

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Predictive factors for lumbar spinal degenerative disorder patients quality of life

King Narai Hospital

(Received: February 26,2021 ; Accepted: March 29,2021)

ภาณุพงศ์ ฉัตรอารีย์กุล, พบ.

Panupong chatareeyagul, MD.

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมจำนวน 107 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรคข้อกระดูกสันหลังที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความปวด แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิต ภาพเอกซเรย์ของกระดูกสันหลัง โดยการรวบรวมข้อมูลจำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ และให้ผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.83) มีจำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพมากกว่าหนึ่งระดับ (ร้อยละ 21.49) อายุเฉลี่ย 62.43 ปี (S.D.=9.91) คะแนนความปวดเฉลี่ย 4.18 (S.D.=1.97) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม 53.04 (S.D.=15.21) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 70.78 (S.D.= 19.85) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และจำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, กระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

Abstract

This research aimed to study predictive factors for lumbar spinal degenerative disorder patients' quality of life, King Narai Hospital. The sample for this study consisted of 107 lumbar spinal degenerative disorder patients receiving care at the orthopedics outpatient department in King Narai Hospital. Tool used as a pain assessment, activity ability and quality of life questionnaire and spine radiographic by collecting data on the number of pathological spinal joints. The data was analysed using the descriptive and multiple regression statistics analysis.

Results: The majority of the participants were female (73.83%) had more than 1 degenerative vertebra (21.49%), with aged averagely 62.43 years (S.D.=9.91), average pain 4.18 (S.D.=1.97) and functional disability levels of 53.04 (S.D.=15.21) and average quality of life score of 70.78 (S.D.= 19.85). The predictive factors for lumbar spinal degenerative disorder patients' quality of life, pain, number of degenerative vertebra and activity ability were statistical significance ($p<0.05$).

Keywords: quality of life, lumbar spinal degenerative disorders

บทนำ

การเสื่อมของกระดูกสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 85 ของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้วประสบปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อยหนึ่งครั้งและเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรักษาและหยุดพักงาน (Fejer R, Ruhe A, 2012) สาเหตุของการเสื่อมของกระดูกสัน

หลัง เกิดจากเนื้อเยื่อบริเวณไขสันหลัง ได้แก่ กล้ามเนื้อ พังผืด เส้นเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลังไว้เกิดการอักเสบ หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (herniated disc) ความเสื่อมของข้อกระดูกสันหลัง (spondylosis) โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ ตำแหน่งกระดูกสันหลังระดับเอว (lumbar) ข้อที่ 4-5 (Hong JH and other, 2015) การรักษาอาการเสื่อมของกระดูกสันหลัง มีจุดประสงค์เพื่อลด

อาการปวดและผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามเดิม หรือมีกิจวัตรประจำวันได้ตามเดิม การรักษาอาการปวดหลังมีหลายวิธี (Sigmundsson FG., 2013) ในรายที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน มักได้รับประทานยาในกลุ่ม NSAID (Non Steroidal Anti Inflammatory Drug) ร่วมกับการพักการใช้งาน จนอาการปวดทุเลาลง สามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามเดิม บางรายอาจมีการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการใช้ยา เพื่อช่วยให้อาการปวดลดลง ในรายที่อาการปวดทุเลาลงแพทย์มักจะแนะนำให้บริหารกล้ามเนื้อหลัง เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำอีก การรักษาโดยการผ่าตัดในรายที่มีอาการปวดนานมากกว่า 6 เดือน และมีอาการของการกดทับเส้นประสาทจนเกิดอาการขาอ่อนแรง และความรู้สึกลดลง มีความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ เป็นต้นทั่วไป (Darzi MT, and other, 2014; Whittle IR, and other, 2012)

