเสื่อมของกระดูกอ่อนในข้อเข่า ทำให้เกิดการอักเสบปวดข้อ ข้อฝืด และสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยข้อมูลจากปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ความชุกของโรคเป็นร้อยละ 22.9<sup>1</sup> องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าประชาคมโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมกว่าร้อยละ 10.0<sup>2,3</sup> สำหรับประเทศไทย โรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นภาระโรคที่มีความสำคัญอันดับที่ 6<sup>4</sup> จากข้อมูลคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระบุว่ากว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรไทยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

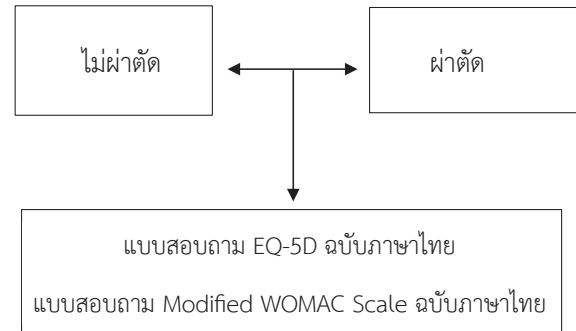
การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มตั้งแต่ การให้ความรู้ผู้ป่วย การออกกำลังกายที่เหมาะสม กายภาพบำบัด การใช้ยาบรรเทาอาการปวด ไปจนถึงการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า มีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาต่าง ๆ มีประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมยังคงเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดและผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ได้แก่ แบบสอบถาม The EuroQoL Group's 5-dimension (EQ-5D) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ แบบสอบถาม Modified Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (Modified WOMAC Scale) ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยสามารถช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ในการเลือกวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญทั้งในแง่ของการเพิ่มพูนองค์ความรู้และการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัดและผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D ฉบับภาษาไทย และ Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย

## กรอบแนวคิด



## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ทำการศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต

## ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากร

ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ

## กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิที่มารับบริการคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่าง 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ขนาดตัวอย่างและการคำนวณ

ขนาดตัวอย่างคำนวณตามสูตรของธอร์นไดค์ (Thron-dike's formula) สูตร คือ  $n \geq 10 (k) + 50$  โดยที่ K = จำนวน factors หรือ predictors ที่จะศึกษาในการวิจัย เช่น อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย โรคร่วม ดัชนีมวลกาย จำนวนข้างที่เป็น ข้างที่เป็น การรักษาผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ระดับความรุนแรงของโรค มี 11

predictors เมื่อแทนค่าในสูตร  $n \geq 10 (11) + 50$  ได้ขนาดตัวอย่าง 160 ราย

#### เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
3. สามารถอ่านออกและเขียนได้
4. ข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ

#### เกณฑ์การคัดออกการวิจัย

1. ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการรักษา
3. ข้อเข่าเสื่อมแบบทุติยภูมิ
4. มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคข้อ เช่น rheumatoid, gout, fibromyalgia, systemic lupus erythematosus (SLE) เป็นต้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### แบบเก็บข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลทั่วไป ดังนี้ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย โรคร่วม ดัชนีมวลกาย จำนวนข้างที่เป็น ข้างที่เป็น และการรักษาผ่าตัดและไม่ผ่าตัด
2. แบบสอบถาม EQ-5D ฉบับภาษาไทย<sup>5</sup> ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความเที่ยงและความตรงเพียงพอนำไปใช้เปรียบเทียบในผู้มีสุขภาพดีหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้<sup>6,7</sup> แบบสอบถามมีลักษณะใช้งานง่าย สามารถตอบด้วยตนเองโดยใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที ใช้ติดตามคุณภาพชีวิตของประชากรหรือผู้ป่วยได้ดี ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน มี 5 คำถาม ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมปกติที่ทำ ปวด/ไม่สุขสบาย และวิตกกังวล/ความซึมเศร้า โดยในแต่ละมิติสุขภาพมีคำถามเพียง 1 ข้อ ระดับของคำตอบในแต่ละมิติสุขภาพมีเพียง 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหาเลย มีปัญหากลาง และมีปัญหาอย่างมาก ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพทางตรง หรือ EQ Visual Analog Scale (EQ-VAS) 1 คำถาม ประกอบไปด้วย คำถามในลักษณะสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่ย่ำแย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง

3. แบบสอบถาม modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทยใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งได้รับการแนะนำในแนวทางปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554 ของราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย<sup>8</sup> และได้รับการยอมรับในการประเมินผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจากราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย<sup>9</sup> โดยมีการประเมิน internal consistency พบว่าค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.85-0.97<sup>10</sup> ประกอบด้วยคำถาม 3 หมวด คือ 1) ระดับความปวด (5 ข้อ) 2) ระดับอาการข้อฝืด (2 ข้อ) 3) ระดับความสามารถในการใช้งานข้อและการทำกิจวัตรประจำวัน (15 ข้อ) มาตรการในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น Visual Analogue Scale ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในคะแนนที่ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่งคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาในข้อคำถามนั้น ส่วนคะแนน 10 หมายถึง มีปัญหามากจนไม่สามารถทนได้ โดยคะแนนที่น้อยบ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การประเมินระดับความรุนแรงของโรคตาม Kellgren – Lawrence grading (KL grading) จากภาพถ่ายรังสีข้อเข่าไม่เกิน 1 ปี ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล และประเมินโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยมีแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อให้คำปรึกษาร่วมด้วย KL grading ได้การยอมรับและใช้เป็นมาตรฐานในระดับสากล Osteoarthritis Research Society International (OARSI) และราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย<sup>8</sup> ในการประเมินความรุนแรง ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับจาก 0 ถึง 4 โดย 0 หมายถึง ภาพถ่ายรังสีไม่ปรากฏลักษณะข้อเข่าเสื่อม 1 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจน ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิกน้อย 2 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนแต่ช่องข้อยังไม่ผิดปกติ 3 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนและช่องข้อแคบลงปานกลาง และ 4 หมายถึง มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจนร่วมกับช่องข้อแคบลงรุนแรง และมีเนื้อกระดูกอ่อนใต้กระดูกข้าง

#### การขอคำยินยอมและการรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ตลอดจนรายละเอียดอื่น ๆ ของการวิจัยตามเอกสารชี้แจง แล้วสอบถามความสมัครใจและยินยอมให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล รวมทั้งลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงได้เริ่มเก็บข้อมูลในครั้งที่มารับการรักษาเลย โดยการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถาม EQ-5D ฉบับภาษาไทย 3) แบบสอบถาม Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย 4) การประเมินความรุนแรง KL grading

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

ข้อมูลที่รวบรวมจะถูกบันทึกลงใน Microsoft excel worksheet และวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป (SPSS for windows version 28) สถิติแบบบรรยาย ข้อมูลที่มีการกระจายตัวแบบปกติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐาน วงเล็บด้วยค่าควอไทล์ที่ 1 และ 3

สถิติเปรียบเทียบข้อมูล มีดังนี้ 1) การเปรียบเทียบข้อมูลแบบต่อเนื่อง ระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ใช้สถิติ Unpaired t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามการกระจายตัวของข้อมูลตามความเหมาะสม 2) สถิติเปรียบเทียบข้อมูลแบบต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test

การวิเคราะห์ปัจจัยใช้ univariate analysis สถิติทำนายผลลัพธ์ข้อมูลแบบต่อเนื่อง ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอย พหุคูณกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566 เลขที่โครงการวิจัย 033/2565

