

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์



นางสาวศิริกัญญา ชุ่มเต็ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH  
RHEUMATOIDARTHRITIS

Miss Sirinya Chumtem



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อ อักเสบรูมาตอยด์
โดย	นางสาวศิริกัญญา ชุ่มเต็ม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

ศิริยญา ชุ่มเต็ม : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOIDARTHRITIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 183 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและอำนาจการทำนายของอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ในโรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี จำนวน 150 คน เลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินการเผชิญความปวด(เชิงรุก/เชิงรับ) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่ แบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วยและแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาค่าความเที่ยงเท่ากับ.91, .77/.91, .82, .94, .70, .90, .73 และ.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $X=440.36$ ,  $SD=173.10$ )

2.อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ความสามารถด้านการทำหน้าที่ที่ไม่ดีและความเชื่อด้านความเจ็บป่วยทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=-.412,-.514,-.631,-.704,-.469,-.608$ ,และ $-.720$  ตามลำดับ)

3.การเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.312$ )

4.ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05( $F=68.58$ ) และร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 71.8( $R^2=.718$ )

โดยสร้างสมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ}} = -.298 Z_{\text{ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย}} -.252 Z_{\text{ความเหนื่อยล้า}} -.231 Z_{\text{ความสามารถด้านการทำหน้าที่}} \\ -.192 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} -.136 Z_{\text{คุณภาพการนอนหลับ}}$$

# # 5577200836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: RHEUMATOID ARTHRITIS / PAIN COPING / ILLNESS BELIEFS / HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

SIRINYA CHUMTEM: PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOIDARTHRITIS. ADVISOR: CHANOKPORN JITPANYA, 183 pp.

The purposes of this predictive correlational study were to describe health-related quality of life to predict between joint pain, pain coping, depression, fatigue, sleep quality, functional ability and illness beliefs, and health-related quality of life. One hundred and fifty out- patients with rheumatoid arthritis aged 20-59 years old, who follow up at the Department of Rheumatology of the Police general hospital and Faculty of Medicine Vajira Hospital by a multistage random selection. Questionnaires were composed of The Demographic Patients' Data, The short form of the McGill Pain Questionnaire, the Pain Coping Inventory, Beck Depression Inventory, the Multidimensional Assessment of Fatigue ,the Pittsburgh Sleep Quality Index, Health Assessment Questionnaire Disability Index, the Brief Perception Questionnaire ,and the Short Form Health Survey-36. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the alpha cronbach reliabilities were .70 to .93. Descriptive statistics (Percentage, mean, and standard deviation), Pearson's production-moment correlation and Stepwise multiple regression were used to analyze data.

The major findings were as follows

1. Mean score of health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis was in good level. (X=440.36 ,SD=173.10)

2. There were negatively significant relationships between joint pain, passive pain coping, depression, fatigue, poor sleep quality, funtional disability ,negative illness beliefs, and health-related quality of life at the level of .05 (r=-.412,-.514,-.631,-.704,-.469,-.608, and -.720 respectively)

3. There was positively significant relationships between active pain coping and health-related quality of life at the level of .05 (r=.312)

4. Illness beliefs, fatigue ,functional ability, depression and sleep quality were the variables that significantly predicted health-related quality of life at the level of .05 (F=68.58). The predictive power was 71.8% ( $R^2 = .718$ ) of the variance.

The equation derived from standardize score was:

$$Z_{\text{health-related quality of life}} = -.298 Z_{\text{illness beliefs}} -.252 Z_{\text{fatigue}} -.231 Z_{\text{functional ability}} -.192 Z_{\text{depression}} \\ -.136 Z_{\text{sleep quality}}$$

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอขอบคุณ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ที่มีคุณค่า และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำการ คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราษ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่สนับสนุนทุนและเวลาเพื่อการศึกษา ขอขอบพระคุณพี่ๆร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักและความห่วงใย ตลอดจนพี่น้องในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลืออย่างยิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	16
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.....	17
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ .....	27
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.....	43
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	74
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	76
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	76
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	83

การรวบรวมข้อมูล .....	98
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	101
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	118
สรุปผลการวิจัย.....	119
อภิปรายผลการวิจัย.....	120
สรุปการอภิปรายผลการวิจัย.....	131
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	132
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป .....	133
รายการอ้างอิง .....	134
ภาคผนวก.....	148
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	149
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย .....	151
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	157
ภาคผนวก ง หลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือ .....	163
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	166
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	176
ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	179
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	183



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เกณฑ์ในการแยกโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ค.ศ. 2010 จัดทำโดย American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism .....	21
ตารางที่ 2	เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.....	24
ตารางที่ 3	การตรวจข้อเพื่อแยกข้ออักเสบ (arthritis) ออกจากการอักเสบของโครงสร้างรอบๆ ข้อ(periarticular inflammation) .....	44
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย (n=150).....	79
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำแนกตาม ระยะเวลาที่เป็นโรค ค่าอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง การมีโรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา การใช้ยาแก้ปวด .....	81
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม (n=150).....	103
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา (n=150).....	104
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ย ความคลาดเคลื่อนและค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุดอาการปวดข้อ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150) .....	105
ตารางที่ 9	จำนวน ร้อยละ ลักษณะอาการปวดข้อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150) .....	106
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150) .....	107
ตารางที่ 11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150).....	108
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n=150) .....	108

<b>ตารางที่ 13</b> ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150).....	109
<b>ตารางที่ 14</b> ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพการนอนหลับ จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150).....	110
<b>ตารางที่ 15</b> จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ (n=150).....	111
<b>ตารางที่ 16</b> ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถด้านการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150) .....	111
<b>ตารางที่ 17</b> ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150).....	112
<b>ตารางที่ 18</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ .....	113
<b>ตารางที่ 19</b> ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ(R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ ) ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน(Stepwise).....	114
<b>ตารางที่ 20</b> ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับ ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.....	116
<b>ตารางที่ 21</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์(correlation matrix)(n=141) .....	180
<b>ตารางที่ 22</b> ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์.....	181
<b>ตารางที่ 23</b> Test of Normality.....	182

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคข้ออักเสบชนิดเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุด ที่เกิดจากความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของภูมิคุ้มตนเองโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยจะมีลักษณะอาการที่สำคัญคือการอักเสบเรื้อรังหลายข้อแบบสมมาตร (Chronic symmetric arthritis) (มนาริปี โอศิริ, 2554) ในประเทศที่พัฒนาแล้วความชุกของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ 0.5-1 (Alamanos, Voulgari & Drosos, 2006) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการอันดับแรก (Centers for Disease Control and Protection, 2004) ในประเทศไทยพบว่าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความชุกร้อยละ 2.9 หรือประมาณ 1.3 ล้านคนและช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงระหว่าง 45-74 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) อาการแรกเริ่มของโรคคือ อาการผิดตึงในข้อ ปวดข้อ ข้อบวมและไม่สามารถใช้ข้อได้ปกติ ในระยะหลังของโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการทางข้อ 3 ปีขึ้นไปมักจะพบความพิการผิดรูปของข้อ(มนาริปี โอศิริ, 2554)

ในปัจจุบันการรักษาทางยาเป็นการรักษาหลัก โดยยาสำคัญที่ใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้แก่ ยากลุ่มปรับการดำเนินของโรค(Disease modifying antirheumatic drugs)ยากลุ่มนี้ถือว่าเป็นยาหลักในการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งจะมีผลชะลอหรือยังยั้ง การอักเสบของข้อ การทำลายข้อและความพิการของข้อ(มนาริปี โอศิริ, 2554) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่มปรับการดำเนินโรคข้อ ซึ่งมีผลทำให้อาการข้ออักเสบลดลงหรือหายไป แต่ก็ยังคงมีการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะๆ ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของข้อลดลง มีการกร่อนทำลายของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อและในข้อ ซึ่งในระยะยาวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของข้อ หน้าที่การทำงานของข้อเสียความสามารถในการทำงานของข้ออย่างถาวรและเกิดความพิการผิดรูปของข้อที่ไม่กลับคืนได้ (Peolsson et al., 2000; มนาริปี โอศิริ, 2554) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลาหลายปีหรือเป็นสิบปี ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับการดำเนินของโรคไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จึงไม่ควรมุ่งเน้นแค่การรักษาเพียงอย่างเดียวแต่ควรคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (Goldenberg et al., 2011; Hamilton et al., 2005; มนาริปี โอศิริ, 2554)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ(Jones, 1998) จากการศึกษาของ Ware และ Sherbourn (1992) กล่าวว่า

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ (West & Jonsson, 2005 ;Alishiri et al., 2011; Yacoub et al., 2012) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายจะแย่ลงเมื่ออาการปวดข้อกำเริบขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ลดลง (Yacoub et al., 2012; มนาริปี โอศิริ, 2554) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิต ในการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อสภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้พลังอำนาจ (Lindroth et al., 1994) ส่วนด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้ตามปกติ ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอน ผู้ป่วยบางรายต้องสูญเสียความสามารถในการทำงานจนต้องหยุดงานบ่อย สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการปรับขึ้นเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่งหรือการต้องออกจากงานก่อนเวลาเกษียณ เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล ส่งผลกระทบต่อสภาพทางเศรษฐกิจเนื่องจากรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการติดตามโรค และผลของยา รวมถึงค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารระหว่างรอตรวจ ค่าจ้างผู้อื่นที่ช่วยดูแล (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2544; มนาริปี โอศิริ, 2554) และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการกำเริบของโรคเป็นระยะๆ จะรู้สึกว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ในทุกครั้งที่เจ็บป่วยและมีการกำเริบของโรค ทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาความเจ็บป่วยของตน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528 อ้างถึงใน สิริอร พัวศิริ, 2533)

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับการดำเนินไปของโรคซึ่งมีทั้งระยะที่โรคสงบและมีการกำเริบของโรค พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีความสุข โดยการสนับสนุนผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ผ่านการให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค ทราบแนวทางการรักษาทั้งแบบใช้ยา ร่วมกับแบบไม่ใช้ยา รวมถึงอาการข้างเคียงจากยาและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยควรมีการวางแผนดูแลระยะยาว รวมทั้งการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ท้อแท้หมดหวังและไม่คืนรนไปรักษาในทางที่ผิดวิธี (Bands, 2007) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษาของ The American College of Rheumatology (ACR) คือการทำให้โรคสงบหรือควบคุมให้โรคมีการกำเริบน้อยที่สุด

ดังนั้นแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อพยาบาลที่จะใช้ประเมินการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลครบองค์รวม(Peterson & Bredow, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีน้อยมาก ซึ่งจะเน้นที่ภาวะของโรคต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Osiri et al., 2007) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สำหรับงานวิจัยของพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับจัดการอาการ อันได้แก่ การลดการอักเสบของข้อโดยใช้วิธีการอบตัวด้วยไอน้ำร้อนร่วมกับไอน้ำมันหอมระเหยจากไพโรลิตการอักเสบของข้อ(อัจฉรา สุคนธธรรม, 2529) การลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลโดยใช้การฝึกสมาธิแบบพุทธวิธี (ขวัญตา เพชรเมณีโชติ, 2543) การจัดการกับอาการข้อฝืดแข็งในตอนเช้า(ดวงใจ บุญนันท, 2544) การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยใช้โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการปฏิบัติ(สุรัสวดี ไหวว่อง, 2554) และการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโดยใช้กิจกรรมที่สนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี การยอมรับความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาาร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก(พนารัตน์ เจนจบ, 2542) และมีการศึกษาบางส่วนที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวได้แก่ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม (สมจิตต์ สินธุ์ชัย, 2532) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้แก่อัตมโนทัศน์และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (สิริอร พัวศิริ, 2533) ต่อจากนั้น นพรัตน์ ราษฎร์นุ้ย(2538) ได้ศึกษาเพิ่มเติมโดยการจัดโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนให้แก่ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

จากการทบทวนงานวิจัยของพยาบาลพบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาที่ผ่านมาล้วนเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แต่พบว่ายังมีตัวแปรอื่นๆอีกมาก ที่มีความสำคัญและส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดีหรือแย่งได้ ซึ่งพบว่ายังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในประเทศไทย เนื่องจากพยาบาลควรมีองค์ความรู้ที่แท้จริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการเพิ่มและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนปัจจัยที่จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยกำหนดตัวแปรตามกรอบ

แนวคิดของ Wilson และ Cleary(1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านหน้าที่ และ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ดังนี้

อาการปวดข้อ เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต้องมาพบแพทย์ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548) อาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis pain) เกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงของข้อต่อและเอ็น จากการอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอน เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย ในระหว่างการดำเนินโรคนี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ขึ้นมาได้(วรวิทย์ เล้าห์เรณู, 2544)

การเผชิญความปวด เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยรวมมากที่สุดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย(Nicassio et al., 2011) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะใช้กลวิธีในการเผชิญความปวดที่เป็นแบบเชิงรุก(active coping)คือการจัดการความปวดที่รวมถึงความพยายามในการควบคุมความปวด ได้แก่การหากิจกรรมผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง และแบบเชิงรับ(passive coping) คือการจัดการความปวดโดยหาจากแหล่งภายนอก ได้แก่การหยุดทำกิจกรรมและนอนพักบนเตียง หรือการรับประทานยาเพื่อลดความปวดทันทีทันใด(Carroll et al., 2002; International Association for the Study of Pain, 2009) Revenson และFelton(1989)ได้ศึกษาพบว่าการเผชิญความปวดแบบเชิงรับจะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจภายใน 6 เดือน โดยพบว่าการพักผ่อนเป็นหนทางในการเผชิญความปวดที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลงภายหลัง 1 ปีที่เริ่มมีอาการ (Evers et al., 1998)

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งจะพบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ(Conner et al., 2006) จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 9.5 ถึงร้อยละ 41.5 (Lok, Mok, Cheng, 2010; Isik et al., 2007)ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้น จะเป็นการแสดงออกของความรู้สึกเศร้า เป็นความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านการรับรู้ ทางด้านอารมณ์และทางด้านพฤติกรรมต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวจากความเจ็บปวดเรื้อรังที่ยาวนานและสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือการดำเนินของโรคทำให้เกิดข้อผิดรูปและสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อเกิดความพิการ(Sheehy, Murphy and Barry, 2006)

ความเหนื่อยล้า ความเหนื่อยล้าจะพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้มากถึงร้อยละ 80-93 (Belza, 1995; Repping-Wuts et al., 2007) ความเหนื่อยล้าจะอธิบายถึงความรู้สึกโดยรวมของความเหน็ดเหนื่อย (tiredness) ซึ่งเป็นความเหนื่อยล้าที่มีลักษณะไม่สามารถกลับคืนมาได้เป็นปกติ (Tack, 1990) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จึงเป็นชนิดเรื้อรังที่คงอยู่ตลอดเวลาจะเพิ่มขึ้นเมื่อโรคกำเริบและจะลดลงระหว่างที่โรคสงบ (Pinal et al., 1981) จากการศึกษาของ Pollard และคณะ (2006) พบว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มากขึ้นจะนำไปสู่คุณภาพและปริมาณของงานที่ลดลงอีกด้วย

คุณภาพการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะส่งผลให้ร่างกายจะมีประสิทธิภาพในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเติมพลังกลับคืนให้ร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการต่อสู้กับปัญหาและภารกิจต่างๆต่อไปในสังคม (Hodgson, 1991; Berger and Williams, 1992) จากการศึกษาของ Abad และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบมักจะมีปัญหาการนอนหลับได้แก่การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับที่แย่ การตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยและการตื่นเช้าเกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ด้วยผู้ใหญ่ได้มากถึงร้อยละ 54-70 (Bourguignon et al., 2005)

ความสามารถด้านหน้าที่ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ประเมินได้จากการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ ซึ่งเป็นผลของโรคที่มีการทำลายข้ออย่างถาวรจนเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ หากข้อมีการทุกทำลายมากจะก่อให้เกิดปัญหาในการช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอน จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในแง่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลช่วยเหลือตนเอง (มนาริปี โอศิริ, 2554)

ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เชื่อเรื่องการควบคุมตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ ที่ซึ่งอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยเชื่อในความสามารถการควบคุมตนเองก็จะส่งผลดีต่อการปรับตัว ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถการควบคุมตนเองอย่างแข็งแกร่ง (Scharloo et al., 1998) การศึกษาของ Graves และคณะ (2009) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีความเชื่อที่หนักแน่นว่าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สามารถควบคุมได้จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้โดยตรงอย่างเป็นอิสระ โดยสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบทบาทพยาบาล รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแล

ผู้ป่วย นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและการฟื้นฟู ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถผลิตผลงานที่เป็นประโยชน์และลดภาระทั้งทางด้านสุขภาพกับด้านเศรษฐกิจให้กับครอบครัว สังคมและประเทศชาติในระยะยาวรวมถึงการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อีกด้วย (มนาริปี โอศิริ, 2554)

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซั่ม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิว่าอยู่ในระดับใด
2. อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างไร
3. อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อการความเจ็บป่วยมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์หรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและนำกรอบแนวคิดของ Wilson และ Cleary (1995) ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา(Biological and physiological) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล(Characteristics of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม(Characteristic of the environment)ที่ส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ(Symptom status) ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional



status) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม(Overall Quality of life)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Wilson และCleary (1995) โดยปัจจัยที่เลือกเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงกรอบแนวคิดของ Wilson และCleary (1995) เป็นการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระของพยาบาลในการช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรงได้ ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการปวดข้อ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ คือความสามารถด้านการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล คือ การเผชิญความปวด ความเชื่อด้านการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดังนี้

**อาการปวดข้อ** อาการปวดข้อเป็นปัจจัยด้านอาการตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary ซึ่งอาการหลักที่สำคัญของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คืออาการปวดข้อ ข้อบวมและฝืดตึงในข้อจากการอักเสบของเยื่อข้อร่วมกับมีน้ำไขข้อคั่ง มักจะเกิดหลังตื่นนอนตอนเช้า(Early morning stiffness) (Lineker et al., 1999) หรือหลังพักการใช้ข้อเป็นเวลานาน อาการจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากข้อ 1-2 ข้อ แล้วค่อยลามไปข้ออื่นแบบสมมาตร และเมื่อเข้าสู่ระยะเรื้อรังข้อจะเริ่มถูกทำลายมากขึ้น จะมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ ในระยะท้ายจะเริ่มพบว่ากล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ข้อมีการเปลี่ยนแปลง คือ กล้ามเนื้อลีบ และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อมีการผิดรูปตามมา เมื่อมีข้ออักเสบและมีข้อติดหรือผิดรูปหลายข้อ รวมทั้งกล้ามเนื้อรอบๆข้อที่ลีบและอ่อนแรง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเอง (มนาริปี โอคิริ, 2554) จากการศึกษาของGarip, Eser และ Bodur (2011) พบว่าอาการปวดเป็นตัวแปรอันดับแรกที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Yacoub และคณะ(2012) ศึกษาพบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $r=-0.592, p<.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.316, p<.05$ )เช่นกัน ส่วนCho และคณะ (2013) ศึกษาพบว่าอาการปวดที่ระดับสูงมีอัตราเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงเป็น 2.2เท่า (95% CI= 1.2–4.1,  $p< 0.01$ ) ดังนั้นอาการปวดข้อจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**การเผชิญความปวด** การเผชิญความปวดเป็นปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การเผชิญความปวดจะเกี่ยวข้องกับการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรม (cognitive and behavioral strategies) ในการจัดการเพื่อลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความพิการ (International Association for the Study of Pain, 2009) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สามารถใช้กลวิธีในการเผชิญความปวดมีทั้งแบบเชิงรุก (active coping) เป็นการเผชิญความปวดเชิงบวก(positive effect) ซึ่งเป็นการจัดการความปวดที่รวมถึงความพยายามในการควบคุมความปวด ได้แก่ การทำกิจกรรมผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง และแบบเชิงรับ(passive coping) เป็นการเผชิญความปวดเชิงลบ(negative effect) เป็นการจัดการความปวดโดยหาจากแหล่งภายนอกหรือการปรับเปลี่ยนชีวิตไม่ให้มีผลกระทบกับความเจ็บปวดได้แก่การหยุดทำกิจกรรมและนอนพักบนเตียง หรือการรับประทานยาเพื่อลดความปวดทันทีทันใด (Carroll et al., 2002; IASP, 2009) การศึกษาของ Nicassio และคณะ (2011) พบว่าการเผชิญความปวดเชิงรุกเป็นตัวแปรที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายดีมากที่สุด ซึ่งการเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .21 ( $p < 0.001$ ) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .03 ( $p < 0.001$ ) ส่วนการเผชิญความปวดเชิงรับ มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ -.21 ( $p < 0.001$ ) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ -.02 ( $p < 0.001$ ) ดังนั้นการเผชิญความปวดเชิงรุกน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการเผชิญความปวดเชิงรับน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**ภาวะซึมเศร้า** ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านอาการตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary โดยลักษณะของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคเป็นแบบไดนามิก (Peolsson et al., 2000) ซึ่งจะมีทั้งระยะสงบและระยะที่โรคกำเริบ การกำเริบของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นเป็นกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นบริเวณข้อส่งผลให้ข้อเกิดการบวมและร้อน ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่กล้าเดินทางไปไหนมาไหนเอง การพึ่งพาตนเองเป็นไปได้ลำบาก เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว จึงเกรงใจและอยู่บ้าน ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ (มนาริปี โอศิริ, 2554) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นพบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ (Conner et al., 2006) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ Piccinni และคณะ(2006)

พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.30, p<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.52, p<.001$ ) ส่วน Mok, Lok และ Cheung (2012) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ  $-0.23 (p < 0.001)$  ดังนั้นภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**ความเหนื่อยล้า** ความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยด้านอาการตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากถึงร้อยละ 80-93 (Belza, 1995; Repping-Wuts et al., 2007) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอธิบายถึงความรู้สึกโดยรวมของความเหน็ดเหนื่อย (tiredness) ที่ไม่สามารถกลับคืนมาได้เป็นปกติ (Tack, 1990) เป็นความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังที่คงอยู่ตลอดเวลา จะเพิ่มขึ้นเมื่อโรคกำเริบและจะลดลงระหว่างที่โรคสงบ (Pinal et al., 1981) ความเหนื่อยล้าที่มากเกินไปจะนำไปสู่คุณภาพและปริมาณของงานที่ทำลดลง (Pollard et al., 2006) ความเหนื่อยล้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ลดลง (Swaim, 2000) โดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Talamo et al., 1997) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ Cross และคณะ (2008) ศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.56, p<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Turan และคณะ (2008) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.50, p<.05$ ) เช่นกัน ดังนั้นความเหนื่อยล้าจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**คุณภาพการนอนหลับ** คุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยด้านอาการตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอักเสบเรื้อรังของข้อที่ส่งผลต่อการปวดแบบเรื้อรัง ความปวดแบบเรื้อรังมักจะมีความรุนแรงขึ้นในตอนกลางคืน จึงส่งผลให้เกิดอาการหลับยาก ตื่นบ่อยและไม่สามารถนอนหลับได้นานพอ (Potter and Perry, 1995) จากการศึกษาของ Abad และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มักจะมีปัญหาการนอนหลับได้แก่การนอนหลับยาก การตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยและการตื่นเช้าเกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในเวลากลางวันและเกิดรู้สึกเหนื่อยล้าขึ้น ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์วัยผู้ใหญ่ได้มากถึงร้อยละ 54-70 (Bourguignon et al., 2005) และจากการศึกษาของ Irwin และคณะ (2012) พบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอในเวลากลางคืน (partial night sleep deprivation; PSD awake 23:00 hr. to

03:00 hr.) จะส่งผลให้ความรุนแรงของการปวดข้อและจำนวนข้อที่ปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น เกิดการกดเจ็บบริเวณข้อส่วนปลายเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีอยู่ในระยะการกำเริบเฉียบพลัน (acute flare up of symptoms)(Moldofsky, Lue and Smythe, 1983) จากการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าการนอนหลับที่แปรปรวนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.49, p<.05$ ) ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การศึกษาของ Sariyildiz และคณะ (2014) พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ( $r=-.42, p<.01$ ) ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**ความสามารถด้านการทำหน้าที่** ความสามารถด้านการทำหน้าที่เป็นปัจจัยด้านการทำหน้าที่ตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังอย่างต่อเนื่องของร่างกายโดยเฉพาะที่ข้อ ผลของโรคคือ การทำลายข้ออย่างถาวรจนเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ ถ้าเป็นไม่มากก็ไม่มีผลหรือมีผลกระทบน้อยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำงานของข้ออย่างรุนแรงจนเกิดข้อพิการ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในแง่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น การทำงานเลี้ยงชีพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง (มนาริป โอศิริ, 2554) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถด้านการทำหน้าที่ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ Benitha และ Tikly, 2007 พบว่าผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Functional disability) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในมิติร่างกายและมิติด้านจิตใจ ( $r=-.82, -.60$  ตามลำดับ,  $p<.005$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haroon และคณะ (2007) พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.58, p < 0.001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cho และคณะ (2013) ศึกษาพบว่าบกพร่องในการทำหน้าที่ในระดับสูงมีอัตราเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงเป็น 10 เท่า (95% CI= 2.8–34.5,  $p< 0.01$ ) และจากการศึกษาของ Hodkinson และคณะ (2012) พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่จะเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) ซึ่งทำนายได้ภายในระยะเวลา 12 เดือน ดังนั้นความสามารถด้านการทำหน้าที่ที่ไม่ดีน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย** ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลตามกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary โดยความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าจะสามารถควบคุมการเจ็บป่วยจะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง(Tennen et al., 1992) จากการศึกษาของGraves และคณะ(2009) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีความเชื่อที่หนักแน่นว่าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ไม่สามารถควบคุมได้จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $r=-.20, <.05$ ) และจากการศึกษาของNicassio และคณะ(2011)พบว่าความรู้สึกไร้พลังอำนาจ (helplessness) ที่เป็นผลด้านลบ(negative effect) ซึ่งความรู้สึกไร้พลังอำนาจเป็นการประเมินที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย ดังนั้นความเชื่อด้านความเจ็บป่วยทางลบน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. อาการปวดข้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
2. การเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
3. การเผชิญความปวดเชิงรับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
4. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
5. ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
6. คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
7. ความสามารถด้านการทำหน้าที่ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
8. ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
9. อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive correlational research) ดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ที่มีแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ในด้านกาย ด้านจิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Ware and Sherbourne, 1992) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

1.2 ด้านจิตใจ หมายถึง รับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อสุขภาพจิต

1.3 ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม หมายถึง รับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อ บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและปัญหาทางด้านอารมณ์และบทบาททางสังคม

1.4 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพหมายถึง รับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงความมีพลังในตนเองและความกระฉับกระเฉง

ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบประเมิน The Short Form Health Survey-36 ของ Ware และ Sherbourne (1992) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม (2543) แปลผลโดย คะแนนที่สูงหมายถึงการมีสุขภาพดี คะแนนที่ต่ำหมายถึง

ระดับสุขภาพที่ไม่ดี มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ(วัชรี เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม, 2548)

ต่ำกว่าร้อยละ 50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตไม่ดี
มากกว่าร้อยละ 50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตดี

**2. อาการปวดข้อ** หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจอันเนื่องมาจากการอักเสบของข้อต่างๆ(Melzack, 1987)

ประเมินอาการปวดข้อ โดยใช้แบบประเมิน The short form of the McGill Pain Questionnaire ของ Melzack (1987) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุลและคณะ(2548) แปลผลโดยระดับคะแนนรวมที่สูงแสดงถึงอาการปวดที่มีความรุนแรงมาก ระดับคะแนนรวมที่ต่ำแสดงถึงอาการปวดที่มีความรุนแรงน้อย

**3. การเผชิญความปวด** หมายถึง การจัดการเพื่อลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความพิการของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้กลวิธีในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกและแบบเชิงรับ (Kraaimaat and Evers, 2003) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การเผชิญความปวดแบบเชิงรุก (active coping) หมายถึง การจัดการความปวดที่รวมถึงความพยายามในการควบคุมความปวด ได้แก่การหากิจกรรมผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง

3.2 การเผชิญความปวดแบบเชิงรับ (passive coping) หมายถึง การจัดการความปวดโดยหาจากแหล่งภายนอก ได้แก่การหยุดทำกิจกรรมและนอนพักบนเตียง หรือการรับประทานยาเพื่อลดความปวดทันทีทันใด

ประเมินการเผชิญความปวด โดยใช้แบบประเมินการเผชิญความปวด ที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมินThe Pain Coping Inventory (PCI) ของ Kraaimaat และEvers (2003) แปลผลโดยคะแนนรวมของการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก(active coping) คะแนนรวมที่มาก แสดงว่าผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกต่ำ คะแนนรวมที่น้อย แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกสูง และคะแนนรวมของการเผชิญความปวดแบบเชิงรับ (passive coping) คะแนนรวมที่มาก แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรับสูง คะแนนรวมที่น้อย แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรับต่ำ

**4. ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเป็ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ การเป็ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว่าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติคนในด้านลบต่อประเมินโดยใช้ตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็ยอาหารและนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Beck depression Inventory ของ Beck และคณะ(1961) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงในเอี่ยมเดือน เนตรแถม, 2541) แปลผลโดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	0- 9	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	10-16	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	17-29	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	30-63	คะแนน

**5. ความเหนื่อยล้า** หมายถึง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ที่ประกอบไปด้วยความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ความกังวลใจ ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและระยะเวลาของความเหนื่อยล้า (Belza et al., 1993)

ประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมิน The Multi-dimensional Assessment of Fatigue ของ Belza และคณะ(1993) แปลผลโดย 1 คะแนน คือไม่รู้สึกเหนื่อยล้า จนถึง 50 คะแนน คือรู้สึกเหนื่อยล้ามาก

**6. คุณภาพการนอนหลับ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณและการนอนหลับในเชิงคุณภาพ (Buysse et al., 1989) โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน

6.2 การนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน

6.3 ประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index ของ Buysse และคณะ (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิระประมุข-พิทักษ์และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540) แปลผลโดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี

คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

**7. ความสามารถด้านการทำหน้าที่** หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ผาสุก เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ การจับจ่ายซื้อของ การจัดทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน (Fries et al., 1980)



ประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่ โดยใช้แบบประเมิน Health Assessment Questionnaire Disability Index ของ Fries และคณะ(1980) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มนาธิป โอศิริ (Osiri et al., 2001; Osiri et al., 2009) แปลผลโดย คะแนนสูงแสดงว่ามีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของช่อกมาก

**8. ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย** หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เป็นการอธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วย (Broadbent et al., 2006)ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

8.1 การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย

8.2 การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ได้แก่ การตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงออกของพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงระดับความกังวลและภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย

ประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมิน The Brief Perception Questionnaire ของ Broadbent และคณะ(2006) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร (cite in [http:// www. uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf](http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf)) แปลผลโดย คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านการเจ็บป่วยในทางลบที่สะท้อนถึงความเชื่อด้านการเจ็บป่วยในทางลบ คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านการเจ็บป่วยในทางบวกที่สะท้อนถึงความเชื่อด้านการเจ็บป่วยทางบวกเช่นกัน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มาพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 1.1 พยาธิสภาพของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 1.4 การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 1.5 แนวทางการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
  - 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
  - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  - 3.1 อาการปวดข้อ
  - 3.2 การเผชิญความปวด
  - 3.3 ภาวะซึมเศร้า
  - 3.4 ความเหนื่อยล้า
  - 3.5 คุณภาพการนอนหลับ
  - 3.6 ความสามารถด้านการทำหน้าที่
  - 3.7 ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) เป็นโรคเรื้อรังชนิดที่มีการอักเสบของข้อที่พบได้บ่อยที่สุด (Woolf & Pfleger, 2003; มนาธิป โอศิริ, 2554) สาเหตุที่แท้จริงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ยังไม่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยมักมีอาการข้ออักเสบแบบสมมาตรและมีการกร่อนทำลายของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อและกระดูกใต้ผิวกระดูกอ่อนในข้อ ซึ่งจะนำไปสู่ข้อผิดรูป เกิดภาวะทุพพลภาพและพิการในที่สุดในประเทศที่พัฒนาแล้วความชุกของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ 0.5-1 (Alamanos et al., 2006) ในประเทศไทย จากการรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) พบว่า โรคข้ออักเสบหรือรูมาตอยด์มีความชุกร้อยละ 2.9 หรือประมาณ 1.3 ล้านคน ในเพศหญิงมีผู้ป่วยจำนวน 775,128 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 3.3 และพบในเพศชาย จำนวน 548,000 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 2.5 กล่าวได้ว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้มากกว่าชายถึง 1.4 เท่า และพบได้ในระหว่างอายุ 15-74 ปี แต่ช่วงที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงระหว่าง 45-74 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

### 1.1 พยาธิสภาพ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในระยะแรกของการอักเสบข้อจะมีเส้นเลือดมาเลี้ยงที่เยื่อข้อและเยื่อหุ้มข้อมาก มีการสร้างสารน้ำในช่องข้อเพิ่มขึ้น ทำให้ข้อบวม และร้อน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อและข้อบวมมากเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำในข้ออย่างรวดเร็วและมีการบวมข้ออย่างรวดเร็ว จึงมีอาการปวดมากจากความดันภายในข้อที่มีมากขึ้น (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2544)

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะแรก จะเป็นลักษณะเนื้อเยื่อรอบข้อบวม (periarticular soft tissue swelling) เมื่อมีการดำเนินของโรคไปเรื่อยๆ จะพบกระดูกบริเวณรอบข้อบางลง (juxta-articular osteopenia) และกระดูกบางทั่วๆไป (diffuse osteoporosis) โดยจะเห็นได้ชัดที่บริเวณกระดูกฝ่ามือและกระดูกฝ่าเท้าอันเป็นผลจากการอักเสบภายในข้อซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจะใช้ข้อลดลงเนื่องจากอาการปวด หากการอักเสบยังคงดำเนินต่อไป จะพบช่องภายในข้อแคบลงทั่วทั้งข้อ (uniform joint space narrowing) ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบภายในข้อ ทำให้มีการหลั่งสารอักเสบจากเซลล์และเซลล์กระดูกอ่อนเองออกมาทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) จึงมีการทำลายกระดูกอ่อนทั่วทั้งข้อ จึงเห็นจากภาพถ่ายรังสีข้อว่า ปลายกระดูกที่ประกอบเป็นข้อนั้นอยู่ชิดกันมากกว่าปกติ ต่อมาจะพบการกร่อนทำลายกระดูกใกล้ข้อ (marginal bone erosions) ซึ่งเกิดจากเยื่อข้อที่อักเสบเรื้อรังและหนาตัวขึ้นตรงบริเวณที่เกาะกับกระดูกใกล้จุดเริ่มต้นของกระดูกอ่อนผิวข้อ หลั่งสารกระตุ้นเซลล์ทำลายกระดูก ทำลายกระดูกบริเวณนี้ ซึ่งเป็นบริเวณที่ไม่มีกระดูกอ่อนปกคลุมกระดูก นอกจากนี้เซลล์อักเสบในเยื่อข้อที่อักเสบก็หลั่งสารอักเสบและเอนไซม์มาย่อยสลายกระดูกร่วมกัน ลักษณะในภาพถ่ายรังสีข้อจะพบว่า กระดูกส่วนนอก (cortical bone) จะกร่อนหายไป

โดยพบได้ทั้งด้านในและด้านนอกของปลายกระดูกแต่ละด้านของข้อ และพบได้ทั้งปลายของกระดูก กระดูกอ่อนใกล้ข้อนี้จะเห็นชัดในข้อเล็กๆ ของมือและเท้า การพบว่าภาพถ่ายรังสีข้อมีกระดูกใกล้ข้อ กร่อนร่วมกับช่องภายในข้อแคบลงทั่วทั้งข้อ เป็นลักษณะจำเพาะต่อโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เมื่อโรค ดำเนินไปมีการกำเริบอย่างต่อเนื่อง ภาพถ่ายรังสีข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะมีกระดูกใกล้ ข้อกร่อน การทำลายข้อก็จะดำเนินต่อไปจนข้อถูกทำลายอย่างสิ้นเชิง จะพบการหลวมคลอนและผิด รูปของข้อ (joint subluxation and mal-alignment) เมื่อโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ดำเนินต่อไป การ อักเสบเรื้อรังของข้อจะทำลายเยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นภายในข้อ และรอบๆ ข้อ กล้ามเนื้อใกล้ข้อฝ่อลีบลง ร่วมกับการใช้ข้อซ้ำๆ ทำให้ข้อหลวมคลอนและผิดรูป เกิดความพิการของข้อ และสูญเสียการทำงาน ของข้อการหลวมคลอนและผิดรูปของข้อในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มักจะเป็นแบบสมมาตรแต่ข้างที่ ถนัดมักจะมี ความรุนแรงมากกว่าและเป็นการพิการผิดรูปที่ไม่กลับคืน(irreversible deformity) เนื่องจากมีการทำลายส่วนประกอบของข้ออย่างถาวร ข้อโคนนิ้วมือ ข้อกลางนิ้วมือ ข้อมือ ข้อเท้า ข้อโคนนิ้วเท้าและข้อนิ้วเท้า เป็นข้อที่พบการหลวมคลอนและผิดรูปได้บ่อย เมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อถูก ทำลายจนหมด ทำให้กระดูกใต้กระดูกอ่อนของสองปลายกระดูกมาอยู่ชิดกัน และกระดูกทั้งสองปลาย นี้ก็จะเชื่อมติดกันที่สุดในที่สุด ทำให้สูญเสียสภาพของข้อโดยถาวร ซึ่งจะพบว่า ข้อติดยึด(joint ankylosis) ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อยมาก ถ้าข้อติดยึดในท่าที่ผู้ป่วยพอจะปรับตัวใช้งานข้อ นั้นหรือข้อที่อยู่ใกล้เคียงได้ ก็จะไม่ค่อยเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย แต่ถ้าหากข้อที่ติดยึดนั้น อยู่ในท่าที่ใช้งานไม่ได้ เช่น ข้อมือติดในท่างอลง(มนาริป โอศิริ, 2554)

**1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในปัจจุบันมีการสืบค้นถึงต้นเหตุและ กลไกการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษารวบรวมข้อมูลของ มนาริป โอศิริ (2554) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีข้อมูลอยู่ใน ปัจจุบันประกอบด้วยส่วนสำคัญ 5 ส่วน ดังนี้**

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงในยีน จะส่งผลต่อการควบคุม ภาวะปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีการสร้างแอนติบอดีต่อ citrullinated peptide ของร่างกายเพิ่มขึ้น สูญเสียการควบคุมการทำงานของทีลิมโฟซัยท์ที่ต่อต้านตนเอง โดยเซลล์เหล่านี้ ถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น เป็นผลทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง และการทำลายข้อในโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ตามมา

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสัมผัสกับฝุ่นผงซิลิกา การสูบบุหรี่ โรคปริทันต์เรื้อรัง การติดเชื้อไวรัส Epstein Barr(EBV) และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระตุ้น ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ให้แสดงออก ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันที่ทำงานผิดปกติเป็นกลไกให้เกิดการอักเสบ เรื้อรังและการทำลายเนื้อเยื่อโดยเฉพาะบริเวณข้อ เป็นลักษณะสำคัญของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

1.2.3 ระบบภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด เมื่อร่างกายได้สัมผัสกับสิ่งแปลกปลอม เช่น เชื้อโรค ก็จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้น โดยด่านแรกที่สัมผัสกับสิ่งแปลกปลอม ก็คือ ระบบภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด ก่อให้เกิดการอักเสบขึ้นมีผลทำลายเซลล์ เซลล์ที่ถูกทำลายจากการอักเสบจะก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื่อง

1.2.4 ระบบภูมิคุ้มกันเฉพาะมีผลก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของเยื่อข้อและการกร่อนทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อกระดูก เซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันเฉพาะที่มีบทบาทในกลไกการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ได้แก่ เดน ไตริติดเซลล์ ทีลิมโฟไซต์ บีลิมโฟไซต์ (B-lymphocyte) ซึ่งจะรวมกับเซลล์อื่นๆ เช่น โมโนไซต์ (monocyte) นิวโทรฟิล และ natural killer cell (NK cell) ในการกระตุ้นการอักเสบทำลายข้อจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ให้รุนแรงอย่างต่อเนื่อง

1.2.5 ปัจจัยด้าน epigenetic เป็นการเปลี่ยนแปลงในการแสดงออกและการทำงานของยีนที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของตำแหน่งและลำดับของ DNA

จากปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นี้ ได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ที่มีบทบาทประมาณร้อยละ 50 และเกี่ยวข้องกับยีนหลายตำแหน่ง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงของแอนติเจนในร่างกายที่จะถูกรับรู้โดยเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันซึ่งมีความบกพร่องในหน้าที่อยู่ก่อน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเกิดภาวะภูมิต่อต้านตนเองและการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยมีเป้าหมายหลักคือเยื่อข้อ และส่งผลต่อเนื่องเยื่อใกล้เคียง คือ กระดูกอ่อนผิวข้อ และกระดูกบริเวณข้อ ทำให้เกิดการทำลายข้ออย่างต่อเนื่อง อันเป็นพยาธิสภาพสำคัญของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

### 1.3 อาการและอาการแสดง

#### อาการทางคลินิกของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีลักษณะอาการที่สำคัญ คือ อาการข้ออักเสบเรื้อรังหลายข้อแบบสมมาตร(Chronic symmetric polyarticular arthritis) โดยผู้ป่วยอาจจะเริ่มจากอาการข้ออักเสบแบบเพิ่มข้อจาก 1-2 ข้อเป็นหลายข้ออย่างค่อยเป็นค่อยไป(Additive polyarticular arthritis) หรือมีการอักเสบของข้อหลายข้อเกิดขึ้นพร้อมกันอย่างฉับพลัน(Acute polyarticular arthritis) ก็ได้ อาการทางคลินิกของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ยังมีอาการของอวัยวะอื่นๆ นอกข้อ (Extra articular manifestations) ด้วย (มนาริป ไชศิริ, 2554)

อาการและอาการแสดงของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าอาการแรกเริ่มทางข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ส่วนใหญ่คือ อาการผิดตึงในข้อ ปวดข้อ ข้อบวม ไม่สามารถใช้ข้อได้เป็นปกติ โดยอาการจะเริ่มค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากข้อ 1-2 ข้อก่อนแล้วค่อยๆ ลามไปข้ออื่นๆแบบสมมาตร โดยข้อที่เริ่มมีอาการอาจเป็นข้อเล็กๆซึ่งเป็นข้อของรยางค์ส่วนบน การอักเสบของข้อจะ