จากปัญหาระบบกระดูกและข้อรวมทั้งกระดูกสันหลังเสื่อมส่งผลให้เกิดความปวด เกิดปัญหาการเคลื่อนไหว มีความลำบากในการดำรงชีวิต ลักษณะความปวดที่พบเป็นแบบเรื้อรัง และอาจมีความรุนแรงมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่มีการกดทับไขสันหลังจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในด้านการรับรู้รู้สึก ผู้ป่วยจะมีอาการขาด้านของก้นก้างกล้ามเนื้ออาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง และในผู้ที่มีอาการรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระโดยไม่สามารถควบคุมได้ ด้านระยะทางผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังรุนแรงจะมีความสามารถในการเดินลดลง เดินได้เพียงระยะทางสั้นๆ มีความเร็วในการเดินลดลง โดยเดินอย่างช้าๆ บางครั้งผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเดินไม่ได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการประกอบอาชีพ เกิดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาของผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมมีคุณภาพชีวิตลดลงกว่าคนปกติทั่วไป (Darzi MT, and other, 2014; Whittle IR, and other, 2012; ธีรารัตน เชื่อตาเล็ง และคณะ, 2560)

ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม มาด้วยอาการปวดหลังได้รับการตรวจเฉลี่ยปีละ 984 คน มีจำนวนมากเป็นอันดับสองรองจากอาการข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเหล่านี้ มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 17.4 (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) และยังมีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง เข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยยา การทำกายภาพบำบัด และการตรวจวินิจฉัย สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยต้องทนกับอาการปวดที่เป็น ๆ หาย ๆ จนกลายเป็นอาการเรื้อรัง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบ

มาก รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาหามาตรการและจัดทำแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

วิธีการศึกษาวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ากระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรคออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ากระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรคออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ ตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังระดับเอว ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว เช่น โรคกระดูกสันหลังคด (Scoliosis) โรคโพรงไขสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis) เป็นต้น
3. มีภาพเอกซเรย์ของกระดูกสันหลังเกณฑ์การคัดออก
1. เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังแต่กำเนิด
2. เป็นผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่กระดูกสันหลังหรือเคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน
3. เป็นผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเดินได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ข้อสะโพกเสื่อม

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบถดถอยเชิงพหุคูณ (power analysis for multiple regression) ของ Cohen (Cohen J., 1992) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง กำหนดอำนาจทดสอบที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีตัวแปรที่ต้องการศึกษา 6 ตัวแปร ใช้ค่าเหล่านี้ไป

เปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน เพิ่ม 10% เป็น 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ BMI สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว อื่นๆ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2. ภาพเอกซเรย์ของกระดูกสันหลัง

3. แบบวัดอาการปวด โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และแบ่งระดับดังนี้ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย = 0-3 คะแนน (absent to minimal) ปวดปานกลาง = 4-7 คะแนน (moderate) ปวดมากถึงมากที่สุด = 8-10 คะแนน (severe)

4. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้ Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire; Modified ODIQ (Fritz & Irgang, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน โดยรวมทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่

1) ระดับความเจ็บปวด 2) การดูแลตนเอง เช่น การทำความสะอาด การแต่งตัว 3) การยกของ 4) การเดิน 5) การนั่ง 6) การยืน 7) การนอน 8) การเข้าสังคม 9) การเดินทาง และ 10) การทำงานหรืองานบ้าน แต่ละข้อมีรายละเอียดอธิบายความรุนแรงของการจำกัดกิจกรรม 6 ข้อย่อยโดยเรียงจากน้อยไปมาก การให้คะแนนเรียงลำดับจาก 0 ไปถึง 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 50 คะแนน แล้วคูณสองเพื่อเป็นเปอร์เซ็นต์ของภาวะจำกัดกิจกรรม โดยช่วงคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะจำกัดกิจกรรมน้อย แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมมาก โดยช่วงคะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง ช่วงคะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะจำกัดกิจกรรมรุนแรง แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย ช่วงคะแนน 61-80 คะแนน หมายถึง มีภาวะต้องพึ่งพา ช่วงคะแนน 81-100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คนได้ค่าเท่ากับ 0.87

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- Brief – Thai) (สุวัฒน์มัทนีนันท์กุล และคณะ, 2545). ใช้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ วัดคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อ

คำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (2, 9, 11) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกเป็นลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้เนื่องจากไม่ได้รับการศึกษา หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์โดยไม่มี การขึ้นคำตอบที่ต้องการใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ใช้สถิติเชิงบรรยายหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยต่อคุณภาพชีวิต โดยมีการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นทางสถิติ พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นตามโค้งปกติ ไม่มี Multicollinearity จึงวิเคราะห์การทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอนเดียว (Enter method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.83 มีอายุเฉลี่ย 62.43 ปี อายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 93 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.89 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.85 มีโรคประจำตัวไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 31.77 รองลงมาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.16 ระดับ BMI เฉลี่ย 26.01 กก./ม.² การวินิจฉัยโรค Spondylosis ร้อยละ 48.59 รองลงมา Spinal stenosis ร้อยละ 31.76 และ Spondylolisthesis ร้อยละ 11.21 จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพมากกว่า 1 ระดับ ร้อยละ 21.49 ระดับความปวดปานกลาง เฉลี่ย 4.18 คะแนน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันรักษาโดยการให้ยา ร้อยละ 87.85 และการทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 75.70

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean $\pm$ S.D.
เพศ (ชาย/หญิง)	28 (26.17): 79 (73.83)
อายุ (ปี)	62.43 $\pm$ 9.91
BMI (กก./ม. ²)	26.01 $\pm$ 4.23
ความปวด	4.18 $\pm$ 1.97
จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ (1 ระดับ: > 1 ระดับ)	84 (78.51): 23 (21.49)

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับรุนแรงเท่ากับ 53.04 เมื่อจำแนกตามกิจกรรม การนอนพบปัญหา

มากกว่าด้านอื่น รองลงมาคือการเข้าสังคมค่าเฉลี่ยความสามารถเท่ากับ 3.40 และ 2.96 ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ความสามารถในการทำกิจกรรม	ระดับความรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)					Mean $\pm$ S.D.
	1	2	3	4	5	
1. ระดับความเจ็บปวด	22 (20.56)	16 (14.95)	39 (36.45)	22 (20.56)	8 (7.48)	2.79 $\pm$ 1.20
2. การดูแลตนเอง	28 (26.17)	46 (42.99)	17 (15.89)	8 (7.48)	8 (7.48)	2.27 $\pm$ 1.15
3. การยกของ	46 (42.99)	28 (26.17)	13 (12.15)	12 (11.21)	8 (7.48)	2.14 $\pm$ 1.29
4. การเดิน	26 (24.30)	47 (43.93)	20 (18.69)	8 (7.48)	6 (5.61)	2.26 $\pm$ 1.08
5. การนั่ง	30 (28.04)	20 (18.69)	30 (28.04)	15 (14.02)	12 (11.21)	2.62 $\pm$ 1.32
6. การยืน	30 (28.04)	28 (26.17)	20 (18.69)	17 (15.89)	12 (11.21)	2.64 $\pm$ 1.34
7. การนอน	9 (8.41)	21 (19.63)	24 (22.43)	24 (22.43)	29 (27.10)	3.40 $\pm$ 1.30
8. การเข้าสังคม	21 (19.63)	21 (19.63)	18 (16.82)	35 (32.71)	12 (11.21)	2.96 $\pm$ 1.33
9. การเดินทาง	27 (25.23)	21 (19.63)	18 (16.82)	21 (19.63)	20 (18.69)	2.87 $\pm$ 1.46
10. การทำงานหรืองานบ้าน	35 (32.71)	21 (19.63)	18 (16.82)	21 (19.63)	12 (11.21)	2.57 $\pm$ 1.41
โดยรวม (0-100 คะแนน)	มาก	ปานกลาง	รุนแรง	ต้องพึ่งพา	ติดเตียง	53.04 $\pm$ 15.21
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	
	1 (0.93)	23 (21.50)	48 (44.86)	32 (29.91)	3 (2.80)	