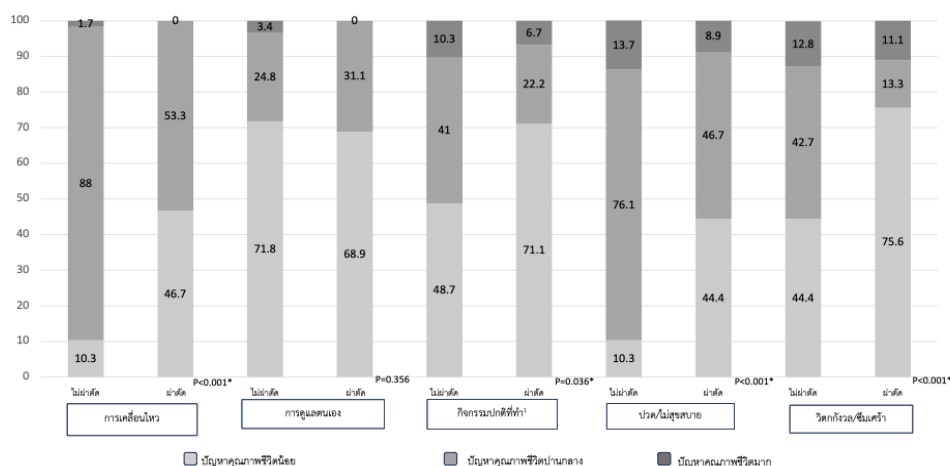
### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีจำนวน 102 คน พบโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งสิ้น 162 ข้อเข่า เพศหญิงร้อยละ 84.0 ไม่ผ่าตัด ร้อยละ 72.2 ระยะเวลาที่ป่วย  $3.5 \pm 0.5$  ปี อายุเฉลี่ย  $70.35 \pm 7.4$  ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $25.64$  กก./ม.<sup>2</sup> จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มไม่ผ่าตัดและกลุ่มผ่าตัดพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนข้างที่เป็นข้างที่เป็น ไม่พบความแตกต่างกัน แต่ดัชนีมวลกาย โรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในโลหิตสูง และระดับความรุนแรง KL grading พบว่ากลุ่มผ่าตัดมีมากกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ (ดัชนีมวลกายเฉลี่ย กลุ่มไม่ผ่าตัด  $25 \pm 4$  กก./ม.<sup>2</sup> vs. กลุ่มผ่าตัด  $26.8 \pm 5.2$  กก./ม.<sup>2</sup>,  $p = 0.035$ ) (โรคร่วม กลุ่มไม่ผ่าตัดร้อยละ 89.0 vs. กลุ่มผ่าตัดร้อยละ 91.1,  $p = 0.015$ ) (ระดับความรุนแรงของโรค KL grading ระดับ 4 กลุ่มไม่ผ่าตัดร้อยละ 38.5 vs. กลุ่มผ่าตัดร้อยละ 71.1,  $p = 0.015$ )

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต EQ-5D ฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 1 (แผนภูมิที่ 1) กลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านการดูแลตนเองที่ไม่มีความแตกต่าง หากมองที่ระดับปัญหาคุณภาพชีวิตที่มาก พบว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดมีลำดับของปัญหาจากมากไปน้อยดังนี้ คือ 1) ความปวด/ไม่สุขสบาย (ร้อยละ 13.7) 2) วิดกกังวล/ซึมเศร้า (ร้อยละ 12.8) 3) กิจกรรมปกติที่ทำ (ร้อยละ 10.3) 4) การเคลื่อนไหว (ร้อยละ 1.7) และส่วนที่ 2 แบบประเมิน EQ-VAS พบว่ากลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเช่นกัน (กลุ่มไม่ผ่าตัด  $61.1 \pm 24.3$  vs. กลุ่มผ่าตัด  $72 \pm 23.7$ ,  $p = 0.011$ )

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้วย modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย (ตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ได้แก่ ด้านระดับความปวด และด้านความสามารถในการใช้งานข้อ แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านระดับข้อฝืดข้อยึด

ด้านระดับความปวดนั้นมีความแตกต่าง (กลุ่มไม่ผ่าตัด  $17.38 \pm 12.32$  vs. กลุ่มผ่าตัด  $10.13 \pm 13.47$ ,  $p = 0.001$ ) โดยปัญหาที่พบและมีนัยสำคัญ เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่



แผนภูมิที่ 1. ร้อยละการมีปัญหาคคุณภาพชีวิต ตาม EQ-5D ฉบับภาษาไทย

ตารางที่ 1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต modified WOMAC scale ฉบับภาษาไทย

| คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม        | ไม่ผ่าตัด<br>(n=117) | ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม<br>(n=45) | P-value  |
|-------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------|
| ระดับปวด                                  | 17.38±12.32          | 10.13±13.47                         | 0.001*   |
| 1. ปวดขณะเดิน                             | 4.2±3.1              | 2.6±3.2                             | 0.004*   |
| 2. ปวดขณะขึ้นลงบันได                      | 5.7±3.2              | 2.6±3.4                             | < 0.001* |
| 3. ปวดข้อตอนกลางคืน                       | 2.8±3.2              | 2.0±3.1                             | 0.168    |
| 4. ปวดข้อขณะอยู่เฉย ๆ                     | 1.6±2.6              | 0.8±2.1                             | 0.061    |
| 5. ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก                  | 3.2±3.2              | 2.2±3.2                             | 0.080    |
| ระดับอาการข้อฝืดข้อยึด                    | 4.92±5.13            | 4.16±6.10                           | 0.420    |
| - ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)             | 2.4±2.8              | 2.2±3.1                             | 0.737    |
| - ข้อฝืดในระหว่างวัน                      | 2.5±2.8              | 1.9±3.2                             | 0.250    |
| ความสามารถในการใช้งานข้อ                  | 47.50±32.92          | 27.09±44.11                         | 0.002*   |
| 1. การลงบันได                             | 5.2±3.1              | 2.6±3.5                             | < 0.001* |
| 2. การขึ้นบันได                           | 5.2±3.2              | 2.6±3.4                             | < 0.001* |
| 3. การลุกขึ้นจากท่านั่ง                   | 3.6±3.1              | 2.2±3.3                             | 0.018*   |
| 4. การยืน                                 | 3.3±3.3              | 1.8±3.2                             | 0.008*   |
| 5. การเดินบนพื้นราบ                       | 3.5±3.1              | 1.6±3.1                             | < 0.001* |
| 6. การขึ้นลงรถยนต์                        | 3.7±3.2              | 2.2±3.3                             | 0.010*   |
| 7. การไปซื้อ ของนอกบ้าน หรือการไปจ่ายตลาด | 3.5±3.5              | 2.1±3.7                             | 0.031*   |
| 8. การใส่กางเกง                           | 2.5±3.0              | 1.7±3.1                             | 0.148    |
| 9. การลุกจากเตียง                         | 2.7±2.9              | 1.6±3.2                             | 0.060    |
| 10. การถอดกางเกง                          | 2.1±2.9              | 1.7±3.0                             | 0.379    |
| 11. การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ               | 1.6±2.4              | 1.2±3.0                             | 0.378    |
| 12. การนั่ง                               | 2.1±2.6              | 1.0±2.7                             | 0.023*   |
| 13. การเข้า-ออกจากส้วม                    | 2.0±2.6              | 1.4±3.2                             | 0.224    |
| 14. การทำงานบ้านหนัก ๆ                    | 4.5±3.9              | 2.3±3.9                             | 0.002*   |
| 15. การทำงานบ้านเบา ๆ                     | 2.2±2.8              | 1.1±2.9                             | 0.044*   |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

หมายเหตุ: การประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีปัญหาเลย ส่วนคะแนน 10 หมายถึงมีปัญหาหนักที่สุด

1) ปวดขณะขึ้นลงบันได 2) ปวดขณะเดิน ซึ่งกลุ่มไม่ผ่าตัด มีคะแนนความปวดที่มากกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างกัน ใน ปวดข้อกลางคืน ปวดขณะอยู่เฉย ๆ และปวดขณะยืนลงน้ำหนัก

ด้านความสามารถในการใช้งานข้อนั้น มีคะแนนเฉลี่ย (กลุ่มไม่ผ่าตัด  $47.5 \pm 32.92$  vs. กลุ่มผ่าตัด  $27.09 \pm 44.11$ ,  $p = 0.02$ ) โดยปัญหาที่พบและมีนัยสำคัญ เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ คือ 1) การลงบันได 2) การขึ้นบันได 3) การทำงานบ้านหนัก ๆ 4) การขึ้นลงรถยนต์ 5) การลุกยืนจากท่านั่ง 6) การไปซื้อของนอกบ้านหรือการไปจ่ายตลาด 7) การเดินบนพื้นราบ 8) การยืน 9) การทำงานบ้านเบา ๆ 10) การนั่ง จากปัญหาดังกล่าวเราพบว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดมีระดับคะแนนของปัญหาที่มากกว่าเช่นกัน

## วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในแทบทุกด้าน สะท้อนถึงประโยชน์ของการผ่าตัดในการลดอาการปวดและช่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มที่ผ่าตัด มีดัชนีมวลกายสูงกว่า มีโรคร่วมมากกว่า ระดับความรุนแรง KL grading ที่มากกว่า ซึ่งอาจแสดงว่ามีความรุนแรงของโรคมมากกว่า แพทย์จึงทำการผ่าตัด และปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่ให้ข้อมูลเปรียบเทียบในเชิงลึกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกวนที่ส่งผลต่อการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มที่ผ่าตัดมีโอกาสดูแล การฟื้นฟูมากกว่า ซึ่งอาจช่วยเสริมคุณภาพชีวิตกลุ่มผ่าตัดให้ดีขึ้น ดังนั้นการแปลผลจึงควรพิจารณาปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย

ส่วนระดับความปวดนั้นเป็นปัญหา最多ในกลุ่มที่ไม่ผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของพิชญ์ ประอร และคณะ<sup>11</sup> และระดับความปวดนั้นลดลงในกลุ่มที่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ

หากพิจารณารายละเอียดด้านระดับความปวด ความปวดขณะขึ้นลงบันไดมากที่สุด รองลงมาคือปวดขณะเดิน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษรา และคณะ<sup>12</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อยลง ความปวดน้อยลง เช่น ขณะอยู่เฉย ๆ ตอนกลางคืน หรือ

ขณะยืนลงน้ำหนัก คะแนนความปวดนั้นน้อยกว่าขณะเคลื่อนไหว และจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบว่าระดับความปวด มีผลต่อคะแนนประเมิน EQ-VAS มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shalhoub et al.<sup>13</sup> ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่จัดการระดับความปวดได้ดี มีคะแนนประเมิน EQ-VAS ที่มากขึ้น

ด้านกิจกรรมปกติที่ทำและด้านความสามารถในการใช้งานข้อ การขึ้นบันได และการลงบันได จะเป็นปัญหา最多 เช่นเดียวกับระดับความปวด จึงกล่าวได้ว่าทั้งสองปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กัน ยังมีการทำกิจวัตรประจำวันใด ๆ มากก็จะมีอาการปวดมาก ส่วนความสามารถในการใช้งานข้อด้านอื่น ๆ การทำงานบ้าน การขึ้นลงรถยนต์ การลุกยืนจากท่านั่ง การไปซื้อของนอกบ้านหรือการไปจ่ายตลาด การเดินบนพื้นราบ การยืน การนั่ง มีปัญหาของผู้ป่วยเช่นกัน และกลุ่มผ่าตัดมีปัญหาน้อยกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Canovas et al.<sup>14</sup> จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัด มีระดับความปวดที่ลดลง ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวดีขึ้น และทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีขึ้นตามมา ดังนั้นการจัดการระดับความปวดนั้นควรเป็นหัวใจหลักของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

ด้านวิตกกังวล/ซึมเศร้า จากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยหลายรายในกลุ่มไม่ผ่าตัด มีความเครียดเรื่องอาการปวด ทำให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ไม่ดี และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากไม่เข้าใจในกระบวนการผ่าตัดและการพักฟื้น แพทย์จึงจำเป็นต้องให้ความรู้ในเรื่องการรักษาด้วยการผ่าตัดให้มากขึ้น และกลุ่มผ่าตัดมีความวิตกกังวล/ซึมเศร้าที่น้อยกว่า เพราะผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ และคณะ<sup>15</sup> อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Canovas et al.<sup>14</sup> ในประเทศสาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน และการวิจัยของ Far II et al.<sup>16</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะความคาดหวังในการรักษาผ่าตัดที่ไม่เหมือนกันและบริบทด้านสังคมที่แตกต่าง สังคมไทยเป็นสังคมครอบครัวขนาดใหญ่ ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัวและชุมชน จึงช่วยฟื้นฟูจิตใจได้ดีกว่า