ค่อยเป็นค่อยไปแบบเพิ่มข้อ โดยอาการปวดข้อ ข้อบวม อาการตึงขัดในข้อที่เริ่มเป็นตอนแรกไม่ได้ลดลงเลย ในที่สุดผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อ ข้อบวม ตึงขัดในข้อ สูญเสียการทำงานของข้อหรืออาจมีข้อผิดรูปพิการของข้อของรยางค์ส่วนบนและส่วนล่างแบบสมมาตร โดยอาการตึงขัดในข้อมักจะเกิดหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือหลังพักการใช้ข้อเป็นระยะเวลาสั้น ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะมีระยะเวลาของอาการตึงข้อในตอนเช้าหลังตื่นนอนนานตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเริ่มดีขึ้นในตอนบ่าย เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคนานขึ้น ข้อที่ปวดบวมไม่สามารถใช้งานได้เป็นปกติ ในระยะหลังของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ตั้งแต่เริ่มมีอาการทางข้อ 3 ปีขึ้นไป มักจะพบความพิการผิดรูปของข้อ(มนาริป โอศิริ, 2554)

นอกเหนือจากอาการทางข้อซึ่งเป็นอาการหลักในโรคนี้แล้ว โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ยังมีอาการทางคลินิกของอวัยวะนอกข้อในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งเป็นปัจจัยบ่งชี้ว่าโรคมีความรุนแรงและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี(Zeben and Breedveld , 2010 อ้างถึงใน มนาริป โอศิริ, 2554)

1. อาการทั่วไปที่แสดงว่ามีการอักเสบเรื้อรังในร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานแล้วเพลียหมดแรงต้องหยุดเพื่อพักก่อน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออาจมีไข้ต่ำๆได้ อาการเหล่านี้มักจะพบก่อนเริ่มให้การรักษาหรือระหว่างรักษาถ้ายังมีโรคกำเริบ

2. อาการปุ่มรูมาตอยด์(Rheumatoid nodule) เป็นปุ่มแข็งหรือนิ่มอยู่ใต้ผิวหนังบริเวณที่มีการกดทับหรือใกล้ข้อ ก้อนมักจะติดกับกระดูกข้างใต้และกดไม่เจ็บ ปุ่มรูมาตอยด์มักจะพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีอาการทางข้อรุนแรงหรือมีสารรูมาตอยด์ในเลือด

3. กลุ่มอาการโซเจอร์น(Sjogren's syndrome) ทำให้เกิดอาการตาแห้ง ตาแดง เคืองตา หรือตาสู้แสงไม่ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนมีกรวดทรายในตา อันเป็นผลจากน้ำตาส่วนที่เป็นฟิล์มเคลือบกระจำตาลลดลง อาการปากแห้งอันเนื่องมาจากน้ำลายลดลง

4. หลอดเลือดอักเสบ(Vasculitis) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เป็นมานาน

5. ความผิดปกติของระบบโลหิต ที่พบได้บ่อยคือ โลหิตจางจากโรคเรื้อรังจากการอักเสบเรื้อรังในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทำให้ไขกระดูกไม่สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงได้เพียงพอ

6. ปอดอักเสบและปอดเป็นผังผืด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอแห้งๆ เหนื่อยง่าย ถ้าเป็นมากหรือเรื้อรังอาจจะพบว่ามีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหรือแรงดันในหลอดเลือดแดงในปอดสูงได้

7. เยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ จะพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เป็นมานาน

8. การอักเสบของตา ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อาจเกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มตาขาว หรือตาขาวอักเสบ ทำให้ตาแดง ตามัว ตาสู้แสงไม่ได้ การอักเสบและละลายจากกระจกตา ทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง

อาการนอกข้ออื่นๆ ที่พบได้แก่ ผื่นผิวหนังจากการแทรกซึมของเซลล์นิวโทรฟิล นิ้วตกจากการอักเสบหนาตัวของเปลือกเอ็น เส้นประสาทถูกกดทับบริเวณข้อมือหรือข้อเท้าจากการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณข้อที่ทำให้เส้นประสาทถูกกดทับกระดูก

#### 1.4 การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

การวินิจฉัยโรคจะใช้อาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยอาศัยเกณฑ์การแยกโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์(Classification criteria for rheumatoid arthritis)โดย American College of Rheumatology (ACR) ค.ศ. 1987 (Arnett et al., 1988) แต่ปัจจุบันมีเกณฑ์ใหม่ในการแยกข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยจัดทำร่วมกันระหว่าง ACR กับ European League Against Rheumatism(EULAR) ในปี ค.ศ. 2010 (Aletaha et al., 2010)(ตารางที่1) มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดแยกผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มาเข้าในงานศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อให้ได้กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกัน(มนาริปี โอศิริ, 2554)

**ตารางที่ 1** เกณฑ์ในการแยกโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ค.ศ. 2010 จัดทำโดย American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism

ประชากรเป้าหมาย:ผู้ป่วยที่มี	
1) ข้ออักเสบอย่างน้อย 1 ข้อ มีลักษณะทางคลินิกของข้ออักเสบชัดเจน(ข้อบวม) 2) ข้ออักเสบที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เกณฑ์ในการจัดแยกโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์(รวมคะแนนจากหัวข้อ A ถึง D) คะแนนรวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป(จากคะแนนเต็ม 10) ถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์แน่นอน	
เกณฑ์ในการคัดแยก	คะแนน
A. ข้อที่มีอาการ	
ข้อใหญ่ 1 ข้อ	0
ข้อใหญ่ 2-10 ข้อ	1
ข้อเล็ก 1-3 ข้อ(มีหรือไม่มีข้อใหญ่)	2
ข้อเล็ก 4-10 ข้อ(มีหรือไม่มีข้อใหญ่)	3
มากกว่า 10 ข้อ (มีข้อเล็กอย่างน้อย 1 ข้อ)	5
B. การตรวจซีรัม(มีผลการตรวจอย่างน้อย 1 ค่า)	
สารรูมาตอยด์ได้ผลลบและ anti-CCP Ab ให้ผลลบ	0
สารรูมาตอยด์ได้ผลบวกต่ำหรือ anti-CCP Ab ให้ผลบวกต่ำ	2
สารรูมาตอยด์ได้ผลบวกต่ำหรือ anti-CCP Ab ให้ผลบวกสูง	3

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

เกณฑ์ในการคัดแยก	คะแนน
C. การตรวจ acute phase reactant(มีผลการตรวจอย่างน้อย1ค่า) ระดับ C-reactive protien ปกติ <u>และ</u> อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงปกติ	0
ระดับ C-reactive protien ผิดปกติ <u>หรือ</u> อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง ผิดปกติ	1
D. ระยะเวลาที่มีอาการ น้อยกว่า 6 สัปดาห์	0
ตั้งแต่ 6สัปดาห์ขึ้นไป	1

## 1.5 แนวทางการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

## 1.5.1การรักษาโดยการให้ยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์แบ่ง

ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้(รัตนาวดี ณ นคร วรวิทย์ เล่าห์เรณู และ โสมรัชช์ วิไลยุค, 2555)

1. ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug:NSAIDs) ยากลุ่มนี้จะมีคุณสมบัติในการระงับอาการปวดและลดการอักเสบของข้อ แต่ไม่สามารถทำให้โรคสงบได้ จึงใช้ในการบรรเทาอาการปวดเป็นหลัก ยากลุ่มนี้มีหลายชนิด เช่น ยาแอสไพริน ยาไอบูโพรเฟน ยาไดโคลฟีแนค ยานาพริ็อกเซน ยาไพริ็อกซีแคม เป็นต้น

2. ยากลุ่มปรับการดำเนินโรคข้อ(Disease modifying antirheumatic drug: DMARDs) ยาในกลุ่มนี้ไม่มีคุณสมบัติในการระงับปวดและการอักเสบโดยตรง แต่จะออกฤทธิ์ผ่านทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เพื่อลดการทำงานของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เป็นผลให้เซลล์ก่อการอักเสบหลังสารไซโตไคน์และเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบลดลง ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ช้า จึงเห็นผลภายหลังการได้รับยาไปแล้วประมาณ 4-8 สัปดาห์ ยากลุ่มนี้ได้แก่ ยาด้านมาลาเรีย เกลือทองคำ ยาซัลฟาซาลาซีน ยาเลฟลูโนไมด์ ยาตมูมิคุ้มกัน

3. ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์(Corticosteroids) เป็นยาที่มีคุณสมบัติในการระงับการอักเสบได้ดีและจะออกฤทธิ์อย่างรวดเร็ว ยามีอยู่หลายรูปแบบ ทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด นอกจากนี้ยังมีหลายชนิด โดยแต่ละชนิดจะมีประสิทธิภาพในการระงับการอักเสบและมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ที่สั้นหรือยาวแตกต่างกันออกไป ยาเหล่านี้ได้แก่ ยาเพรดนิโซโลน(Prednisolone) ยาไตรเอมซิโนโลน(Triacinilone) ยาเดกซามีธาโซน(Dexamethasone) เป็นต้น

4. ยากลุ่มสารชีวภาพ(Biologic agents) คือว่ามีฤทธิ์ชะลอการดำเนินโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เช่นเดียวกับกลุ่มยากลุ่มปรับการดำเนินโรค แต่มีส่วนประกอบของโปรตีน มีโมเลกุลขนาดใหญ่กว่ายากลุ่มปรับการดำเนินโรค สารชีวภาพเป็นการรักษาแบบตรงเป้า คือ มีฤทธิ์ยับยั้งการ



ทำงานของโมเลกุลหรือสารที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างเฉพาะเจาะจง โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งไซโตไคน์ก่อการอักเสบหรือตัวรับไซโตไคน์เหล่านี้เพื่อมิให้กระตุ้นการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อในโรค หรืออาจยับยั้งโมเลกุลบนเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของโรคทำให้เซลล์อักเสบเหล่านี้ถูกกระตุ้นลดลง ช่วยลดการอักเสบของข้อในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาต้านทูเมอร์เนคโรซิสแฟกเตอร์-แอลฟา(anti-TNF- $\alpha$ ) ยาต้านอินเตอร์ลิวคิน-1(anti-interleukin-1) ยาต้านอินเตอร์ลิวคิน-6(anti-interleukin-6) ยาทำลายลิมโฟไซต์ชนิดบี(anti-B cell therapy) และยายับยั้งการกระตุ้นของโมเลกุลร่วม(anti-costimulatory molecule)

**1.5.2 การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและการผ่าตัด** โดยรัตนาวดี ณ นคร และคณะ (2555) กล่าวไว้มีดังนี้

**การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู** ช่วยลดอาการปวด ลดอาการตึงขัดข้อ เสริมสร้างกำลังกล้ามเนื้อ ลดแรงกระทำต่อข้อ และเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูประกอบด้วย การออกกำลังกาย การใช้วิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น การประคบร้อน-เย็น การใช้ความร้อนลึกโดยอัลตราซาวด์ เลเซอร์ขนาดต่ำ การให้ความรู้และการฝึกการใช้ข้อและอุปกรณ์พยุงข้อ(occupational therapy) และการรำไทเก๊ก

**การผ่าตัด** การผ่าตัดในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีข้อบ่งชี้แตกต่างกันในระยะเวลาต่างๆของโรค ระยะต้น อาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดเลาะเยื่อข้อ เพื่อลดปริมาณเนื้อเยื่อข้อที่อักเสบและทำลายข้อ จะได้คงสภาพเดิมของข้อให้นานที่สุดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแพนนัส เช่น เส้นเอ็นขาด ข้อถูกทำลายจนผิดรูป ในระยะกลางจนถึงระยะท้ายของโรค การผ่าตัดแก้ไขความพิการผิดรูปของข้อ การเชื่อมข้อหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อมีบทบาทมากขึ้นเพื่อลดอาการปวดข้อ หรือการสูญเสียการทำงานของข้ออย่างรุนแรงและถาวรซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

## 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการอักเสบของข้อ บวม เจ็บ ส่งผลการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงจากการรักษาทางยาอีกด้วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญสนับสนุนผู้ป่วยผ่านการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษาและการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยเพื่อจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค ไม่ท้อแท้หมดหวัง และตื่นรนไปรักษาในวิธีที่ผิด ความรู้และความเข้าใจในโรคจะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่ออาการอักเสบและทำลายข้อ เข้าใจในการดูแลรักษาข้อ(Bands, 2007)

### เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ตามที่ The American College of Rheumatology (ACR) กล่าวว่าไว้ว่า เป้าหมายของการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์คือทำให้โรคสงบ(Disease remission) แต่ถ้าไม่สามารถทำให้โรคสงบได้ ก็ให้ควบคุมจนโรคมีการกำเริบน้อย(low disease activity)เพื่อป้องกันหรือควบคุมการทำลายข้อ

ป้องกันการสูญเสียหน้าที่และการลดความปวด (American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines, 2002) จึงได้มีการตั้งเป้าหมายการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ดังนี้(Bands, 2007) (ตารางที่2)

**ตารางที่ 2** เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

<p>ระ ห ว า ง ก า ร วិនิจฉัย</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การรักษาทางยา และการดูแลตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่างๆ</li> <li>2. การทำงานร่วมกับแพทย์ ในการคัดกรองผู้ป่วยในเรื่องข้อห้ามในการรักษาด้วยยา และการติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูผลทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน</li> <li>3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับทิมสุขภาพอื่นๆตามความจำเป็น เช่น นักกายภาพ นักโภชนาการ เป็นต้น</li> </ol>
<p>ระหว่งการรักษ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบรายการยาของผู้ป่วย</li> <li>2. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง</li> <li>3. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับความปวด</li> <li>4. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าจำเป็น</li> <li>5. ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและการกระตุ้นย้ำเตือนเรื่องการดูแลตนเอง</li> <li>6. การรายงานข้อมูลทางการพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> </ol> <p>ในการทำงานร่วมกับแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบการเกิดและความรุนแรงจากผลข้างเคียงของยาที่รักษา</li> <li>- เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ กระดูกพรุนและโรคหลอดเลือดหัวใจ</li> <li>- ติดตามความก้าวหน้าของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่ซึ่งเป็นสัญญาณที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค เช่น ลักษณะของข้อผิดรูปหรืออาการทางคลินิกของอวัยวะนอกข้อ</li> <li>- การสนับสนุนเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการป้องกันผลกระทบจากการอักเสบและการทำลายข้อโดยการให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพและการใช้กายอุปกรณ์เสริมและอุปกรณ์ช่วย</li> </ul>

**บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์** การพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีดังนี้

1. การช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ (Helping patient live with rheumatoid arthritis) โดยการ

1.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient education) The ACR ได้แนะนำไว้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยควรมีการวางแผนดูแลระยะยาว(American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines, 2002) พยาบาลสามารถจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา และการให้ความเข้าใจผู้ป่วยว่าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถรักษาและควบคุมโรคได้(Bands, 2007) และในการวางแผนระยะสั้นพยาบาลควรมีการปรับปรุงตัวชี้วัดเพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยเช่น ความพิการ จำนวนข้อที่ปวด การประเมินผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ(Niedermannet al., 2004; Riemsma et al., 2003 cited to Bands, 2007)

1.2 การสนับสนุนความร่วมมือทางการรักษา (Promoting adherence to therapy) ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มักเป็นผลลัพธ์ทางการรักษา โดยจากการศึกษา Rapoff et al. (2006)ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์วัยผู้ใหญ่พบว่า ร้อยละ 16-84 ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาทางยา และร้อยละ 25-65 ผู้ป่วยจะใช้วิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา นอกจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกแล้วพยาบาลสามารถใช้ขั้นตอนต่อไปนี้ในการติดตามสนับสนุนความร่วมมือทางการรักษา(Rapoff et al., 2006) มีดังนี้ เตือนผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาและให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาที่ใช้ในการรักษาต้องใช้เวลาในการออกฤทธิ์ค่อยช้กถามผู้ป่วยเป็นประจำเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีทักษะและความรู้ในการจัดการการเจ็บป่วยของตัวเอง มีการประเมินสภาพจิตใจเพื่อส่งต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตตามความเหมาะสม จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะยอมรับการรักษาได้ดีขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเอง(Thorne and Paterson, 2000; Coulter, 2001 cited to Bands, 2007 )

2. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษานอกเหนือจากการให้ยา (Counseling about nonpharmacological intervention) ได้แก่

2.1 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางการเคลื่อนไหว(Exercise and physical activity) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีข้ออักเสบจะมีอาการปวดข้อเป็นปัญหาหลัก โดยทั่วไปผู้ป่วยจึงไม่สามารถออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาหนักๆ ได้เหมือนคนปกติ แต่เมื่อควบคุมโรคได้ดีพอสมควร คือมีข้ออักเสบไม่มากและอาการปวดบรรเทาแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น ซึ่งนอกจากจะรักษาระยะการเคลื่อนไหวข้อและป้องกันข้อติดแล้ว การออกกำลังกายยังเพิ่มความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มสมรรถภาพทางหัวใจ ปอด การผ่อนคลาย ลดอาการเหนื่อยล้าและลดอาการปวดด้วย(Westby and Minor, 2006; รัตนาวิ ฌ นคร และคณะ, 2555) พยาบาลมีส่วนช่วยให้กำลังใจผู้ป่วยในการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวโดย ให้ผู้ป่วยยอมรับว่าอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นเรื่องปกติของการเริ่มออกกำลังกายไม่ใช้การกำเริบของโรค แนะนำให้ใช้การประคบร้อนหรือประคบเย็นก่อนและหลังการออกกำลังกาย ควรมีการwarm-up และ cool-down ทุกครั้งที่ออกกำลังกาย วางแผนการออกกำลังกายระยะสั้นในการพักหรือการทำกิจกรรมที่ไม่ใช้น้ำหนักเคลื่อนไหวให้ช้าลง การใช้ยาเพื่อจัดการความปวดที่เหมาะสม และการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกระหว่างออกกำลังกาย

2.2 กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด(Physical therapy and occupational therapy) มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งนักกายภาพบำบัดจะช่วยดูแลในการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง ส่วนนักกิจกรรมบำบัดจะช่วยดูแลเรื่องการป้องกันข้อ การจัดการความเหนื่อยล้า การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม(Hammond , 2004 cited to Bands, 2007)

2.3 การแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นการรักษาเสริมเนื่องจากผู้ป่วยต้องการบรรเทาอาการปวดให้ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหารเสริม กรดgamma-linolenic acid(borage seed oil ,evening primrose oil ,blackcurrant oil seed), omega-3 fatty acids (fish oil), spa therapy, Tai Chi และการรับประทานvitamin E ทดแทน พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาหารเสริมอาจไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกคน และการรับประทานสมุนไพรต่างๆ ต้องดูเรื่องกรรมวิธีและความสะอาด ซึ่งสมุนไพรดังกล่าวอาจมีส่วนต่อสาเหตุการเสียชีวิตสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวายหรือความดันโลหิตต่ำได้ จึงควรระมัดระวังในการรับประทานสมุนไพรหรืออาหารเสริมต่างๆ

2.4 การสนับสนุนเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์(Supporting sexual) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์กว่าร้อยละ 50 พบว่ามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์(Kraaimaat et al., 1996; Hill, 2004) พยาบาลจึงควรมีเทคนิคในการเปิดประเด็นคำถามเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการมีเพศสัมพันธ์

2.5 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (Counseling about Cardiovascular disease) โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์(Doomum , McColl and Wicks, 2002) พยาบาลมีส่วนสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่และการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์และจัดการควบคุมภาวะเสี่ยงดังกล่าว(Bands, 2007)

2.6 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการให้นมบุตร (Counseling about pregnancy and lactation) ยาMethotrexate and leflunomide เป็นยาที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นพยาบาลจึงควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและควรรับประทานยาคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ และควรมีการวางแผนการตั้งครรภ์โดยการปรึกษาแพทย์ผู้รักษา(Bands, 2007)

2.7 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา (Preventing drug – related toxicities) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาควรได้รับการคัดกรองให้แน่ใจโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยยา (Bands, 2007)

## 2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ได้ถูกกล่าวถึงเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยประธานาธิบดีจอห์นสัน (1964) ได้กล่าวปราศรัยว่า “การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น มีองค์ประกอบมากกว่าการมีความปลอดภัยด้านการเงิน” (Campbell, 1981 cited in Meeberg, 1993) และได้มีการนำมาใช้ในวงการแพทย์ในช่วงปี 1970 จากนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไว้ว่า “an individual’s perception of their position in life within the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns.” (WHOQOL Group, 1994) คือมุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะสุขภาพของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในสิ่งที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจของเขา คุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรวมถึงบริบทต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กว้างที่ประกอบไปด้วยหลายมิติ ที่รวมถึงชุมชน ครอบครัว และการทำงาน (Ware, 2003)นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยที่ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต(Ferrans and Powers, 1992) จึงได้นำเอาการวัดคุณภาพชีวิตมาเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพของบุคคล

องค์การอนามัยโลกได้นิยาม สุขภาพหรือ “Health” ไว้ว่า “State of complete physical, mental, and Social well- being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1946) นั่น คือ สุขภาพหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย ทางจิตใจและความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดี โดยมีได้หมายรวมเฉพาะการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้นคำนิยามนี้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองของสุขภาพ ซึ่งเดิมในช่วงปีค.ศ. 1960 ถึงต้นปี ค.ศ.1970ได้นิยามคำว่าสุขภาพโดยพิจารณาเพียงสุขภาพกาย แต่มีได้คำนึงในมิติด้านจิตใจและสังคม(Fayers and Machin, 2000)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หรือ “Health-related Quality of Life” เป็นการรวมกันของคำว่าคุณภาพชีวิตและสุขภาพ จึงได้คำนิยามใหม่ที่ว่า “The level of well-being and satisfaction associated with an individual’s life and how this is affected by disease, accidents and treatments from the patient’s point of view.” (Lovatt, 1992) คือ ระดับความสมบูรณ์และความพึงพอใจในชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับชีวิตแต่ละบุคคลและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุและได้รับการรักษาโดยมุมมองจากตัวผู้ป่วยเอง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นการพิจารณาปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในมุมมองของผู้ป่วยเอง เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและมีการทำหน้าที่ทางกายผิดปกติส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นๆ เสื่อมลง การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคในทุกๆ วัน เป้าหมายหลักในการรักษาจึงไม่จำกัดอยู่ที่การลดอัตราการเสียชีวิตแต่หากเป็นการดูแลเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ ลดอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความพิการและให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้วัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษารวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค (Wenger Mattson and Furberg et al., 1984; Calvert and Freemantle, 2003; Moons, 2004 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551)

## 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติเช่นเดียวกับคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตามจะไม่แตกต่างกันมากคือครอบคลุมถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (functional capacity) การรับรู้ (perception) เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากโรค (symptoms and their consequences) และผลที่เกิดจากการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

Ware และ Sherbourne (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลจากโรคและการรักษาต่อสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต บบบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

Guyatt และคณะ (1993) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและยอมรับโดยผู้ป่วยเอง

Patrick และ Erickson (1993) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการค่าที่กำหนดในช่วงชีวิตที่มีการปรับเปลี่ยนจากความบกพร่อง ความสามารถด้านการทำหน้าที่ การรับรู้และโอกาสทางสังคมที่มีอิทธิพลจากความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา

Lehman, Rachuba และ Postrado (1995) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะประกอบภาวะจิตใจ ร่างกาย บทบาทและหน้าที่ทางสังคม รวมถึงปฏิสัมพันธ์และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจและความผาสุกที่เหมาะสม

Wilson และ Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Schipper, Clinch และ Olweny (1996) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการอธิบายผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโดยการรับรู้ของผู้ป่วย

Jones (1998) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตบทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและความผาสุกของบุคคลหนึ่งซึ่งเกิดจากการรายงานด้วยตนเอง

## 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีหลากหลายแนวคิด แต่ที่ทราบกันทั่วไปคือแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีลักษณะเป็นไดนามิกและมีหลายมิติโดยจะรวมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่วนจะมีความเฉพาะเจาะจงของมิติที่แตกต่างกันออกไปนั้นจะขึ้นอยู่กับนักเขียนแต่ละคน (Haas, 1999) จากการศึกษา Tamlyn และคณะ (2012) ได้ทบทวนแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้กันบ่อยในงานวิจัย พบว่ามี 3 รูปแบบคือ World Health Organization International Classification of Functioning Disability and Health (WHO ICF) (2007) Wilson & Cleary Model of HRQOL (1995) และ Ferrans et al. Revised Wilson and Cleary Model of HRQOL (2005) โดยพบว่า Wilson & Cleary Model of HRQOL มีการใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 16 โดยแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary เป็นแนวคิดที่มีการผสมผสานกันระหว่างแง่มุมด้านชีววิทยากับด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมีการใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคมะเร็ง โรคพาร์คินสัน โรคเอดส์และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งจากการทดสอบโครงสร้างของ Wilson & Cleary Model

of HRQOLพบว่าข้อมูลมีความพอดี (fit the data adequately)และมีความสัมพันธ์กันระหว่างโครงสร้างทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < 0.05$ ) (Sousa and Kwok, 2006)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

**แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และ Cleary (1995)** ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยเพิ่มความซับซ้อนระหว่างด้านชีววิทยา ด้านสังคม และด้านจิตวิทยา ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของสาเหตุระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา (Biological and physiological) ที่ส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆได้แก่ปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) ปัจจัยด้านภาวะการทำงานที่ (Functional status) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of life) เพื่อให้การประเมินคุณภาพชีวิตมีความเหมาะสมกับการใช้งานทางคลินิก (Wilson & Cleary, 1995) ต่อมา Ferrans และคณะ (2005) ได้นำ Wilson and Cleary model for health-related quality of life มาพัฒนาปรับปรุงเป็น Conceptual Model of Health-related Quality of Life โดยยังคงรูปแบบโครงสร้างเดิม แต่ได้อธิบายปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจาก Wilson & Cleary ไม่ได้กล่าวถึงปัจจัยทั้งสองนี้ ในรายละเอียดนี้จะกล่าวถึงแนวคิดของ Wilson and Cleary model for health-related quality of life เป็นหลักโดยนำปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ที่ Ferrans และคณะ (2005) กล่าวถึงมาอธิบายให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา (Biological and physiological) ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา มีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดภาวะสุขภาพคือ การทำหน้าที่ทางกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต

2. ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms status) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ หรือ ความสามารถในการรับรู้ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical) Leventhal และคณะ (1980) ได้อธิบายว่า ประสบการณ์ความรู้สึกสัมผัส (Sensation) และกระบวนการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสของบุคคล ขึ้นอยู่ประสบการณ์ทางกายที่ผ่านมา และข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนถึงอาการ อาจใช้ประกอบการหาสาเหตุของการเจ็บป่วย



ผลกระทบ และความก้าวหน้าของการรักษาได้ ซึ่งประสบการณ์การมีอาการ การประเมินและการแปลผลอาการนั้น เป็นส่วนหนึ่งปัจจัยเฉพาะของบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

3. ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของในหลายๆด้านของแต่ละบุคคล เช่น การทำหน้าที่ทางกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งเป็นความหมายกว้างๆ ซึ่งสามารถมองได้หลายมุมมอง โมเดลร่วมสมัยมุ่งสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

4. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นๆ โดยการสังเคราะห์ความหลากหลายของภาวะสุขภาพทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย ซึ่งเป็นผลมาจากการประมวลผลปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยา ด้านอาการ และด้านการทำหน้าที่ทางกาย

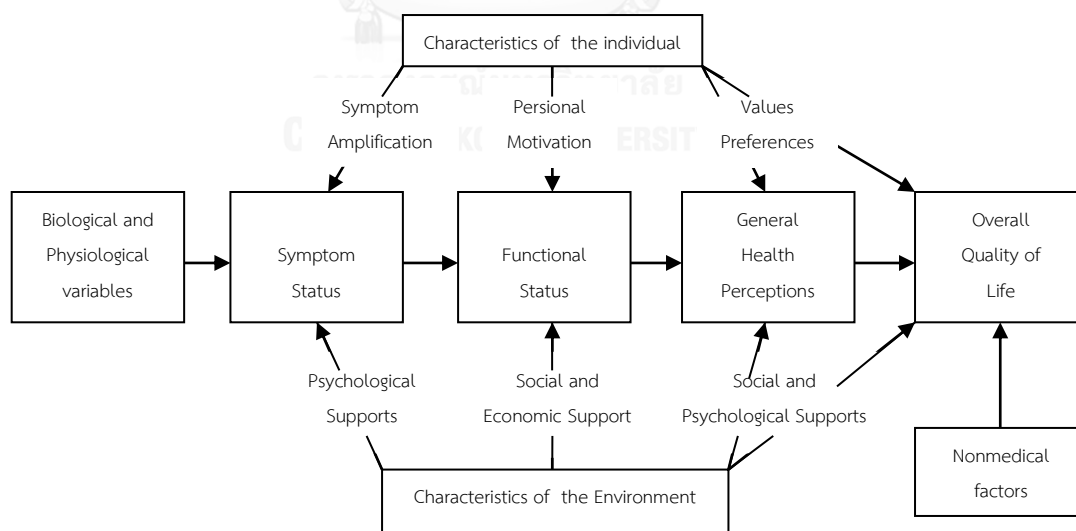
ส่วนปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) Ferrans และคณะ (2005) อธิบายไว้ว่า

5. ปัจจัยเฉพาะบุคคล (Characteristics of the individual) จำแนกเป็น การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ ซึ่งได้กล่าวว่าข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ และการทำหน้าที่ทางชีววิทยามีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ส่วนด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ จำแนกเป็น 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษา หรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์สนุกสนาน และ 3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนภายในตัวบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) จำแนกเป็น 1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ 2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

ปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยข้างต้นนั้น เป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยด้านชีววิทยา ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ทางกาย ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพ

ชีวิตตามลำดับกล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์หรืออวัยวะ จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรค เช่น อาการปวด เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงมากมายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ดังเดิม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และทำที่สุดย่อมส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็นปกติ นั้น หากผู้ป่วยยังรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ภาวะของโรคแย่ลง ในทางกลับกันหากผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดีจากสังคมรอบข้าง อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น (สิริอร พัวศิริ, 2533) กล่าวคือปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา การแสดงออกของอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยา หรือมีพยาธิสภาพของโรคเหมือนกันก็ตาม (นุจรี ประทีปะวนิช จอห์น, 2552)



ภาพแสดง Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model(1995)

ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และ Cleary (1995) ครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการปวดข้อ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ คือความสามารถด้านการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล คือ การเผชิญความปวดและความเชื่อด้านการเจ็บป่วย

## 2.3 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับคนทั่วไป (Linde et al., 2008) ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคและการรักษา รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยด้วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย** เป็นผลมาจากการอักเสบเรื้อรังของข้อ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อเรื้อรัง โดยอาการเริ่มแรกทางข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะมีการผิดตึงในข้อซึ่งมักจะเกิดหลังตื่นนอนตอนเช้า(Early morning stiffness)( Lineker et al., 1999) หรือหลังพักการใช้ข้อเป็นเวลานาน มีอาการปวดข้อ ข้อบวม ไม่สามารถใช้ข้อได้เป็นปกติ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากข้อ 1-2 ข้อ แล้วค่อยลามไปข้ออื่นแบบสมมาตร อาการอักเสบของข้อจะค่อยเป็นค่อยไปแบบเพิ่มข้อ โดยอาการปวดข้อ ข้อบวม อาการตึงขัดในข้อที่เริ่มเป็นตอนแรกไม่ได้ลดลงเลย เมื่อมีการดำเนินของโรคนานขึ้นในที่สุดผู้ป่วยจะมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ จนถึงข้อพิการผิดรูปพิการของข้อ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้ตามปกติ ตำแหน่งของข้อที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมักจะเป็นข้อใหญ่และข้อของระยะยาค์ส่วนล่าง ได้แก่ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อไหล่ ข้อเท้าและข้อกลางเท้า(Tarsal joints) ถ้าเป็นรุนแรงมากขึ้น ก็มีผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีการดำเนินโรคไปอย่างต่อเนื่องโดยอาการปวดข้อและการสูญเสียการทำงานของข้อนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรกของโรค เป็นผลจากการอักเสบของข้อ หากได้รับการรักษาและการดูแลที่ไม่เหมาะสม จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรงของข้อ ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานของข้ออย่างถาวร เกิดความพิการผิดรูปของข้อที่ไม่กลับคืนได้ (irreversible joint deformity) (มนาริปี โอศิริ, 2554) และแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมคือการได้ยากลุ่มปรับการดำเนินโรคข้อ (Disease modifying antirheumatic drugs หรือ DMARDs) อาการข้ออักเสบจะลดลงหรือหายไป แต่ก็อาจมีการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะๆได้ ผู้ป่วยแต่ละคนจึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดและความพิการที่แตกต่างกันเนื่องจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคเป็นแบบไดนามิก(Dynamic processes) (Peolsson et al., 2000)

2. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิต** เป็นผลกระทบโดยตรงต่อจากสุขภาพกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด(Stress) วิตกกังวล(Anxiety) รู้สึกไร้พลังอำนาจ(Helplessness) และภาวะซึมเศร้า(depression) (Lindroth et al., 1994) จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้า(depression)

พบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ(Conner et al., 2006) โดยมีรายงานว่าความปวด (Pain) และความเหนื่อยล้า(fatigue) เป็นตัวคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า(depression)เกิดขึ้นได้ ภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย และยังมีการศึกษาจำนวนหนึ่งพบว่าความปวดและภาวะซึมเศร้าจะเป็นตัวทำนายถึงความพิการ(Disability) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ในอนาคตได้ด้วย (Goldenberg et al., 2011) ภาวะซึมเศร้า(depression) อาจเกิดจากความเครียด(Stress) ที่สะสมจากการจัดการอาการปวดที่เรื้อรัง(Hamilton et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disturbance) ทำให้ระดับอารมณ์ที่ต่ำรุนแรง (low mood) การนอนหลับที่แปรปรวน(sleep disturbance) และความเหนื่อยล้า (fatigue) ก็เป็นปัญหาหลักในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เช่นกัน จากการศึกษาพบว่า การนอนหลับที่แปรปรวน (sleep disturbance) เป็นปัญหาที่มีเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ปัญหาการนอนหลับที่แปรปรวน(sleep disturbance) จะเชื่อมโยงกับอารมณ์ ส่วนปัญหาด้านจิตสังคมจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดำเนินของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Goldenberg et al., 2011) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ไม่เพียงจะเป็นผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพกายกับสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน รวมถึงผู้ร่วมงานอีกด้วย

**3. คุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ในสังคม** การเจ็บป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทำให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองเป็นไปได้น้อยลง(loss of autonomy) เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล และเนื่องจากการอักเสบเรื้อรังของข้อก่อให้เกิดการทำลายข้อในระยยะยาว ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำงาน จนต้องหยุดงานก่อนเกษียณ (มนาริปี โอศิริ, 2554) การศึกษาในประเทศตะวันตก พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 3 ต้องเลิกทำงานเต็มเวลา เมื่อเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มา 10 ปี (Fex et al., 1998) ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้ที่ลดลงแต่มีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยจะมีค่าใช้จ่ายที่ประกอบไปด้วย ค่าใช้จ่ายโดยตรง(Direct costs) ค่าใช้จ่ายโดยอ้อม(indirect costs) และค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น(intangible costs)(Pugner et al., 2000 อ้างถึงใน มนาริปี โอศิริ, 2554) ค่าใช้จ่ายโดยตรงได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยตรงคือค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการติดตามโรคและผลของยา และค่าใช้จ่ายโดยตรงที่ไม่เกี่ยวกับการรักษา คือ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารระหว่างรอตรวจ ค่าจ้างผู้อื่นที่ช่วยดูแล ส่วนค่าใช้จ่ายโดยอ้อมซึ่งเป็นมุมมองของผู้ป่วย หมายถึง การสูญเสียรายได้ที่สมควรจะได้ถ้าไม่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ รวมถึงการสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการปรับขึ้นเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่งหรือการต้องออกจากงานก่อนเวลาเกษียณเนื่องมาจากเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัว

ทำงานหนักมากขึ้น นำไปสู่ภาวะเครียดภายในครอบครัวและอาจเกิดความขัดแย้งในระยะยาวได้ด้วย (มนาธิป โอศิริ, 2554)

**4. คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ** การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคนซึ่งมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป บางคนอาจมีการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต แต่ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการกำเริบของโรคเป็นระยะๆ จะรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือความกลัว ความท้อแท้ในทุกครั้งที่เจ็บป่วยและมีการกำเริบของโรค ทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาความเจ็บป่วยของตน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรุล, 2528 อ้างถึงใน สิริอร พัวศิริ, 2533)

#### 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นเครื่องชี้วัดที่นิยมใช้ในการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือผลของการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง จึงพยายามที่จะวัดออกมาในรูปของคุณภาพชีวิตที่เป็นรูปธรรม ที่สามารถบอกออกมาเป็นปริมาณได้ ประกอบด้วย ระดับอาการของโรค ระดับการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งบทบาทในสังคมซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ความเชื่อ ความคาดหวัง และการยอมรับ หรือความคิดเห็นของแต่ละบุคคล (Testa and Simonson, 1996; Guyal, 1993)

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความตรงและความเที่ยง สามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสำคัญมากในการทำความเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วย การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายประการด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยการประเมินผลการรักษาหรือการดูแลทางสุขภาพรวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิกซึ่งในทางปฏิบัติการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Fayers and Machin, 2000)ผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาบูรณาการให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และนำไปสู่การให้การบำบัดอย่างเหมาะสม (Wilson and Cleary, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General quality of life measures) และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (Disease-specific quality of life measures)

### **เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General quality of life measures)**

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปมีทั้งประเภทประเมินภาวะสุขภาพแบบมิติเดียวหรือประเมินภาวะสุขภาพแบบหลายมิติ ซึ่งแต่ละประเภทมีเครื่องมือหลายชนิด (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) ดังนี้

**1. เครื่องมือประเภทมิติเดียว (Unidimensional health status measures)** หมายถึง เครื่องมือที่ประเมินสุขภาพเพียงมิติเดียว อาจจะเป็นคำถามเพียงคำถามหรือมีหลายคำถามแล้วรายงานเป็นภาพรวม ในกรณีที่เครื่องมือใช้คำถามเดียวอาจถามถึงความผาสุกโดยรวมหรือภาวะสุขภาพโดยรวมก็ได้ หรืออาจจะถามเกี่ยวกับมิติทางสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพชีวิตควรใช้หลายคำถามในแต่ละมิติเพื่อที่จะเพิ่มความเที่ยง (reliability) และความตรง (validity) ของแบบสอบถาม เครื่องมือแบบมิติเดียวที่ใช้หลายคำถาม มีดังนี้

1.1 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย เช่น Katz Index (Katz et al., 1963) และ Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965) ซึ่งเป็นเครื่องมือสองชนิดที่มีชื่อเสียงมาก ในการประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย โดยจะประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น เครื่องมือ Barthel Index จะมีข้อคำถาม 10 ข้อ ที่ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องการอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว การเดิน การขึ้นและลงบันได การขับถ่ายปัสสาวะและการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร โดยมีคะแนนรวม 100 คะแนน โดยที่ คะแนน 100 คะแนนหมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่หรือไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นเลย เครื่องมือนี้โดยส่วนใหญ่จะใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง

1.2 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางจิตใจ ซึ่งจะประเมินอารมณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เช่น เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอยู่หลายชนิด เช่น Beck depression Inventory (Beck et al., 1961) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีความตรงและความเที่ยงที่ดี มักใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยทางคลินิกในผู้ใหญ่ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยใช้คะแนน 0-3 ดังนี้ คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน โดยคะแนน 10-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง คะแนน 19-29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง และคะแนนมากกว่า 30 หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

1.3 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น Social support survey (Sherbourne & Stewart, 1991) เป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนทางข้อมูล (information support) การสนับสนุนที่มองเห็นได้ (tangible support) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก (Positive social interaction) ความรักและเอาใจใส่ (affection) เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดีมาก

1.4 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เช่น เครื่องมือ Mental status questionnaire (Kahn et al., 1960) เป็นคำถาม 10 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับวันที่ สถานที่ วันเกิดของตนเอง และผู้นำประเทศคนปัจจุบันและอดีต ถ้าตอบผิด 0-2 ข้อ ถือว่าปกติ ถ้าผิด 3-8 ข้อ ถือว่ามีความบกพร่องปานกลาง ถ้าผิด 9-10 ข้อ ถือว่ามีความบกพร่องรุนแรง

1.5 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เช่น เครื่องมือ Pittsburgh sleep quality index (PSQI) (Buysse et al., 1989) ประกอบด้วยคำถามที่ตอบด้วยตนเอง 19 ข้อ โดยมีคำถาม 15 ข้อที่มีตัวเลือก 4 คำตอบ (0=ไม่มีปัญหา ถึง 3 มีปัญหารุนแรง) เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการถูกรบกวนในระหว่างการนอนและคุณภาพของการนอนหลับและมีคำถามอีก 4 ข้อที่ให้เขียนตอบเกี่ยวกับเวลาเข้านอนและตื่นนอน ระยะเวลาที่ใช้ก่อนนอนหลับและจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ นอกจากนี้ยังมีคำถามสำหรับผู้ที่ยานร่วมด้วยตอบอีก 5 ข้อ มีตัวเลือก 4 คำตอบ เช่นกัน โดยถามเกี่ยวกับการถูกรบกวนการนอน คะแนนรวมของ PSQI อยู่ระหว่าง 0-21 โดยคะแนนมากกว่า 5 ถือว่ามีปัญหาในการนอน

1.6 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เช่น เครื่องมือ McGill quality of life questionnaire (Cohen et al., 1995) ซึ่งมีมิติย่อยทางจิตวิญญาณที่ดี ถึงแม้ว่าเครื่องมือนี้จะมีมิติทางด้านร่างกายด้วยแต่ไม่เด่นนัก เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะเสียชีวิตสูง จึงมีมิติจิตวิญญาณที่โดดเด่น เช่น คำถามเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่า และความหวาดกลัวกับอนาคต ฯลฯ โดยแต่ละคำถามมีคะแนนระหว่าง 0-10 (0=ไม่มีดีเลย ถึง 10= ดีที่สุด) นอกจากนี้ McGill quality of life questionnaire ยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตในอื่นๆ อีก เช่น Meaning in life scale (Warner & Williams, 1987) และ Death transcendence scale (Vandecreek & Nye, 1993)