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ

70.78 เมื่อจำแนกรายด้านทุกด้านระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน	Min	Max	Mean $\pm$ S.D.	ระดับความรุนแรง
1. ด้านร่างกาย	1-35	15	35	24.53 $\pm$ 5.40	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	1-30	6	28	15.95 $\pm$ 5.25	ปานกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	1-15	3	15	8.19 $\pm$ 3.59	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	1-40	8	40	22.11 $\pm$ 9.14	ปานกลาง
โดยรวม	26-130	38	113	70.78 $\pm$ 19.85	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ BMI ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ กับคุณภาพชีวิต พบว่า BMI ความปวด จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ สามารถร่วมกัน

ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ได้ร้อยละ 52.8 ($R^2 = 0.528$, $SEE = 13.76$, $F = 58.27$, $Sig\ of\ F = 0.00$) โดยความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดรองลงมาคือ ความปวด จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ ($\beta = -0.725$, -0.304 และ 0.240 ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 3, 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1						
2. อายุ	.068	1					
3. BMI	-.012	.036	1				
4. ความปวด	.108	-.085	.040	1			
5. ความสามารถในการทำกิจกรรม	.066	.038	-.063	.390**	1		
6. จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ	.235	.218*	.098	.074	.081	1	
7. คุณภาพชีวิต	.108	.007	-.347*	-.496*	-.727**	.463*	1

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ปัจจัย	B	S.E.	Exp.(B)	t-value	p-value
ความปวด	-0.380	0.739	-0.304	-0.052	0.01**
ความสามารถในการทำกิจกรรม	-0.947	0.095	-0.725	-9.923	0.00**
จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ	0.327	0.712	0.240	0.430	0.04**
ค่าคงที่	21.203	4.977		14.353	0.00**

$R=0.727$, $R^2 = 0.528$, $SEE = 13.76$, $F = 58.27$, $Sig\ of\ F = 0.00$, $P < .05$, $**P < .01$

สมการถดถอย ดังต่อไปนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม = $-0.304(\text{ความปวด}) - 0.725(\text{ความสามารถในการทำกิจกรรม}) + 0.240(\text{จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ})$

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา และกระบวนการเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุที่พบว่า การเสื่อมของกระดูกสันหลังเริ่มพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทำให้มีการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีซึ่งมีผลให้เกิดการเสื่อมของหมอนรองกระดูกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอาการปวดหลัง (Marek, J. and other, 2003). และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนล่างพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็น 2:1 และผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า

การเคลื่อนไหวและท่าทางที่ไม่ถูกต้องจากการแบกรับ น้ำหนักที่มากเกินไปทำให้เกิดแรงกดต่อกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะส่วนเอวเกิดการเสื่อมของกระดูกตามมา (Videman, T and other, 2007) และนอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสัดส่วนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ มักประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำงานหนัก และอาชีพหรือการเป็นแม่บ้านที่ต้องทำกิจกรรมงานบ้านที่ก้มๆ เงยๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคของกระดูกสันหลังส่วนล่าง (Smeltzer, S and other, 2008)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมในการศึกษานี้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.78 (SD = 19.85) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแต่ละด้านอยู่ระดับปานกลางทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิวรรณ เชื้อตาเล็ง และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 66.24 (SD = 17.77) แต่

ต่างกันเมื่อพิจารณารายด้านกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง ผลการศึกษารึ้นนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Ozdemir และคณะ (2015) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Roopsawang และคณะ (2009) พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำมีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทั้งนี้อาจด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุที่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ความปวดความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ได้ร้อยละ 52.8 โดยความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดรองลงมา คือ ความปวด จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ที่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย ความปวด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งลักษณะความปวดเป็นความปวดที่เกิดจากเส้นประสาทถูกกดทับ (neuropathic pain) ทำให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วยกลุ่มนี้และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีคุณภาพชีวิตต่ำ (ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง และคณะ, 2560) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kotryna Veresciagina และคณะ (2009) ซึ่งพบว่าอาการปวดหลังส่งผลกระทบต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำ อินทริรา และคณะ (2009) ได้อธิบายว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง มีภาวะจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาวะ

ซึมเศร้า วิตกกังวลและมีความเครียด จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง จำนวนข้อที่มีพยาธิสภาพสะท้อนถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพการเสื่อมของกระดูกสันหลัง เมื่อมีจำนวนข้อมากกว่าหนึ่งระดับที่เกิดพยาธิสภาพจะส่งผลต่อความรุนแรงจนทำให้เกิดความปวด เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น (ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง และคณะ, 2560; Kim KH and other, 2015; Veresciagina K and other, 2009) ที่จำนวนข้อที่มีพยาธิสภาพไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้อย่างใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นแม้ว่าสาเหตุ และอาการปวดหลังส่วนล่างได้รับการรักษาแล้ว แต่ยังคงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะปวดหลังส่วนล่างซ้ำในอนาคต เนื่องจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินติดตามภาวะสุขภาพในระยะยาวและต่อเนื่อง
2. ควรร่วมกันจัดทำมาตรการ หาแนวทางในการป้องกันภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมในอนาคตตั้งแต่วัยทำงานในรูปแบบของโปรแกรมให้ความรู้ กิจกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ประวัติทางจิตเวช แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือไม่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง, พัชรี บุตรแสนโคตร และชลเวช ขวศิริ. (2560) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม. วารสารสมากรพยาบาล. 32(3): 78-90
- สุวัฒน์มัทธินันท์กุล และคณะ. (2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2562). ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ปี พ.ศ. 2560-2562.
- อินทริรา รูปสว่าง, สุภาพ อารีเอื้อ และพรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2009). การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ราชบัณฑิตยสถานสาร. 15(3): 344-60.
- Cohen J. (1992). A power prime. Psychol Bulletin. 112(1):129-59
- Darzi MT, Pourhadi S, Hosseinzadeh S, Ahmadi MH, Dadian M. (2014). Comparison of quality of life in low back pain patients and healthy subjects by using WHOQOL-BREF. J Back Musculoskeletal Rehabil. 27(4): 507-12.
- Fejer R, Ruhe A. (2012). What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries a systematic critical literature review. Chiropr Man Therap. 20(1): 31-82.
- Fritz, J. M., & Irgang, J. J. (2001). A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. Physical Therapy. 81(2): 776-788.

- Hong JH, Lee MY, Jung SW, Lee SY. (2015). Does spinal stenosis correlate with MRI findings and pain, psychologic factor and quality of life? *Korean J Anesthesio.* 68(5): 481-7.
- Kim KH, Moon S-H, Hwang C-J, Cho YE. (2015). Prevalence of neuropathic pain in patients scheduled for lumbar spine surgery: nationwide, multicenter, prospective study. *Pain Physician.* 18(5): 889-E97.
- Marek, J. F. Degenerative disorder. In W. J. Phipps, E. D. Manahan, J. K. Sands, J. F. Marek, & M. Neighbors (Eds.), (2003). *Medical-surgical: Health and illness perspectives* (7th ed., pp. 1506-1603). St. Louis, MO: Mosby.
- Ozdemir E, Paker N, Bugdayci D, Tekdos DD. (2015). Quality of life and related factors in degenerative lumbar spinal stenosis: A controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 28(4): 749-53.
- Roopsawang I, Aree-Ue S, Putwatana P. (2009). A follow-up study of health status in patients with chronic low back pain before and after spinal surgery. *Rama Nurs J.* 15(3): 344-60. [in Thai]
- Sigmundsson FG. (2013). Impact of pain on function and health related quality of life in lumbar spinal stenosis: a register study of 14,821 patients. *Spine.* 38(15): 937-45.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H.. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medicalsurgical nursing* (11th ed., Vol. 1). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Veresciagina K, Ambrozaitis KV, Spakauskas B. (2009). The measurements of health-related quality of-life and pain assessment in the preoperative patients with low back pain. *Medicina (Kaunas).* 45(2): 111-22
- Videman, T., Levalahti, E., & Battie, C. M.. (2007). The effects of anthropometrics, lifting strength, and physical activities in disc degeneration. *SPINE.* 32(13): 1406-1413.
- Whittle IR, Scotland J, Dengu F, Anpalakhan S, Deary IJ. (2012). Preoperative quality of life in patients with degenerative spinal disorders: many are worse than patients with brain tumours and cancer. *Br J Neurosurg.* 26(4): 460.