## จุดแข็งและข้อจำกัดงานวิจัย

จุดแข็งของการศึกษานี้ ได้แก่ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยชัดเจน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และมีตัวชี้วัดที่มีมาตรฐาน ความเที่ยงและความตรงที่เชื่อถือได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย 1) กลุ่มตัวอย่างมาจากคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ อาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งหมดได้ 2) แบบสอบถามการวัดคุณภาพชีวิตอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ จากความเข้าใจของผู้ป่วยที่อายุน้อย เพราะแบบสอบถามนั้นใช้เวลาประมาณ 10 นาที และมีจำนวนหลายข้อ รวมถึงเป็นการให้บริการที่คลินิกแพทย์เฉพาะทาง อาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าต้องมีการบริการและการรักษาที่ดีซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นั้นมีผลต่อการวัดคุณภาพชีวิตด้วย 3) ด้านของความปวด/ไม่สุขสบาย ด้านวิตกกังวล/ซึมเศร้า ระดับการรับรู้และความรู้สึกของแต่ละคนไม่เท่ากัน อาจส่งผลต่อการวัดคุณภาพชีวิตได้

งานวิจัยนี้ไม่ได้เปรียบเทียบก่อนและหลัง รวมถึงไม่ได้วิเคราะห์ โดยกำจัดอิทธิพลตัวแปรที่อาจเป็นตัวแปรกวนได้ การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มเติมการวิเคราะห์ดังกล่าว

## ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มประชากร เช่น คลินิกตรวจโรคทั่วไป และขั้นตอนการตอบแบบสอบถามต้องมีคนอธิบายรายละเอียดอย่างชัดเจนกับผู้ป่วย

## สรุป

ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมกลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดโดยแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D ฉบับภาษาไทย และ Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย

## Highlight

1. การจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในทุกระดับความรุนแรง อาจสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. Modified WOMAC Scale นำใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนข้อได้

3. EQ-5D สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนขอขอบพระคุณ ดร.ชินนุทัย ยี่เขียน ที่สนับสนุนให้คำปรึกษาการเขียนบทความ และขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ให้ความสนับสนุนทุนวิจัย สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine* 2020;29-30:100587. PubMed PMID: 34505846
- Cooper C, Dennison E, Edwards M, Litwic A. Epidemiology of osteoarthritis. *Musculoskeletal* 2013; 35:145-51.
- Pereira D, Peleteiro B, Araújo J, Branco J, Santos RA, Ramos E. The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011;19:1270-85.
- Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkard S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health*. 2011;11:59-62.
- Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M. Reliability and validity of the Thai version of EQ-5D-5L questionnaire on patients with chronic disease [Internet]. Chiang Mai: Chiang Mai University. [cited 2023 Jun 7]. Available from: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/603>
- Sonsa-ardjit, Nontapat and Sakthong, Phantipa (2015) "Reliability and validity of the Thai version of EQ-5D-5L questionnaire on patients with chronic disease," *Chulalongkorn Medical Journal*. 2015;59: 489-501.
- มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การ

- ทดสอบคุณสมบัติการวัดและค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ในประชากรไทย [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2568. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/research/17587>
8. The Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand. Clinical practice guideline of knee osteoarthritis: Bangkok; 2011.
  9. The Royal College of Physiatrists of Thailand. Modified WOMAC Scale for Knee Pain: Bangkok; 2000.
  10. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. Clin Rheumatol. 2007;26:1641-5.
  11. Youngcharoen P, Aree-Ue S, Saengthorn N. Factors influencing quality of life in elderly patients undergoing total knee replacement surgery. Journal of the Polish Nurse. 2019;31:47-60.
  12. Wajajamroen B, Kapol K, Lochid-amnuay S. Quality of life of knee osteoarthritis patients in Nopparat Rajathanee Hospital. Thai J Pharm Prac. 2016;8:230-36.
  13. Shalhoub M, Anaya M, Deek S, Zaben AH, Abdalla MA, Jaber MM, et al. The impact of pain on quality of life in patients with osteoarthritis: a cross-sectional study from Palestine. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23(248). PubMed PMID: 35287651
  14. Canovas F, Dagneaux L. Quality of life after total knee arthroplasty. Orthop Traumatol Surg Res. 2018;104(1S):S41-S46.
  15. Tosanee M, Saowapa I. Quality of life in osteoarthritis patients after total knee replacement. Proceedings of the Annual Nursing Conference, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 2010; July 21-22.
  16. Farr II J, Miller LE, Block JE. Quality of life in patients with knee osteoarthritis: A commentary on nonsurgical and surgical treatments. Open Orthop J. 2013;7:619-23.