1.7 เครื่องมือประเมินอาการปวด เช่น การใช้เครื่องมือ Visual Analog Scale ที่มีลักษณะคล้ายกับเทอร์โมมิเตอร์ มีสเกลตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือประเมินแบบหลายมิติ(Multidimensional Health Status Measures) คือ เครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติที่สำคัญ มิติที่สำคัญที่ทุกเครื่องมือประเภทนี้จะประเมิน คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับการประเมินมิติอื่นๆ ก็แตกต่างกันไปในแต่ละเครื่องมือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีหลายมิติ เช่น

2.1 Short Form Health Survey-36(SF-36) เป็นหนึ่งเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุดในโลก มีความเที่ยงและความตรงที่ดีและมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ ทั่วโลกจำนวนมากรวมทั้งภาษาไทย(วัชรลี เลอมาณกุลและปารณีย์ มีแต่้ม, 2543) SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ(Ware & Sherbourne, 1992) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ Physical functioning, role limitation due to physical problem, role limitation due to emotional problems, bodily pain, mental health, vitality, social functioning ,health perception แต่ละมิติมีจำนวนคำถามแตกต่างกัน และแต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายใช่หรือไม่ และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ likert scale โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนตัวเลือกตอบเป็น 2 ,3,4,5 หรือ 6 คำตอบให้เลือก การรายงานคะแนนของ SF-36 จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยที่คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถรายงานคะแนนออกมาเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical component scores) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (mental component scores) โดยคิดเป็น norm-based score ในรูปค่าเฉลี่ย  $\pm$  ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่  $50 \pm 10$  คะแนน

สามารถใช้แบบสอบถาม SF-36 ทั้งโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง(Self-administered) สัมภาษณ์ต่อหน้า (Face-to-face interview) หรือทางโทรศัพท์ (Telephone interview) ในต่างประเทศพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สำหรับประเทศไทย ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสามารถตอบได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างน้อยหรือผู้สูงอายุ ควรจะใช้วิธีสัมภาษณ์ต่อหน้า และไม่แนะนำให้ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพราะแบบสอบถามอาจยาวเกินไปและอาจเกิดปัญหาการให้คำตอบที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม(Social desirability) นั่นคือการตอบที่ให้ตัวเองดูดีไม่มีปัญหาอะไร ในขณะที่เดียวกันก็อาจตอบแบบมีปัญหาเกินความเป็นจริง



นอกจากแบบสอบถาม SF-36 แล้ว Ware และคณะ (1992) ได้ออกแบบสอบถาม SF-36 ฉบับย่อ คือ SF-12 ซึ่งนำคำถาม 12 คำถามมาจาก 8 มิติ ของ SF-36 พบว่ามีความตรงและความเที่ยงไม่ด้อยกว่า ถึงแม้ว่าจะไม่ดีเท่ากับ SF-36 แต่มีข้อเด่น คือ สั้นกว่ามาก สำหรับคะแนนนั้นมีการรายงานเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกายและคะแนนรวมทางด้านจิตใจ โดยคิดเป็น norm-based score เหมือนกับ SF-36

2.1 Sickness Impact Profile(SIP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา(Bergner et.al., 1981) เพื่อให้มีความไวเพียงพอที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ คือ มิติทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ประกอบด้วย 12 มิติย่อย โดยมิติทางด้านร่างกาย มี 3 มิติย่อย ได้แก่ 1)ambulation 2)mobility 3)body care and movement ส่วนมิติทางด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ 1) social interaction 2)communication 3) alertness behavior 4) emotional behavior 5)sleep and rest 6)eating 7)home management 8)recreation 9) employment การรายงานคะแนนมีทั้งคะแนน 12 มิติย่อยและคะแนน 2 มิติรวม ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคะแนนรวม ทั้งแบบสอบถามด้วย SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี(Coons et.al., 2000) สามารถตอบได้ด้วยตนเองและสามารถสัมภาษณ์ต่อหน้า แต่ข้อเสียคือ แบบสอบถามยาวเกินไปทำให้เป็นภาระต่อผู้ตอบมาก (respondent burden) พบว่า ในต่างประเทศใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที SIP มีการแปลเป็นหลายภาษาแต่ไม่มีภาษาไทย เนื่องจาก SIP ยาวมากจึงได้มีการสร้างแบบสอบถาม SIP ฉบับย่อ (SIP68)(Bruin et.al., 1994) ซึ่งพบว่า มีความเที่ยงและตรงที่ดีเช่นกัน แต่มีคำถามเหลือ 68 ข้อ ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้ 1)somatic autonomy 2)mobility control 3)psychological autonomy and communication(cognitive functioning) 4)social behavior 5)emotional stability 6)mobility range

2.3 Nottingham health profile (NHP) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นที่ประเทศอังกฤษ(Hunt et.al., 1980) มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมคำตอบทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ physical functioning, vitality(Sleep and energy), pain, emotional functioning, social functioning ส่วนที่สองประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่อง job/work, home management, social life, home life, sex life,interests /hobbies, holiday เครื่องมือ NHP เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเที่ยงและการตรวจที่เหมือนกับ SF-36 และ SIP

2.4 EuroQOL (EQ-5D) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนแรกเป็นคำถาม 5 ข้อของ EQ-5D ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพอยู่ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง(self care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Usual activities) ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย(Pain/discomfort) และความวิตกกังวลและซึมเศร้า(anxiety/depression)(Kind, 1996) แต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก และส่วนที่สองเป็น VAS หรือบางครั้งเรียกว่า EQ-VAS ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-100 เหมือน VAS ทั่วไป แต่ขอบบน คือ คะแนน 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ และของล่างคือ คะแนน 0 หมายถึงภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม EQ-5D ประมาณ 1 นาที และแบบสอบถามนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากมายรวมถึงภาษาไทยด้วย

2.5 Health Utilities Index(HUI) เป็นแบบสอบถามที่มีการใช้กันมาก คือ HUI2 และ HUI3(Torrance et.al., 1995) โดยที่ HUI2 ถูกพัฒนาขึ้นและใช้เป็นครั้งแรกในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็ง ต่อมาได้มีการปรับปรุงเพื่อใช้ในผู้ใหญ่ HUI2 ประกอบด้วย มิติทางสุขภาพทั้งหมด 7 มิติ คือ ความรู้สึก การเคลื่อนไหว อารมณ์ การใช้ความคิด การดูแลตนเอง ความเจ็บปวดและการสืบพันธุ์ แต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 4-5 ระดับ ตั้งแต่ระดับแย่มากจนถึงระดับปกติ สำหรับ HUI3 มีความคล้ายกับ HUI2 แต่มิติทางการสืบพันธุ์ถูกตัดออก มิติทางด้านความรู้สึกถูกขยายออกเป็น 3 มิติ คือ การมองเห็น การได้ยินและการพูด โดยสรุป HUI3 มีทั้งหมด 8 มิติ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การเดิน การใช้มือ อารมณ์ การใช้ความคิด และความเจ็บปวด โดยแต่ละมิติมีตัวเลือกอยู่ 5-6 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที โดยวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และประมาณ 2-3 นาที หากใช้วิธีสัมภาษณ์

2.8 SF-6D เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก SF-5D โดยให้เหลือเพียง 6 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical functioning) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) การจำกัดบทบาทการทำงานที่ (role-limitations) ความมีพลังกำลัง (Vitality) การทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (mental functioning) และความเจ็บปวด(Pain) โดยที่แต่ละมิติมี 4-5 ระดับ(Brazier et.al., 2002)

### **เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ(Disease-specific quality of life measures)**

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเป็นเครื่องมือที่ต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในสภาวะโรค อากาและกลุ่มอาการ การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกาย หรือกลุ่มบุคคลที่เฉพาะเจาะจงเหมาะที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของโรค ดังนั้นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะจึงเป็นเครื่องมือที่มีความไวต่อการดำเนินไปของโรค และสามารถวัดความแตกต่างระหว่างการเป็นโรคหรือไม่เป็นโรคในระยะต่างๆ ของโรค จึงสามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ทางการรักษา

(treatment effect) ได้ดีกว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะจะมีข้อดีในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงต่อโรคหรืออาการนั้นๆ แต่ข้อเสียคือไม่ได้ประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมทั่วไปทุกด้านเหมือนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป จึงไม่สามารถที่จะนำมาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างโรคที่ต่างกันได้ ใช้ได้เฉพาะโรคหรือเฉพาะบุคคลเท่านั้น สรุปได้ว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะมีความลึกแต่แคบกว่าในการประเมินคุณภาพชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป

### **เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

1.1 Arthritis Impact Measurement Scales(AIMS) และ AIMS2 โดย Meenan และคณะได้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อประเมินสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรังในปี ค.ศ. 1980 โดยแบบสอบถาม AIMS ครอบคลุมถึงแง่มุมด้านกายภาพ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยแบบสอบถามAIMS ประกอบด้วย 46 กิจกรรม แบ่งเป็น 9 หัวข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว(mobility) กิจกรรมทางกายภาพ (physical activity) การใช้งานของข้อมือและข้อมือนิ้ว(dexterity) อาการปวด (Pain) กิจกรรมประจำวัน(activities of daily living) ความวิตกกังวล(anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) บทบาทในสังคม(social role) และกิจกรรมในสังคม(social activity) ส่วนแบบสอบถาม AIMS2 ได้รับการปรับปรุงจากแบบสอบถาม AIMS ในปี ค.ศ. 1992 ได้เพิ่มเป็น 78 กิจกรรมใน 12 หัวข้อ มี 3 หัวข้อใหม่ที่เพิ่มเติมจากแบบสอบถาม AMIS ได้แก่การใช้งานของแขน (arm function) การทำงาน (work) และการสนับสนุนทางสังคม(social support) แบบสอบถาม AIMSและ AIMS2 ได้รับการทดสอบความแม่นยำ สมบูรณ์ครบถ้วน และไวต่อการเปลี่ยนแปลงและมีความสัมพันธ์กับตัววัดผลระยะยาวของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เช่นเดียวกับแบบสอบถาม HAQ-DI แบบสอบถาม AIMS2 ยังมีฉบับสั้น (AIMS 2-short version) ที่ประกอบด้วย 5 หัวข้อ 26 กิจกรรม เพื่อให้ใช้เวลาในการประเมินลดลง แต่ยังคงคุณสมบัติการประเมินเช่นเดียวกับแบบสอบถาม AIMS2 ฉบับเต็ม

1.2 แบบสอบถาม Rheumatoid Arthritis-specific Quality of life(RA-QoL) เป็นแบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและอารมณ์ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย รวมคำถาม 30 ข้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า The Short Form Health Survey-36 เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในหลากหลายกลุ่มโรคและได้รับการแนะนำว่าเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปที่เหมาะสมมากที่สุดสำหรับใช้วัดในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก(Beaton, Hogg-Johnson and Bombardier, 1997) โดยเฉพาะการนำประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เนื่องจากมีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า The SF-36 มีความตรงและความเที่ยงที่

ดีเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดได้ทั้งการทำหน้าที่และความสุขรวมถึงด้านอารมณ์และสังคมภายใต้การเจ็บป่วยที่ไม่ได้จำกัดแค่การวัดด้านการทำหน้าที่เพียงอย่างเดียว(Tuttleman et al., 1997 ; Kvien et al. 1998; Ruta et al., 1998; Khoudri et al., 2007; Linde et al., 2008; West and Wallberg-Jonsson, 2009) จากการศึกษาของ Tugwell และคณะ (2008)ในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ The SF-36ที่ใช้วัดผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าเหมาะสมที่จะใช้วัดผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เนื่องจากมีความครอบคลุมในทุกมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและยังสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ด้วย รวมถึงสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นและบุคคลปกติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะใช้เครื่องมือ The SF-36 ในการวัดมากที่สุด(Tuttleman et al., 1997; Tander et al., 2008; Benitha et al., 2006; Picchianti-Diamanti et al., 2010; Hodkinson et al., 2012)

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ The SF-36ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดได้ครอบคลุมในทุกมิติด้านสุขภาพและมีคุณภาพสูงกว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรค โดย The SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และ Sherbourne (1992) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limitation due to physical problem) ความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain) บทบาททางสังคม (social functioning) สุขภาพจิต (mental health) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems) ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง (vitality) และการรับรู้สุขภาพทั่วไป (health perception) ซึ่งแต่ละมิติมีจำนวนคำถามแตกต่างกันและแต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายใช่หรือไม่ และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ likert scale การรายงานคะแนนของ The SF-36 จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยที่คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า จะเห็นได้ว่าแบบประเมิน The SF-36 เป็นแบบประเมินมิติด้านสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม(Overall quality of life)ของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และ Cleary (1995)

แบบประเมิน The SF-36 ได้มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ ทั่วโลกจำนวนมากรวมทั้งภาษาไทย (วิชรี เลอमानกุลและปารณีย์ มีแต้ม, 2543) ซึ่งสามารถใช้แบบสอบถาม The SF-36 ทั้งโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง(Self-administered) สัมภาษณ์ต่อหน้า (Face-to-face interview) หรือทางโทรศัพท์ (Telephone interview) ในต่างประเทศพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที สำหรับประเทศไทย ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสามารถตอบได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ที่มีการศึกษาก่อนข้างน้อยหรือผู้สูงอายุ ควรจะใช้วิธีสัมภาษณ์ต่อหน้า และไม่แนะนำให้ใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพราะแบบสอบถามอาจยาวเกินไปและอาจเกิดปัญหาการให้คำตอบที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม(Social desirability) นั่นคือการตอบที่ให้ตัวเองดูดีไม่มีปัญหาอะไร ในขณะที่เดียวกันก็อาจตอบแบบมีปัญหามากเกินไปจนความเป็นจริง

### 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง ปัจจัยด้านอาการปวด การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ดังนี้

#### 3.1 อาการปวดข้อ

##### 3.1.1 อาการปวดข้อ

อาการปวดข้อ อาจเกิดจากความผิดปกติภายในข้อ(joint pain) เช่นที่พบในโรค gout, septic arthritis, rheumatoid arthritis เป็นต้นหรือเกิดจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อรอบข้อ (periarticular pain) เช่น เอ็น, bursa และสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกตินอกข้อ แต่ทำให้เกิดอาการคล้ายปวดข้อ (refer pain) เช่น carpal tunnel syndrome ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการคล้ายปวดข้อนิ้วมือได้ อาการปวดข้อแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1.1.1 Arthralgia คือ อาการปวดในตำแหน่งข้อต่อโดยที่ไม่มีอาการแสดงของการอักเสบใดๆปรากฏให้เห็นไม่ว่าจะเป็นจากการชักประวัติหรือจากการตรวจร่างกาย อาการปวดนั้นเป็น “ความรู้สึก” ของผู้ป่วยไม่ใช่อาการปวดจาก “พยาธิสภาพ” เนื่องจากศัพท์ที่ใช้ในภาษาไทย อาจทำให้สับสนกับอาการบอกล่าของผู้ป่วย ในทางปฏิบัติจึงนิยมใช้ทับศัพท์ว่า arthralgia เพื่อการสื่อความหมายที่ถูกต้อง

3.1.1.2 Arthritis คืออาการปวดในตำแหน่งข้อต่อร่วมกับตรวจพบว่ามีลักษณะของการอักเสบที่ตำแหน่งข้อนั้นๆ เช่น ข้อบวม ผิวหนังที่ปกคลุมบริเวณข้อแดงและร้อนกว่าปกติ และกดเจ็บตามแนวข้อต่อ (joint line) ขณะทำการตรวจข้อผู้ป่วยมักจะเกร็งข้อไว้และไม่ค่อยยอมขยับข้อ เนื่องจากมี “พยาธิสภาพ” อยู่ที่ข้อจริงๆ

3.1.1.3 Periarticular inflammation เป็นการอักเสบของโครงสร้างรอบๆข้อ เช่น บริเวณผิวหนังที่ปกคลุมข้อ เส้นเอ็นรอบข้อ bursa หรือ ฟังผืด การอักเสบของโครงสร้างเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีอาการปวดที่ข้อได้ จะตรวจพบว่ามีลักษณะบวม แดง ร้อน และกดเจ็บ ที่ตำแหน่งข้อได้คล้ายกันกับข้ออักเสบ

หากตรวจข้อแล้วไม่พบความผิดปกติใดๆที่ข้อและผู้ป่วยยังขยับหรือใช้ข้อได้ตามปกติจะจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า arthralgia แต่ถ้าตรวจพบข้อบวม ผิวหนังบริเวณข้อแดง อุ่น กดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยขยับหรือใช้ข้อนั้นได้ไม่เต็มที่ หรือถ้าตรวจไม่พบลักษณะการอักเสบในขณะนั้นแต่ซักได้ประวัติชัดเจนว่าบริเวณข้อนั้นเคยบวมแดงร้อนมาก่อนจนไม่สามารถใช้งานไม่ได้จะจัดอยู่ในกลุ่มที่เป็น arthritis หรือเป็น periarticular inflammation ก็ได้ ซึ่งบางครั้งจะดูคล้ายกันมากจนทำให้เกิดความสับสน สามารถแยกจากกันได้โดยการตรวจข้ออย่างละเอียด ดังนี้

**ตารางที่ 3** การตรวจข้อเพื่อแยกข้ออักเสบ (arthritis) ออกจากการอักเสบของโครงสร้างรอบๆข้อ (periarticular inflammation)

ข้ออักเสบ (arthritis)	การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบๆข้อ (periarticular inflammation)
บวมทั่วไปรอบๆข้อ	บวมเฉพาะที่ตรงกับตำแหน่งของโครงสร้างที่อักเสบ
ไม่ค่อยแดงมากนักและจำกัดอยู่เฉพาะบริเวณข้อ	แดงชัดเจนและอยู่ผิวๆ อาจแดงเลยตำแหน่ง
อาจไม่แดงเลยหากข้อนั้นอยู่ในตำแหน่งที่ลึก	ข้อออกไปตามแนวของโครงสร้างที่อักเสบ
กดเจ็บตามตำแหน่งที่เป็นแนวข้อเท่านั้น	กดเจ็บไปตามลักษณะทางกายวิภาคของโครงสร้าง
	ที่มีการอักเสบ ซึ่งอาจเจ็บพันส่วนที่เป็นแนวข้อออกไป
ตรวจพบน้ำไขข้อชัดเจน	ตรวจไม่พบน้ำไขข้อ
มีผลต่อ active ROM* พอกับ passive ROM	มีผลต่อ active ROM มากกว่า passive ROM

\* ROM = range of motion

**อาการแสดงของข้ออักเสบ (signs of arthritis)** ข้ออักเสบจะก่อให้เกิดอาการแสดงที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ข้อบวม (joint swelling) ลักษณะบวมที่เกิดจากข้ออักเสบจะบวมรอบๆข้อ (generalized swelling) สาเหตุที่ทำให้ข้อบวมนั้นอาจเกิดจากการสร้างน้ำไขข้อ (joint effusion) เพิ่มขึ้นหรือบวมจากการแบ่งตัวหนาขึ้นของเยื่อข้อที่กำลังมีการอักเสบ (synovial proliferation)

2. กดเจ็บตามแนวข้อ (tenderness along the joint line) ตำแหน่งกดเจ็บจะแยกจากการอักเสบนั้นเกิดขึ้นภายในข้อ (intraarticular) หรืออยู่ที่เนื้อเยื่อรอบๆข้อ (periarticular) ถ้ากดเจ็บทุกจุดบนแนวข้อต่อแสดงว่ามีข้ออักเสบ แต่ถ้ากดเจ็บเพียงจุดใดจุดหนึ่งบนแนวข้อหรือเจ็บเลยแนวข้อออกไปมากจะเกิดจากการอักเสบของโครงสร้างรอบๆข้อมากกว่า

3. ขยับข้อหรือใช้งานได้ไม่เต็มที่ (limitation range of motion) การประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion- ROM) โดยประเมินแบบ active ROM คือ ให้ผู้ป่วยขยับข้อให้ดูก่อนว่าขยับได้มากน้อยเพียงใดและประเมินแบบ passive ROM โดยจับข้อผู้ป่วยเหยียดงอหรือขยับไปตามแนวการทำงานของข้อนั้นๆ จากการซักประวัติเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ลูกจากเตียง ตักน้ำอาบ สีฟัน การนั่งส้วมซึม ซักผ้า เอื้อมหยิบของจากหิ้ง เดินไปมา หรือเดินขึ้นลงบันได หรือประเมินจากอุปสรรคในการประกอบอาชีพ เช่น พิมพ์ดีด เล่นดนตรี เล่นกีฬา ขับรถ เพาะปลูก ดำนาหรือเกี่ยวข้าว เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยจะทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ลดลง

### 3.1.2 อาการปวดข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

อาการปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นอาการปวดที่เกิดจากการปวดข้อเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบเรื้อรังที่มีลักษณะอาการที่สำคัญคือ การอักเสบเรื้อรังหลายข้อแบบสมมาตร (Chronic symmetric arthritis) ผู้ป่วยอาจมีอาการเริ่มจากอาการข้ออักเสบเพิ่มข้อจาก 1-2 ข้อเป็นหลายข้ออย่างค่อยเป็นค่อยไป (Additive polyarticular arthritis) หรือมีการอักเสบของข้อหลายข้อเกิดขึ้นพร้อมกันอย่างฉับพลัน (Acute polyarticular arthritis) ก็ได้ (มนาธิป โอศิริ, 2554)

ข้อที่พบการอักเสบในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้บ่อย ได้แก่ ข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อเข่า และข้อเท้า ในระยะแรกของการอักเสบข้อจะมีเส้นเลือดมาเลี้ยงที่เยื่อข้อและเยื่อหุ้มข้อมาก มีการสร้างสารน้ำในช่องข้อเพิ่มขึ้น ทำให้ข้อบวม และร้อน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อและจะมีอาการฝืดตึงในข้อซึ่งมักจะเกิดหลังตื่นนอนตอนเช้า (Early morning stiffness) (Lineker et. al, 1999) หรือหลังพักการใช้ข้อเป็นเวลานาน มีอาการปวดข้อ ข้อบวม ไม่สามารถใช้ข้อได้เป็นปกติ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากข้อ 1-2 ข้อ แล้วค่อยลามไปข้ออื่นแบบสมมาตร อาการอักเสบของข้อจะค่อยเป็นค่อยไปแบบเพิ่มข้อ

อาการปวดข้อ ข้อบวม อาการตึงขัดในข้อที่เริ่มเป็นตอนแรกไม่ได้ลดลงเลยและจะพบข้อบวมมากเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำในข้ออย่างรวดเร็วและการบวมข้ออย่างรวดเร็ว จึงมีอาการปวดมากจากความดันภายในข้อที่มีมากขึ้น (วรวิทย์ เล้าห์เรณู, 2544) ซึ่งเกิดจากสารเคมี Prostaglandin และ Bradykinin ที่เพิ่มมากขึ้นในน้ำไขข้อ จะเป็นตัวกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกภายในเยื่อข้อ นอกจากนี้ยังมี Cytokines ถูกสร้างขึ้นเป็นจำนวนมาก ได้แก่ TNF- $\alpha$ , interleukin-1 และ interleukin-6 ซึ่งเป็นจะเป็นตัวกระตุ้นระบบประสาทส่วนปลาย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด

อาการปวดมากยิ่งขึ้นในระหว่างที่มีการลงน้ำหนักหรือมีการเคลื่อนไหวของข้อ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่เกิดขึ้นจากการอักเสบของเยื่อข้อจะถูกเปลี่ยนให้เป็นกระแสไฟฟ้า โดยการส่งกระแสไฟฟ้าในรูปของ nerve action potential (NAP) จากปลายประสาท nociceptor (C-fiber) ไปยังไขสันหลัง และเยื่อข้ออักเสบนี้ยังมีความสัมพันธ์ในการเพิ่มผลผลิต  $\gamma$ -aminobutyric acid (GABA) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวรับกระแสไฟฟ้าในไขสันหลังส่งต่อสมองแปลผลกลับมาเป็นความเจ็บปวด (Walsh and McWilliams, 2012)

เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคที่มีการอักเสบเรื้อรัง ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงที่เยื่อข้อจะลดลง แต่มีเซลล์ก่อการอักเสบมาแทรกตัวที่เยื่อข้อมากขึ้น แต่ลักษณะของข้อที่บวมจะมีลักษณะของเยื่อข้อที่หนาตัวมากกว่าจะเป็นการบวมจากที่มึนน้ำในข้ออยู่ภายใน เมื่อเข้าสู่ระยะเรื้อรังความรุนแรงของอาการปวดจะเริ่มลดลง ในขณะที่ข้อจะเริ่มถูกทำลายมากขึ้น จะมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ ในระยะท้ายจะเริ่มพบว่ากล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ข้อมีการเปลี่ยนแปลง คือ กล้ามเนื้อลีบ และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อมีการผิดรูปตามมา เมื่อมีข้ออักเสบและมีข้อติดหรือผิดรูปหลายข้อ รวมทั้งกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อที่ลีบและอ่อนแรง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลุกนั่งหรือนอน เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย ในระหว่างการดำเนินโรคนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ขึ้นมาได้ (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2544) ผู้ป่วยแต่ละคนจึงมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดและความพิการที่แตกต่างกันเนื่องจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคเป็นแบบไดนามิก (Dynamic processes) (Peolsson et. al, 2000)

### 3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการปวดข้อ

อาการหลักที่สำคัญของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คืออาการปวดข้อ Pasero และ McCaffery (2001) ได้กล่าวว่าไว้ว่า การรายงานความปวดโดยผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่มีความตรงที่สุด ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นไปสู่แนวทางในการรักษาเพื่อควบคุมความปวดได้ ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดของบุคคลเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน เครื่องมือที่จะนำมาใช้ประเมินความปวดควรเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดมิติต่างๆ (Multidimensional aspects) ของความปวดได้ครบถ้วน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สามารถประเมินได้หลายวิธี แต่ละวิธีก็ได้รับการทดสอบความแม่นยำ น่าเชื่อถือและไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดข้อในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีดังนี้

1. การประเมินโดยใช้เส้นตรงแนวนอนความยาว 10 ซม. โดยปลายด้านซ้ายที่ 0 ซม. เทียบเท่ากับไม่มีอาการปวดข้อเลย ปลายด้านขวาที่ 10 ซม. เทียบเท่ากับอาการปวดข้อที่รุนแรงที่สุด



ที่ผู้ป่วยเคยมีอาการมา แล้วให้ผู้ป่วยขีดเส้นตรงตั้งฉากและตัดเส้นแนวนอนนี้ เป็นการให้คะแนนว่า อาการปวดข้อในปัจจุบันของผู้ป่วยหรืออาการโดยเฉลี่ยในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ผู้ประเมินจะวัดความยาวจากปลายเส้นด้าน 0 ซม. ไปถึงเส้นที่ผู้ป่วยขีด เป็นคะแนนของอาการปวดข้อ ถ้าขีดใกล้ปลายด้าน 10 ซม. มากแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการปวดมาก เรียกวิธีนี้ว่า Visual analog scale หรือ VAS VAS มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดข้อ ในการใช้ประเมินผู้ป่วยในการศึกษาวิจัยทางคลินิก แต่ในเวชปฏิบัติผู้ป่วยอาจจะไม่ถนัดใช้วิธีนี้นัก การจุดบนเส้นตรง 10 ซม. จุดละ 1 ซม. เป็น Numeric rating scale ทำให้ประเมินอาการปวดข้อโดยผู้ป่วยทำได้ง่ายขึ้น

1.1 การประเมินอาการปวดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้เส้นตรงแบบ Visual analog scale(VAS) ขนาด 10 ซม.



1.2 การประเมินอาการปวดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้เส้นตรงแบบ Numeric rating scale ขนาด 10 ซม.



2. การประเมินโดยใช้ Likert scale ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่มีอาการปวดข้อ 1 ปวดข้อเล็กน้อย 2 ปวดข้อปานกลาง 3 ปวดข้อรุนแรง และ 4 ปวดข้อรุนแรงที่สุด ผู้ป่วยมักจะเข้าใจวิธีนี้ง่ายกว่าการใช้ VAS เพราะแต่ละระดับจะมีคำอธิบายประกอบอยู่ ผู้ประเมินสามารถกำหนดจำนวนระดับได้เอง วิธีการประเมินอาการปวดข้อด้วย Likert scale นี้มีความสัมพันธ์กับการประเมินด้วยวิธี VAS ถึงแม้ผู้ป่วยมักจะให้คะแนนกลางๆ ได้บ่อยกว่า

2.1 แบบประเมินอาการปวดในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดย Likert scale

ไม่ปวดข้อเลย    ปวดข้อเล็กน้อย    ปวดข้อปานกลาง    ปวดข้อรุนแรง    ปวดข้อรุนแรงที่สุด

3. การประเมินอาการปวดโดยใช้แบบสอบถาม เช่น แบบสอบถามอาการปวดที่พัฒนาโดยมหาวิทยาลัย McGill (McGill Pain Questionnaire) แบบสอบถามอาการปวดข้อ Arthritis Impact Measurement Scales(AIMS) และแบบประเมินอาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ Rheumatoid arthritis pain scale (RAPS) แบบสอบถามเหล่านี้ใช้เวลามาก ไม่สะดวกในการใช้ในเวชปฏิบัติ จึงไม่นิยมเท่ากับการใช้ VAS หรือ Likert scale แต่จะใช้มากในงานวิจัยทางคลินิก

3.1 The McGill Pain Questionnaire(MPQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความเจ็บปวดที่พัฒนาขึ้นโดย Melzack และ Torgerson ของมหาวิทยาลัย McGill ในปี 1971 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่รายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยจะแผนภาพที่แสดงร่างกายมนุษย์ในการที่จะให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งที่เจ็บปวด ส่วนต่อไปจะมีค่าที่แสดงถึงลักษณะของความเจ็บปวดจำนวน 102 คำ แบ่งเป็น 20 หมวดหมู่ และจาก 20 หมวดหมู่ได้จำแนกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านความรู้สึกรู้สึก(sensory) จะประกอบด้วยหมวดหมู่ที่1-10 ด้านอารมณ์ (affective) ประกอบด้วยหมวดหมู่ที่ 11-15 ด้านการประเมิน (evaluative) ประกอบด้วยหมวดหมู่ที่ 16 และด้านอื่นๆ ประกอบด้วยหมวดหมู่ที่ 17-20 และจะมีส่วนที่ประเมินระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน ( present pain intensity, PPI) มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 ในการทำแบบสอบถามนี้จะใช้เวลาในการทำประมาณ 15-20 นาที ซึ่งใช้เวลาค่อนข้างมากจึงไม่เหมาะที่จะใช้ในเวชปฏิบัติ จึงมีการพัฒนาเครื่องมือ the short form of the McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)โดย Melzack ของมหาวิทยาลัย McGill ในปี 1987 ในการประเมินความปวด ประกอบด้วย ส่วนที่1 ลักษณะอาการปวด(Pain descriptors) ซึ่งแบ่งเป็นด้านความรู้สึกรู้สึก (sensory score) 11ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) 4 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน ( present pain intensity, PPI) มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 และส่วนที่ 3 visual analog scale (VAS) ซึ่งคำที่ใช้ในการประเมินลักษณะอาการปวดเป็นคำธรรมดาที่เข้าใจง่ายและใช้เวลาในการทำแบบสอบถามเพียง 2-5 นาที จากการทดสอบพบว่า SF-MPQ เป็นเครื่องมือที่มีความไวใกล้เคียงกับ MPQ แต่ SF-MPQ ไม่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้แทน MPQ เพียงแต่มาได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีเวลาจำกัด

3.2 The arthritis impact measurement scales (AIMS) โดย Meenan และคณะได้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อประเมินสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรังในปี ค.ศ. 1980 โดยแบบสอบถาม AIMS ครอบคลุมถึงแง่มุมด้านกายภาพ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย แบบสอบถาม AIMS ประกอบด้วย 46 กิจกรรม แบ่งเป็น 9 หัวข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว(mobility) กิจกรรมทางกายภาพ (physical activity) การใช้งานของข้อมือและข้อมือนิ้ว(dexterity) อาการปวด(Pain) กิจกรรมประจำวัน(activities of daily living) ความวิตกกังวล(anxiety) อาการซึมเศร้า(depression) บทบาทในสังคม(social role) และกิจกรรมในสังคม(social activity) ซึ่งในหัวข้ออาการปวด(Pain)

ของแบบสอบถาม AIMS จะมี 4 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการปวดข้อกับระยะเวลาของอาการผิดตั้งข้อหลังตื่นนอนตอนเช้าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้ Likert scale

3.3 Rheumatoid arthritis pain scale (RAPS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Anderson ในปี 2001 เพื่อใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ด้วยผู้ใหญ่โดยเฉพาะ ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ที่จะอธิบายลักษณะของความปวด ความรุนแรงของความปวด และผลกระทบจากความปวด ประเมินด้วย Likert scale 7 ระดับ คือ 0= never ไปจนถึง 6 = always ซึ่งคะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงความรุนแรงของอาการปวดข้อที่เพิ่มขึ้น แบบประเมิน Rheumatoid arthritis pain scale (RAPS) มีลักษณะคล้ายแบบประเมิน the McGill Pain Questionnaire และให้ข้อมูลที่ชัดเจนกว่า a visual analogue pain scale และเป็นประโยชน์ในงานวิจัยทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่จะใช้ในการประเมินอาการปวดที่มีความสัมพันธ์กับผลของการรักษาและผลกระทบจากการรักษาด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The short form of the McGill Pain Questionnaire ของ Melzack (1987) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุลและคณะ(2548)ในการประเมินอาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เนื่องจากเป็นการประเมินความปวดที่รายงานโดยตัวผู้ป่วยเองซึ่งมีการประเมินความปวดในหลายมิติ ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปประเมินอาการปวดอย่างแพร่หลาย โดย วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุลและคณะ(2548) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามีความสอดคล้องภายในดี และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 ซึ่งมีการใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัยเรื่องความปวดเนื่องจากใช้เวลาในการทำแบบสอบถามเพียงแค่ 2-5 นาที

### 3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

อาการปวดข้อเป็นอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต้องมาพบแพทย์ (สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, 2548) อาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis pain) เกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงของข้อต่อและเอ็น จากการอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอน เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย ในระหว่างการดำเนินโรคนี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ขึ้นมาได้(วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2544) จากการศึกษาของ Yacoub และคณะ (2012) พบว่าคุณภาพชีวิตจะลดลงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการปวดข้อ และ Garip, Eser และ Bodur (2011) ศึกษาพบว่าความปวด (pain) เป็นตัวแปรอันดับแรกที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับ Cho และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าความปวดเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3.2 การเผชิญความปวด

#### 3.2.1 การเผชิญความปวด

การเผชิญความปวด(Pain coping)จะเกี่ยวข้องกับการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรม (cognitive and behavioral strategies)ในการจัดการเพื่อลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความพิการ(International Association for the Study of Pain, 2009) การเผชิญความปวดสามารถใช้กลวิธีในการเผชิญความปวดได้หลายวิธี ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีกรอบอธิบายการเผชิญความปวดไว้ถึง 5 รูปแบบดังนี้คือ 1)The cognitive/behavioral model of pain coping 2)The problem/emotion-focused coping model of pain coping 3) The active/passive coping model 4) The fear avoidance model of pain coping 5) The acceptance model of pain coping

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้กล่าวถึงโมเดล The active/passive coping ซึ่งเป็นกลวิธีในการเผชิญความปวดที่เป็นแบบเชิงรุก(active coping) คือการจัดการความปวดที่รวมถึงความพยายามในการควบคุมความปวด ได้แก่การหากิจกรรมผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง และแบบเชิงรับ(passive coping) คือการจัดการความปวดโดยหาจากแหล่งภายนอก ได้แก่การหยุดทำกิจกรรมและนอนพักบนเตียง หรือการรับประทานยาเพื่อลดความปวดทันทีทันใด(Carroll et al., 2002; International Association for the Study of Pain, 2009)

#### 3.2.2 การเผชิญความปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

การเผชิญความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง และได้มุ่งไปที่ผลลัพธ์ระยะสั้นของการเผชิญความปวดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานทางด้านจิตใจโดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา นักวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความปวดและหน้าที่การทำงานด้านจิตใจในช่วงเวลาที่สามารถควบคุมโรคได้ การเผชิญปัญหาแบบเชิงรับ( Passive coping) เป็นการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง เช่น การตำหนิตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ และความคิดเชิงลบ ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นการปรับเปลี่ยนทางด้านจิตวิทยาที่แย่ง (Jensen et al., 1991; Young, 1992). ในภาวะเรื้อรังของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดคงที่ในช่วงเวลานั้น ๆ(Gunther et al., 1994) ดังนั้นจึงได้รับการแนะนำว่าการเผชิญความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะทำนายผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ จากการศึกษาของ Brown และ Nicassio (1987) เกี่ยวกับการเผชิญความปวดพบว่าการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก จะลดภาวะซึมเศร้าและทำให้การทำงานด้านร่างกายเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือน และในทางตรงกันข้ามหากมีการเผชิญปัญหาแบบ

เชิงรับ พบว่าความปวดและภาวะซึมเศร้าจะมีมากขึ้น และกิจกรรมต่างๆจะทำได้ลดลง Revenson และ Felton (1989) ได้ศึกษาพบว่า การเผชิญความปวดแบบเชิงรับจะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจภายใน 6 เดือน โดยพบว่า การพักผ่อนเป็นหนทางในการเผชิญความปวดที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลงภายหลัง 1 ปีที่เริ่มมีอาการ (Evers et al., 1998)

### 3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการเผชิญความปวด

1. The Pain Management Inventory (PMI) เครื่องมือที่ประเมินการจัดการความปวด ได้รับการพัฒนาโดย Brown and Nicassio (1987) ที่ซึ่งใช้ในการประเมินโดยผู้ป่วยเองที่เป็นแบบ active เช่น distraction, functioning in spite of pain หรือ passive เช่น avoiding activity, lying down

2. The Pain Coping Inventory (PCI) เครื่องมือที่ประเมินการการเผชิญความปวดที่พัฒนาขึ้นโดย Eimer และ Allen (1995) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดกลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบ active และ passive เมื่อต้องรับมือกับความปวด ซึ่ง active coping เป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรม 3 กลยุทธ์ ได้แก่ การวัดความพยายามของผู้ป่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจของตนเองจากความเจ็บปวด (distraction; ข้อคำถาม 5 ข้อ) การแปลงผลความปวด (pain transformation, ข้อคำถาม 4 ข้อ) และหน้าที่การทำงานขณะที่มีความปวด (reducing demands, ข้อคำถาม 3 ข้อ) passive coping เป็นการประเมินกลยุทธ์ที่สะท้อนการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรม 3 กลยุทธ์ ได้แก่ ประเมินแนวโน้มพฤติกรรมที่จำกัดการทำงานที่ (resting, ข้อคำถาม 5 ข้อ) การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม (retreating, ข้อคำถาม 7 ข้อ) ความคิดรู้เชิงลบเกี่ยวกับความปวด (worrying, ข้อคำถาม 9 ข้อ) คะแนนของ active coping และ passive coping สามารถคำนวณได้จากการสรุปคะแนนถ่วงน้ำหนักจากข้อคำถามทั้งหมด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาของ คะแนน active และคะแนน passive อยู่ที่ .79 และ .90 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้จากการศึกษาในปัจจุบัน

3. The Ways of Coping Checklist (WCCL) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการเผชิญปัญหาแบบทั่วไปของ Folkman และ Lazarus (1980) ที่สามารถดัดแปลงสำหรับการศึกษาการเผชิญความปวดได้ จะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การมุ่งเน้นด้านปัญหา และการมุ่งเน้นด้านอารมณ์ (การค้นหาการสนับสนุนทางสังคม ความปรารถนาด้านความคิด การตำหนิตนเองและการหลีกเลี่ยง) เครื่องมือนี้สามารถใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับการปวดในข้ออักเสบที่มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการใช้การมุ่งเน้นด้านอารมณ์ในการรับมือกับความปวด

4. The Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) ได้มีการถูกใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังเช่น การปวดหลังเรื้อรัง หรือปวดต้นคอ ระดับคะแนนที่สูงแสดงถึงผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงความกลัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมิน The Pain Coping Inventory (PCI) เครื่องมือที่ประเมินการเผชิญความปวดที่พัฒนาขึ้นโดย Eimer และ Allen (1995) ในการประเมินการเผชิญความปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบ active และ passive (Brown and Nicassio 1987; Lynn Snow-Turek, Norris and Tan, 1995; Covic, Adamson and Hough, 2000; Ferrari & Russell, 2010) และแบบประเมิน The Pain Coping Inventory (PCI) ได้นำกลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก และการเผชิญความปวดแบบเชิงรับมาเป็นข้อคำถามในการประเมินการเผชิญความปวด ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปประเมินการเผชิญความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างแพร่หลาย โดย Eimer และ Allen (1995) ได้ศึกษาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของ คะแนน active และคะแนน passive อยู่ที่ .79 และ .90 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้จากการศึกษาในปัจจุบัน

### 3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความปวดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวนมากยังคงมีความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดและความพิการแม้จะมีการจัดการทางการแพทย์ที่เหมาะสมแล้ว Sharpe และคณะ (2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลระยะสั้นระยะยาวในการสอนการใช้ทักษะการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในช่วงเวลา 8 สัปดาห์ เช่นการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การตั้งเป้าหมาย และการปรับโครงสร้างทางความคิดพบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เริ่มมีอาการของโรคสามารถมีทักษะในการเผชิญความปวดมากขึ้น มีอาการซึมเศร้าลดลงและระดับ C-reactive protein ลดลงด้วยและเมื่อติดตามผลระยะยาวพบว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษาของ Nicassio และคณะ (2011) พบว่าตัวแปรที่ส่งผลโดยรวมมากที่สุดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายคือการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก (active coping) เป็นการเผชิญความปวดเชิงบวก (positive effect) การเผชิญความปวดแบบเชิงรับ (passive coping) เป็นการเผชิญความปวดเชิงลบ ซึ่งมีอำนาจทำนายร้อยละ 27 ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

## 3.3 ภาวะซึมเศร้า

### 3.3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ความโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลดต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ

Salmans & Sandra(1997)กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ที่ต่ำและรู้สึกไม่พอใจในกิจกรรมที่ส่งผลต่อความคิด พฤติกรรม ความรู้สึกและความพอใจของบุคคล

WHO(2012) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่แสดงอาการที่โดดเด่นคือความโศกเศร้า ขาดความสนใจหรือความพึงพอใจ มีความรู้สึกผิดหรือมองตนเองต่ำต่อการนอนหลับถูกรบกวนหรืออยากอยากอาหารลดลง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและความสนใจลดลง

### 3.3.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคเป็นแบบไดนามิก (Peolsson et. al, 2000) ซึ่งจะมีทั้งระยะสงบและระยะที่โรคกำเริบโรค ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการปวดข้อเรื้อรังและการดำเนินของโรคที่ส่งผลการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์แต่ละคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจแตกต่างกันออกไปซึ่งพบว่าเกิดขึ้นได้มากกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีทั่วไป(Isik et al., 2007) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (depression)ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จะพบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ(Conner et al., 2006) จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 9.5 ถึงร้อยละ 41.5 (Lok, Mok, Cheng, 2010; Isik et al., 2007) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นจะเป็นการแสดงออกของความรู้สึกเศร้า เป็นความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านความรู้สึก ทางด้านอารมณ์และทางด้านพฤติกรรมต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวจากความเจ็บปวดเรื้อรังที่ยาวนาน และสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือการดำเนินของโรคทำให้เกิดข้อผิดรูปและสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อเกิดความพิการ(Sheehy, Murphy and Barry, 2006) ที่จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าเดินทางไปไหนมาไหนเองเพราะเป็นโรคทำให้การพึ่งพาตนเองเป็นไปได้ลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว และเกิดความเกรงใจจึงอยู่ในบ้านไม่ออกไปไหน ทำให้สูญเสียการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆและการเข้าสังคมลดลง ซึ่งส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าตามมา (Katz and Yelin, 2001; มนาธิป โอศิริ, 2554)

### 3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า

1. Beck depression Inventoty (Beck et.al., 1961)เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีความตรงและความเที่ยงที่ดี มักใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและงานวิจัยทางคลินิกในผู้ใหญ่ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยใช้คะแนน 0-3 ดังนี้ คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน โดยคะแนน 10-18 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลาง คะแนน 19-29 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง และคะแนนมากกว่า 30 หมายถึง ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2. แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (9-Item Thai Patient Health Questionnaire: Thai PHQ-9) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และถูกนำมาปรับใช้ในกลุ่มคนไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ(2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ในการประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นแบบลิเคิตมาตราส่วน 4 ระดับ (4-rating Likert Scale) จาก ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน/ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ซึ่งถูกนำไปให้ความหมายเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนรวมที่น้อยกว่า 9 หมายถึงอาการปกติ คะแนนรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 หมายถึงมีอาการ ซึมเศร้า ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเหมือน (convergent validity) พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับ Thai Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ( $r = .56, p < .001$ ) และตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79

3. The center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1977 โดย Randloff แห่ง Center for Epidemiologic Studies ที่ National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพัฒนามาจากแบบวัดของBeck,Raskin,Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI) จุดประสงค์ในการสร้างแบบวัดเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของประชากรในชุมชนระหว่างช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา(Lewinson et al., 1984) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นข้อความเชิงลบ 16 ข้อและข้อความเชิงบวก 4 ข้อ ในแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนี้ ไม่เลยน้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์(0 คะแนน) บางครั้ง 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ (1 คะแนน) บ่อยๆ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน) และตลอดเวลา 5-7 วันใน 1 สัปดาห์(3 คะแนน) อย่างไรก็ตามข้อความเชิงบวกในข้อที่ 4,8,12 และ16 จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับเกณฑ์การให้คะแนน สำหรับค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ ปากค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่า 16 คะแนน คือว่ามีภาวะซึมเศร้า แบบวัดชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ .76(Randloff, 1977)

สำหรับแบบวัดชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ (2540) นำมาใช้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 15-18 ปี แบบวัดชุดนี้มีจำนวนข้อและการให้ค่าคะแนนเช่นเดียวกับต้นฉบับ แต่การแปลผลว่าเด็กวัยรุ่นในประเทศไทยมีภาวะซึมเศร้าคือเมื่อค่าคะแนนรวมที่มากกว่า 22 เมื่อทดสอบค่าทางสถิติ พบว่า ความเที่ยงของ CES-D มีค่าเท่ากับ .86(อุมาพร ตรังคสมบัติและคณะ, 2540)



ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (Beck Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงในเอี่ยมเดือน เนตรแหม , 2541)มาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีการประเมินครอบคลุมต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งรวมถึงอาการทางกายที่เป็นการแสดงลักษณะของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์(Callahan, Kaplan and Pincus, 1991; Dickens and Creed, 2001)

### 3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ ทำให้สภาพร่างกายแย่งลงตามการดำเนินของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานกับสภาพดังกล่าว ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไป โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้สูงในผู้ป่วยเรื้อรัง จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์(Psychoanalytic theory) อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการซึ่งมักเป็นการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีภาวะอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตร อยู่ภายใต้จิตใจต่อการสูญเสียแต่ไม่กล้าแสดงออกเพราะกลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจไม่คบด้วย ส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันจึงเกิดความลังเล เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความโกรธและความรู้สึกไม่เป็นมิตรเช่นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจต่อตนเองเนื่องจากตนรู้ว่าความโกรธเป็นสิ่งไม่ดีและไม่สามารถแสดงออกอย่างรุนแรงได้ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันเข้าหาตนเอง ทำให้โกรธและเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ผลที่ตามมาคือเกิดอารมณ์เศร้ามาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง(Loss of self-esteem) คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่มีเป้าหมาย และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี(Freud, 1957 cited in Fortinash & Holoday Worret, 1996 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลการ, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง จากการศึกษาของ Piccinni และคณะ(2006) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ สอดคล้องกับการศึกษาของTander และคณะ (2008) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นกัน Mok และคณะ (2012) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 3.4 ความเหนื่อยล้า

### 3.4.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้ามีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายตามมุมมองและมิติที่ต้องการศึกษา ได้แก่ด้านการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลหรือลักษณะของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าดัง โดยมีผู้ให้ความหมายความเหนื่อยล้า ต่อไปนี้

Pickard and Holley (1991) กล่าวว่าความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความไม่สุขสบายที่เพิ่มมากขึ้นและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง

Hubsy and Sears (1992) กล่าวว่าความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อยจนกระทั่งหมดแรง (Exhaustion) และอาจมีความผิดปกติด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้คิดร่วมด้วย

Skalla and Lacase (1992) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติที่เป็นผลมาจากการทำกิจกรรมและการสูญเสียพลังงาน

Belza et al. (1993) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ที่ประกอบไปด้วยความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ความกังวลใจ ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและระยะเวลาของความเหนื่อยล้า

Piper (1993) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลนั้น

Ream and Richardson (1997) ได้ให้ความหมายความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจที่รวมเอาความรู้สึกของร่างกาย ที่แสดงถึงความเหน็ดเหนื่อย หมดแรง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล

Morrow et al. (2002) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ซึ่งเป็นรูปแบบของการแสดงออกที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มากเกินไปเหมาะสมโดยไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือการออกกำลังกายและไม่สามารถลดลงได้จากการพักผ่อนนอนหลับ

Mayoux-Benhamou (2006) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกภายในบุคคลเกี่ยวกับความอ่อนแอ ขาดพลังงาน หรือหมดแรงที่เกิดจากการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง

### 3.4.2 ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

สำหรับในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากถึงร้อยละ 80-93 (Belza, 1995; Repping-Wuts et al., 2007) ความเหนื่อยล้าจะอธิบายถึงความรู้สึกโดยรวมของความเหน็ดเหนื่อย (tiredness) ซึ่งเป็นความเหนื่อยล้าที่มีลักษณะไม่สามารถกลับคืนมาได้เป็นปกติ (Tack, 1990) จะพบว่าด้วยลักษณะของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคเป็นแบบไดนามิก (Dynamic processes) (Peolsson et al., 2000) ซึ่งจะมีทั้งระยะสงบและระยะที่โรคกำเริบ ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จึงเป็นชนิดเรื้อรังที่คงอยู่ตลอดเวลา จะเพิ่มขึ้นเมื่อโรคกำเริบและจะลดลงระหว่างที่โรคสงบ (Pinal et al., 1981) จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของ Hewlett และ

คณะ (2011) พบว่ามี 3 ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้า นั่นคือ 1) กระบวนการดำเนินของโรค (disease processes) ที่จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จากที่ร่างกายมีการอักเสบทำให้กล้ามเนื้อต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น 2) ความคิดรู้และพฤติกรรม (cognitive, behavioural) เป็นความสัมพันธ์ทางด้านความคิดกับความรู้สึกจะส่งผลพฤติกรรมที่แสดงออกมาซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าหากผู้ป่วยพยายามที่จะใช้พลังงานเพิ่มขึ้นหรือการพักผ่อนที่มากเกินไปก็ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นได้เช่นกันและ 3) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal) โดยจะเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ เช่น เป็นบุคคลหลักที่ต้องหารายได้ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยและการขาดการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้นได้ ต่อมา Nikolaus และคณะ (2013) ได้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการศึกษาของ Hewlett และคณะ (2011) พบว่าสาเหตุที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าจะสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านร่างกาย ความคิดรู้และอารมณ์ และปัจจัยด้านสังคม โดยมีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าเพศหญิงจะมีความเหนื่อยล้าได้สูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Pollard และคณะ (2006) พบว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มากเกินไปจะนำไปสู่คุณภาพและปริมาณของงานที่ต่ำลงอีกด้วย

### 3.4.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยล้า

1. The FACIT-fatigue (FACIT-F) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นโดย Cella (1997) ที่พัฒนามาจาก FACIT-G เพื่อใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้า FACIT-F scale สามารถใช้ได้ทั้งบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยมะเร็ง โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรค systemic lupus erthematosus paroxysmal nocturnal haemoglobinuria และ Parkinson's disease ซึ่งมีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม มีระดับการวัดแบบ 5-point Likert scale คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 52 คะแนน คะแนนที่ต่ำแสดงถึง greater fatigue ซึ่งมีทั้งหมด 6 ระดับ แบบสอบถามสามารถทำเร็ว ง่ายต่อการแปลผล

2. The Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยเฉพาะโดย Belza และคณะ (1993) องค์ประกอบของเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้านี้ประกอบด้วย ความรุนแรง (Severity) (ข้อ 1-2) ความกังวลใจ (Distress) (ข้อ 3) ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Impact of fatigue on various activities of daily living) (ข้อ 4-14) ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า (Timing of fatigue) (ข้อ 15) ซึ่งเป็นการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง คะแนนการตอบสนองของ MAF มีดังนี้คือ ข้อคำถามที่ 1 และ 4-14 มีระดับคะแนน 1 (not at all) ถึงคะแนน 10 (a great deal) ข้อคำถามที่ 2 มีระดับคะแนน 1 (mild) ถึงคะแนน 10 (severe) ข้อคำถามที่ 3 มีระดับคะแนน 1 (no distress) ถึงคะแนน 10 (a great deal of distress) ข้อคำถามที่ 15 และ 16 มีระดับคะแนน

1-4 หากไม่มีคะแนนในข้อคำถามที่ 4-14 แปลผลว่ากิจกรรมต่างๆไม่ได้มีผลต่อความเหนื่อยล้าและถ้าให้คะแนน 0 ในข้อ 2-16 แปลผลว่าไม่เกิดความอ่อนล้าในข้อคำถามนั้นๆ ส่วนระดับคะแนนที่สูงแสดงถึงความเหนื่อยล้าที่รุนแรงมาก

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper fatigue scale) (Piper, 1986) ที่พัฒนาในระยะแรกประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญาและความคิดต่อมาไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1989) ได้ปรับปรุงเป็นข้อคำถาม 42 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้านคือด้านระยะเวลาด้านความรุนแรงด้านการรับรู้และด้านความรู้สึก ซึ่งไปเปอร์และคณะ(Piper, et al., 1989) ได้นำไปประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 50 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายใน .85 ต่อมาไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1998) ได้ปรับปรุงแบบประเมินความเหนื่อยล้าอีกครั้ง โดยลดจำนวนข้อคำถามลง เหลือ 27 ข้อโดยคำถามข้อที่ 1 เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ คำถามข้อที่ 2-23 เป็นมาตรวัดแบบตัวเลขและคำถามข้อที่ 24-27 เป็นคำถามปลายเปิด ทั้งนี้คำถามข้อที่ 2-23 ได้ถูกเปลี่ยนลักษณะจากมาตรวัดแบบประเมินความเหนื่อยล้าด้วยสายตา เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale [NRS]) ใช้ประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้านคือด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรงด้านความคิดเห็นหรือเจตคติด้านความรู้สึกและด้านสติปัญญา หรือ อารมณ์ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยทางซ้ายประกอบด้วย วลี “ไม่เลย” และทางขวากำกับด้วยวลี “มากที่สุด” ซึ่งไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ได้นำแบบประเมินนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 382 รายได้ค่าความเชื่อมั่น .97

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Belza และคณะ (The Multidimensional Assessment of Fatigue ;MAF, 1993)เนื่องจากเป็นแบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยเฉพาะ ที่ครอบคลุมด้านความรุนแรง ความวิตกกังวล ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและระยะเวลาของความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นการรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง

#### 3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ(Ferrell et al., 1996) โดยมิติทางร่างกายจะพบว่าภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลง รวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆทางด้านร่างกายจะลดน้อยลง มิติด้านจิตใจพบว่าความเหนื่อยล้ารบกวนความผูกพันทางจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน คับข้องใจ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น ภาวะของโรคเลวร้ายลงและการรักษาอาจไม่ได้ผล รวมถึงคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มิติด้านสังคม พบว่าความเหนื่อยล้าคุกคามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำ

ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นปัญหาต่อสังคมในอันดับต่อไป ส่วนมิติด้านจิตวิญญาณพบว่าความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ไม่แน่ใจว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร รวมถึงความสิ้นหวังในชีวิต(ชนกพร จิตปัญญาและคณะ, 2551) จากการศึกษาจะพบว่าความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่เรื้อรัง ซึ่งหนึ่งในโรคนั้นคือ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยจากการศึกษาของ Rupp และคณะ( 2004) พบว่าความเหนื่อยล้าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Swaim, 2000) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cross et al., 2008; Turan et al., 2008) และจากการศึกษาของ Surrmeijer และคณะ (2001) สรุปได้ว่าความเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจ

### 3.5 คุณภาพการนอนหลับ

#### 3.5.1 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

Buysse และคณะ(1989) กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ (quantitative aspect of sleep)และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (qualitative aspect of sleep) โดยการนอนหลับในเชิงปริมาณประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับ เชิงคุณภาพจะเป็นความรู้สึกของบุคคลตามคำบอกเล่า (subjective aspect of sleep) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

Snyder-Halpern และ Verran (1987) กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง พฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอน ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติที่ 1 ความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) มิติที่ 2 ประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep effectiveness) และมิติที่ 3 การงีบหลับระหว่างวันและเวลาที่ใช้ตั้งแต่ตื่นนอนจนลุกจากที่นอน(Sleep supplementation)

Munson (2000) กล่าวว่าคุณภาพการนอนหลับ ในภาวะปกติการนอนหลับที่มีคุณภาพจะใช้ระยะเวลาก่อนการเข้านอนน้อย สามารถนอนหลับจนถึงหลับจริงภายในเวลา 20-30 นาที ไม่ถูกรบกวนในขณะหลับ นอนหลับได้ลึกและหลับสนิทอย่างต่อเนื่อง ครบวงจรการนอนหลับ

ทั้งระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วและระยะที่ไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว ติดต่อกันอย่างน้อย 90 นาที หรือมีการตื่นระหว่างการนอนหลับน้อยและสามารถหลับต่อได้ เมื่อตื่นขึ้นมาจะรู้สึกสดชื่น และรู้สึกพักผ่อนอย่างเพียงพอ มองได้พักอย่างเต็มที่ สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานอย่างกระฉับกระเฉง ไม่ง่วงนอนหรืออ่อนเพลีย

### 3.5.2 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งมีจังหวะชีวภาพของการนอนหลับและการตื่นหมุนเวียนเป็นวัฏจักร เป็นช่วงที่ร่างกายมีการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก ร่างกายมีการหยุดพักลงชั่วคราว การนอนหลับของบุคคลเป็นวงจรหมุนเวียนโดยจะมีระยะเข้าสู่การนอนหลับแบบที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วเรียกว่า non-rem eye movement (NREM) ซึ่งมี 4 ระยะและระยะเข้าสู่การนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว เรียกว่า rapid eye movement (REM) (Parish & Shepard, 1990 cited in Potter & Perry, 1995) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะวงจรการนอนหลับเป็นปกติ แต่จะพบว่าในระยะ NREM เป็นช่วงระยะตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency) ในคนปกติจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที (Buysse et al., 1989) แต่พบว่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะใช้เวลานานกว่าปกติในช่วงระยะที่โรคมักมีการกำเริบ (Hirsch et al., 1994; Drewes et al., 1998) เป็นการหลับยากที่แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantative aspect of sleep) และจากการทดสอบการนอนหลับโดยใช้เครื่อง polysomnography (PSG) พบว่าผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งของการตื่นนอนในเวลากลางคืนเพิ่มขึ้นและหลับต่อได้ยากซึ่งจะทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ประสิทธิภาพในการนอนหลับ (Sleep efficiency) ลดลง (Hirsch et al., 1994) เป็นการแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (Keklund & Akerstedt, 1997) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอักเสบเรื้อรังของข้อที่ส่งผลต่อการปวดแบบเรื้อรัง ความปวดแบบเรื้อรังมักจะมี ความรุนแรงขึ้นในตอนกลางคืน จึงส่งผลให้เกิดอาการหลับยาก ตื่นบ่อยและไม่สามารถนอนหลับได้นานพอ (Lavie et al., 1992) จากการศึกษาของ Abad และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบมักจะมีปัญหาการนอนหลับได้แก่การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับที่แย่ การตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยและการตื่นเช้าเกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์วัยผู้ใหญ่ได้มากถึงร้อยละ 54-70 (Bourguignon et al., 2005)

### 3.5.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) และการประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่า (subjective sleep report)

## 1. การใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ ประกอบด้วย

### 1.1 เครื่องมือโพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography: PSG)

เครื่องมือโพลีซอมโนกราฟี เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้วัดการนอนหลับในห้องปฏิบัติการ นับเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่นๆ เนื่องจากมีหลักฐานความจริงจากลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram : EEG) ที่เปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนของการนอนหลับ (Beck, 1992) ที่สามารถบันทึกวงจรการนอนหลับอย่างต่อเนื่องตามลักษณะ ทางชีวภาพของการหลับและการตื่น โดยวิธีการใช้ขั้วอิเล็กโทรดติดบริเวณศีรษะ รอบดวงตา และคาง เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การเคลื่อนไหวของลูกตา (extraocular eye movement) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าและคาง (chin and facial muscle movement) เครื่องมือนี้สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงปริมาณได้แก่ ระยะเวลาที่ตื่นและระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริง ในทางคลินิกจึงมีการนำเครื่องมือชนิดนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆที่มีปัญหาการนอนหลับเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในการรักษา อย่างไรก็ตามเครื่องมือชนิดนี้มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังตื่นนอนและความพึงพอใจในการนอนหลับได้ และยังพบว่ายังมีข้อจำกัดในการใช้งานเนื่องจากมีราคาแพงมีวิธีการใช้งานค่อนข้างซับซ้อน และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และแปลผล

### 1.2 การวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement measurement)

1.2.1 ไนท์แคป (Night cap) เป็นเครื่องมือตรวจการนอนหลับขนาดเล็กที่สามารถพกพาได้ ใช้หลักการวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อแยกแยะระยะตื่น การนอนหลับระยะ REM และ NREM โดยอาศัยการเคลื่อนไหวของหนังตาและศีรษะ เครื่องมือนี้สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริงได้แต่มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถแยกระยะการนอนหลับของ NREM ได้ (Ajilore, Stickgold, Rittenhouse & Hobson, 1995 อ้างถึงในชนกพร จิตปัญญา, 2543)

1.2.2 ริสท์ แอคติกราฟ (Wrist actigraph) เป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กใช้ติดบนข้อมือคล้ายนาฬิกา ใช้การบรรจุหน่วยความจำ (memory bank) ไว้เพื่อวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายในระยะ 24 ชั่วโมง สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับและระยะตื่นได้ (Schwab, 1994) มีความสัมพันธ์อย่างดีกับเครื่องมือ (Polysomnography: PSG) ในระยะนอนหลับและระยะตื่นเต็มที่ (full wakefulness) แต่ไม่ค่อยสัมพันธ์ในระยะตื่นปกติ (wakefulness) (Sadeh, 1995) เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ PSG แล้ว ริสท์ แอคติกราฟจะมีขนาดเล็กและราคาถูกลง และสามารถใช้อย่างหลากหลายกว่า อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ก็ยังมีข้อด้อยคล้ายกับเครื่องมือ PSG ที่ต้องการการฝึกเทคนิคอย่างดีในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2. การประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่า (Subjective sleep report) การประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่า เป็นการประเมินการรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับของแต่ละบุคคล สามารถประเมินได้ทั้งการนอนหลับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากสามารถทำได้ง่ายและรบกวนผู้ถูกประเมินน้อย อีกทั้งไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แต่อาจจะประเมินการนอนหลับได้เพียงผิวเผินหรือไม่ตรงกับสภาพที่เป็นจริงได้ ผลจากการประเมินจึงมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าและอาจเกิดความลำเอียงหรือมีอคติได้เมื่อเปรียบเทียบกับการวัดด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์วัดการนอนหลับ (PSG) และมีหลักฐานว่า ผู้ที่ขาดการนอนหลับเรื้อรัง (sleep deprivation) จะประเมินระยะเวลาที่หลับต่ำกว่าความเป็นจริงและยังประเมินระยะเวลาที่นอนหลับสูงเกินความจริง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาซึ่งพบว่าการวัดจากการบอกเล่าด้วยตนเองมีความใกล้เคียงกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) จากเครื่องโพลีซอมโนกราฟี (PSG) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Beck, 1992; Closs, 1988) อีกทั้งมีความเที่ยงและความตรงในตัวเองแปรส่วนใหญ่ของการนอนหลับในประชากรหลายกลุ่มรวมทั้งมีความตรงในการวัดระยะเวลาของการนอนหลับที่แปรปรวน (sleep disturbance) โดยรวมแล้วเครื่องมือวัดจากการบอกเล่ามีประโยชน์ในการนำไปใช้ดีกว่าการวัดด้วยเครื่องมือ PSG เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับการนอนหลับ เช่นความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับและความรู้สึกหลังการตื่นนอน ซึ่งไม่สามารถวัดได้จากเครื่องโพลีซอมโนกราฟี (Richardson, 1997; Floyd, Medler, Ager & Janisse, 2000) โดยทั่วไปการประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่ามีรูปแบบการประเมิน ดังต่อไปนี้

2.1 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI) ของ Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & kupfer (1989) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง ออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับและ ความแปรปรวนของการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 7 ส่วนได้แก่ การรายงานคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัย ความแปรปรวน ของการนอนหลับ การใช้อานอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีการแบ่งเกณฑ์ ตามคะแนนเป็นผู้ที่มีการนอนหลับดีและไม่ดี จากการทดสอบของผู้สร้างเครื่องมือในผู้ที่มีสุขภาพดี 52 ราย ในระยะเวลา 18 เดือน พบว่ามีความเที่ยงและความตรงเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติและการวิจัยได้ (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & kupfer, 1989) มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกและเปลี่ยนไต จำนวน 472 คน พบว่ามีความเที่ยงสูง ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach' s alpha) .80 ความตรงสูงจากการมีความสัมพันธ์สูงในการวัดคุณภาพการนอนหลับและปัญหาการนอนหลับ (Carpenter & Andrykowski, 1997) และจากการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอน



หลับที่เกิดขึ้นเอง (primary insomnia) จำนวน 80 ราย พบว่า มีความตรงดี และมีค่าความเที่ยงจากการใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) .87 (Riemann & Hohagen, 2002)

2.2 แบบบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Daily Sleep Diary or sleep log) เป็นการบันทึกการนอนหลับจากการประเมินตนเองเป็นประจำทุกเช้า ตัวแปรการนอนหลับที่บันทึกได้แก่ เวลาเข้านอน เวลาที่เริ่มหลับ การตื่นระหว่างหลับ จำนวนครั้งที่ตื่น และเวลาตื่นนอน รวมทั้งความเครียด อารมณ์ ความรู้สึกหลังตื่นนอน การงีบกลางวัน การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ยาเพื่อให้นอนหลับ (Coates, et al., 1982 cited in Beck, 1992; National Center on Sleep Disorders Research, National Heart, Lung, and Blood Institutes of Health, 1999) เครื่องมือนี้ได้รับความนิยมแพร่หลายในทางคลินิกและในการวิจัย และเมื่อทดสอบเปรียบเทียบกับเครื่องมือ PSG พบว่ามีความสอดคล้องกันเป็นอย่างดีในข้อมูลเชิงปริมาณ และมีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ (Roger, Caruso & Aldrich, 1993)

2.3 มาตรวัดการนอนหลับของเวอร์แรนและสไนเดอร์-ฮาลเพิร์น (Verran-Snyder-Halpern Sleep Scale) (Snyder-Halpern & Verran, 1987) ประกอบด้วยมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale : VAS) จำนวน 8 ข้อ โดยเส้นตรง 1 เส้น ความยาว 100 มิลลิเมตร ผู้ถูกประเมินจะระบายงานการนอนหลับด้วยการทำเครื่องหมายบนเส้นดังกล่าวในจุดที่สะท้อนความรู้สึกในข้อนั้นๆ ค่าคะแนนของ VAS อยู่ในช่วง 0-800 คะแนนที่สูงแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่า เครื่องมือนี้ได้รับการออกแบบสำหรับใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ในโรงพยาบาล สามารถใช้ทดสอบความแปรปรวนของการนอนหลับและประสิทธิภาพของการนอนหลับได้ และยังมีกรแบ่งเป็นช่วงคะแนน จึงสามารถแปลผลได้ง่าย ผู้ถูกประเมินสามารถทำเครื่องหมายได้ง่าย ใช้การอ่านเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องการความจำมาก จึงใช้ได้ดีในผู้ป่วยวิกฤตด้วยผู้ใหญ่ แต่มีคำถาม 2 ข้อที่ไม่ค่อยสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ วิธีการตื่นและการเคลื่อนไหวขณะหลับ เนื่องจากการตื่นของผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นของพยาบาล (Richardson, 1997) วิธีการปลุกจึงไม่ได้รับการยอมรับจากการวิเคราะห์ปัจจัย (Snyder-Halpern & Verran, 1987) เช่นเดียวกันกับการเคลื่อนไหวขณะนอนหลับที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับการผูกมัดไว้หรือเจ็บป่วยเกินกว่าที่จะเคลื่อนไหว สิ่งที่เครื่องมือนี้ยังขาดอยู่คือ จำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างหลับ ความรู้สึกขณะถูกรบกวนการนอนหลับ (Richardson, 1997)

2.4 แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี (St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire) (Ellis et al., 1981) แบบสอบถามนี้ถูกออกแบบให้มีความจำเพาะกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่พักรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 14 หัวข้อ ซึ่งถามข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป คำตอบสั้นๆ หลายตัวเลือก สามารถวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับทุกชนิดและสามารถให้ข้อมูลการนอนหลับได้มากที่สุด จากการนำไปทดสอบปรากฏผลชัดเจนว่าสามารถใช้วัดภาวะการนอนหลับแปรปรวน ระยะเวลาก่อนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ และความพึงพอใจ ใน

การนอนหลับ รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับได้ (Richardson, 1997) มีการนำเครื่องมือไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม จิตเวชและในผู้ที่มีสุขภาพดี พบว่าผู้ถูกประเมินสามารถให้ข้อมูลที่เหมือนกันในเวลาที่แตกต่างกัน การฟื้นความจำถึงการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาเป็นอิสระจากเวลากลางวัน ให้ผลที่เที่ยงตรงไม่ว่าจะใช้เวลาใดของวัน สามารถใช้ได้อย่างมั่นใจไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคทางกาย และพบว่ามีความตรงเมื่อเปรียบเทียบกับคลื่นไฟฟ้าสมองจากการวัดด้วยเครื่องมือ PSG แบบสอบถามนี้เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ในการศึกษามากมาย (Ellis, et al.,1981)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The Pittsburgh Sleep Quality Index ของ Buysse และคณะ (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และวรรณี ตันชัยสวัสดิ์(2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีประเมินครอบคลุมทั้งคุณภาพการนอนหลับในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบกับเป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย โดยจากการศึกษาของ Luyster et al.(2011) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 163 คน พบว่ามีความตรงดีและมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .73

### 3.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพการนอนหลับเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเนื่องจากคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะส่งผลให้ร่างกายจะมีประสิทธิภาพในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเติมพลังกลับคืนให้ร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการต่อสู้กับปัญหาและภารกิจต่างๆต่อไปในสังคม(Hodgson, 1991; Berger and Williams, 1992) จากการศึกษาพบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ ขาดการกระตือรือร้นหรือขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการนอนหลับต่อกระบวนการฟื้นคืนพลังงานของรสมองอีกด้วย(Hodgson, 1991) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่ามีปัญหาการนอนหลับที่แปรปรวนซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Cappuccio et al., 2010) การศึกษาของ Irwin และคณะ (2012) พบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอในเวลากลางคืน (partial night sleep deprivation; PSD awake 23:00 hrs. to 03:00 hrs.) จะส่งผลให้ความรุนแรงของการปวดข้อและจำนวนข้อที่ปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น เกิดการกดเจ็บบริเวณข้อส่วนปลายเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีอยู่ในระยะการกำเริบเฉียบพลัน (acute flare up of symptoms) (Moldofsky et al., 1983) จากการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าการนอนหลับที่แปรปรวน (Sleep disturbance) มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sariyildiz และคณะ (2014) พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

### 3.6 ความสามารถด้านการทำหน้าที่

#### 3.6.1 ความหมายของความสามารถด้านการทำหน้าที่

ความสามารถในการทำหน้าที่ใช้อธิบายถึงความสามารถทางด้านร่างกายของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้ศัพท์ระหว่าง Functional status และ Functional ability ในการอธิบายถึงความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับ Functional status ไว้ดังนี้ Becker & Cohen (1984) กล่าวว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ผสมผสานการทำหน้าที่ทั้ง 3 มิติคือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจและการทำหน้าที่ด้านสังคม

Calvani & Douris (1991) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดินและรับประทานอาหาร หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลที่จำเป็นในการใช้ชีวิตในสังคมซึ่งประกอบด้วย การทำงานบ้าน การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการด้านการเงิน ซึ่งความสามารถนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกาย (Physical health) จิตใจและสติปัญญา (Mental health and cognitive ability) แหล่งสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Social and economic resources) สถานที่และสิ่งแวดล้อม

Leidy (1994) กล่าวว่าความสามารถด้านการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดหาสิ่งที่จำเป็นตามความต้องการพื้นฐานในบทบาทปกติของการดำรงชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก

High และคณะ (2005) หมายถึง กิจกรรมประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Basic and instrumental activities of daily living; BADL, IADL) กิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างอิสระเกี่ยวกับ การอาบน้ำ การแต่งตัว การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การรับประทานอาหาร การเคลื่อนที่จากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ ห้องสุขา และการควบคุมการขับถ่าย กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อนได้อย่างอิสระประกอบด้วย กิจกรรมการรับประทานยา การจัดการเรื่องทรัพย์สิน การทำงานบ้าน การจับจ่ายซื้อของ การใช้บริการคมนาคมขนส่งสาธารณะ และการใช้โทรศัพท์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับ Functional ability ไว้ดังนี้

Lueckenotte (2000) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ที่แสดงถึงภาวะสุขภาพและความผาสุก กิจวัตรประจำวันแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนคือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย และ

การใช้ห้องสุขา (Katez, 1963) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ประกอบด้วย การจับจ่ายซื้อของ การจัดเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า และความสามารถในการทอนเงิน (Lawton & Brody, 1969)

Nelson และคณะ (2001) กล่าวว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน คลอบคลุมการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม สติปัญญา พฤติกรรมและการปฏิบัติตามบทบาทในสังคม และรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การซักเสื้อผ้า

Meiner & Lueckenotte (2006) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานในการดูแลตนเองแสดงถึงภาวะสุขภาพและความผาสุก เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่างๆซึ่งได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย และ การใช้ห้องสุขา และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้แก่ การจับจ่ายซื้อของ การจัดทำอาหาร การทำงานบ้าน การทำความสะอาดเสื้อผ้า และการจัดการเรื่องเงิน

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่จะใช้ทั้งคำศัพท์ Functional status และ Functional ability ซึ่งมีความหมายที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ผาสุก ผสมผสานการทำหน้าที่ทั้งการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

### 3.6.2 ความสามารถด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังอย่างต่อเนื่องของร่างกายโดยเฉพาะที่ข้อ ผลของโรคคือการทำลายข้ออย่างถาวรจนเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ ถ้าเป็นไม่มากก็ไม่มีผลหรือมีผลกระทบน้อยต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย แต่ถ้าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ การอักเสบเรื้อรังของข้อจะทำลายเยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นภายในข้อ และรอบๆข้อ กล้ามเนื้อใกล้ข้อฝ่อลีบลง ร่วมกับการใช้ข้อซ้ำๆ ทำให้ข้อหลวมคลอนและผิดรูป เกิดความพิการของข้อ และสูญเสียการทำงานของข้อการหลวมคลอนและผิดรูปของข้อในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มักจะเป็นแบบสมมาตรแต่ข้างที่ถนัดมักจะมี ความรุนแรงมากกว่าและเป็นการพิการผิดรูปที่ไม่กลับคืน(irreversible deformity) เนื่องจากมีการทำลายส่วนประกอบของข้ออย่างถาวร ข้อโคนนิ้วมือ ข้อกลางนิ้วมือ ข้อมือ ข้อเท้า ข้อโคนนิ้วเท้าและข้อนิ้วเท้า เป็นข้อที่พบการหลวมคลอนและผิดรูปได้บ่อย เมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลายจนหมด ทำให้กระดูกใต้กระดูกอ่อนของสองปลายกระดูกมาอยู่ชิดกัน และกระดูกทั้งสองปลายนี้จะเชื่อมติดกันในที่สุด ทำให้สูญเสียสภาพของข้อโดยถาวร ซึ่งจะพบว่า ข้อติดยึด(joint ankylosis) ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรือเคลื่อนไหวได้น้อยมาก ถ้าข้อติดยึดในท่าที่ผู้ป่วยพอจะปรับตัวใช้งานข้อนั้นหรือข้อที่อยู่ใกล้เคียงได้ ก็จะไม่ค่อยเป็นอุปสรรคในการใช้

ชีวิตของผู้ป่วย แต่ถ้าหากข้อที่ติดยึดนั้นอยู่ในท่าที่ใช้งานไม่ได้ เช่น ข้อมือติดในท่างอลง ผู้ป่วยไม่สามารถใช้งานข้อนิ้วมือในการหยิบจับของ เขียนหนังสือได้ ก็จะเป็นปัญหาในการช่วยเหลือตนเองอย่างมาก ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลุกนั่งหรือนอน จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในแง่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลช่วยเหลือตนเอง (มนานธิป โอศิริ, 2554) จากการศึกษา Snekhalatha และAnburajan(2012) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะลดลงมีความสัมพันธ์กับตรวจความหนาแน่นของกระดูกมีค่าลดลงโดยเฉพาะข้อแขนส่วนปลาย และมีการศึกษาอีกว่าหากโรคมีการกำเริบคือไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบได้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์(Seto et al., 2012)

### 3.6.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่

แบบสอบถามความสามารถในการทำงานของข้อ แบบสอบถามที่ใช้ทดสอบหน้าที่การทำงานของข้อ เป็นที่นิยมในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากกลุ่มปรับการดำเนินโรคข้อ และ/หรือ สารชีวภาพในการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในงานวิจัยทางคลินิก เพราะมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถพยากรณ์ผลของโรคในระยะยาวได้ดี แบบสอบถามบางแบบไม่จำเป็นต้องมีผู้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง จึงนิยมนำมาใช้ในเวชปฏิบัติด้วย

1. Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) Fries และคณะ(1980) จากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ได้พัฒนาแบบสอบถามสำหรับประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(Activities of daily living) ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ โดย HAQ ฉบับเต็มจะประเมินผลของโรคเรื้อรัง(ที่รวมถึงข้ออักเสบ) 5 ประการ ได้แก่ ความเจ็บปวดไม่สบาย(Discomfort) ความพิการ(Disability) การสูญเสียทางเศรษฐกิจ(Economic loss) ผลแทรกซ้อนจากการรักษา(iatrogenic complications) และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร(premature death) โดยแบบสอบถาม HAQ-DI จะประเมินผู้ป่วยในแง่ความพิการเป็นหลัก แบบสอบถาม HAQ-DI ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ 20 กิจกรรม แบ่งเป็น 8 หัวข้อ ได้แก่ การแต่งตัว(dressing and grooming) การลุกขึ้น(arising) การกินอาหาร(eating) การเดิน(walking) การทำความสะอาดร่างกาย(Hygiene) การเอื้อมหยิบ(reach) การจับ-กำ (grip) และการทำกิจกรรมอื่นๆ(activities) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โดยแบ่งความสามารถในการทำแต่ละกิจกรรมเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ทำกิจกรรมนั้นได้อย่างง่ายดาย) 1(ทำได้ลำบากเล็กน้อย) 2 (ทำได้อย่างลำบากมาก) 3 (ทำไม่ได้) กิจกรรมใดที่ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องช่วย หรืออาศัยผู้อื่นช่วยทำให้ ให้คะแนน 2 ถ้าผู้ป่วยประเมินกิจกรรมนั้นได้คะแนนต่ำกว่า 2 การคิดคะแนน HAQ-DI ให้นำคะแนนสูงสุดของแต่ละหัวข้อมารวมกันแล้วหารด้วย 8 จะได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 โดยคะแนนสูงแสดงว่ามี

การสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อมาก บุคคลปกติมีค่าคะแนน HAQ-DI ไม่เกิน 0.3 แบบสอบถาม HAQ-DI อาจจจะรวม VAS ขนาด 10 ซม. สำหรับประเมินอาการปวดและสภาพโรครำเริบของผู้ป่วย แบบสอบถาม HAQ-DI นี้ อาจประเมินโดยการสัมภาษณ์ หรือให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองก็ได้ โดยใช้ เวลาไม่เกิน 5 นาที จึงเป็นที่นิยมใช้ทั้งในงานวิจัยทางคลินิกและเวชปฏิบัติในการประเมินโรคข้อ อักเสบรูมาตอยด์ แบบสอบถาม HAQ-DI ได้รับการทดสอบว่ามีความน่าเชื่อถือ สมบูรณ์ครบถ้วนและ ไวต่อการเปลี่ยนแปลง จึงได้รับการแปลและปรับให้เข้ากับกิจกรรมของประชากรในประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยมีการปรับเปลี่ยนบางกิจกรรม

ค่าคะแนนแบบสอบถาม HAQ-DI มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคข้อ อักเสบระยะแรก ในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นั้นในระยะหลัง ค่าคะแนน HAQ-DI มีความสัมพันธ์กับความพิการ ของข้อมากกว่าการกำเริบของข้ออักเสบ Borg และคณะ(1988)ได้เสนอวิธีการคิดคะแนน HAQ-DI โดยนำคะแนนของกิจกรรมทั้งหมด 20 กิจกรรม มาเฉลี่ยเป็นค่าคะแนน HAQ-DI คะแนนเฉลี่ยของ แบบสอบถาม HAQ-DI อาจจะดีกว่าวิธีการคิดคะแนนแบบดั้งเดิมที่ทุกกิจกรรมได้นำมาคิดรวมใน ความสามารถในการทำงานของข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แต่จะมีความไวต่อการ เปลี่ยนแปลงต่ำกว่าวิธีการคิดคะแนนของFriesและคณะ(1980)

แบบสอบถาม HAQ-DI เป็นตัววัดสำหรับประเมินสภาพการทำงานของข้อที่นิยมใช้มากที่สุด ในงานวิจัยทางคลินิกและเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แบบสอบถาม HAQ-DI สามารถพยากรณ์ผลของโรคระยะยาว อันได้แก่ การเสียชีวิต การเสีอาชีพการงาน ความ จำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม และการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และได้ถูกนำไปปรับใช้กับโรคข้อและ รูมาติสซั่มอื่นๆ ด้วยเช่น โรคข้อเสื่อม โรคข้ออักเสบเรื้อรังในเด็ก โรคลูปัส และโรคผิวหนังแข็ง เป็นต้น

2. Modified Health Assessment Questionnaire(MHAQ) Pincus และคณะ (1983)ได้ปรับแบบสอบถาม HAQ-DI ให้สั้นลงเพื่อนำมาประเมินในเวชปฏิบัติ โดยลดจำนวนกิจกรรม เหลือ 8 กิจกรรม เลือกแต่ละกิจกรรมจากแต่ละหัวข้อ คะแนนรวมของ MHAQ เป็นค่าเฉลี่ยของทั้ง 8 กิจกรรม MHAQ ยังรวมถึง VAS ขนาด 10 ซม. สำหรับประเมินอาการปวด อ่อนเพลีย อาการทาง ระบบทางเดินอาหารและสภาพการกำเริบของโรคโดยผู้ป่วยด้วย

3.Clinical Health Assessment Questionnaire(CLINHAQ) ประกอบด้วยกิจกรรม 20 กิจกรรมใน 8 หัวข้อ เช่นเดียวกับแบบสอบถาม HAQ-DI และคิดคะแนนวิธีเดียวกันกับ HAQ-DI และได้เพิ่มเติมส่วนที่ประเมินอาการปวด อาการอ่อนเพลีย สภาพการกำเริบโดยรวม อาการของ ระบบทางเดินอาหาร โดยใช้ VAS ขนาด 10 ซม.

4.Multidimensional Health Assessment Questionnaire(MDHAQ) เป็น แบบสอบถามที่ดัดแปลงเพิ่มเติมจาก MHAQ โดย Pincus และคณะ(1999) MDHAQ มีกิจกรรม เพิ่มเติมจาก MHAQ 6 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม Health Assessment Questionnaire Disability Index ของ Fries และคณะ(1980) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มนาธิป โอศิริ (Osiri et al., 2001; Osiri et al., 2009) เนื่องจากเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์โดยเฉพาะ และจากการนำไปใช้ในผู้ป่วยไทยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 126 ราย พบว่ามีความตรงดีและตรวจสอบความสอดคล้องภายในของ Thai HAQ-DI มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชอัลฟาเท่ากับ .91(Osiris et al., 2009)

### 3.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการอักเสบของข้อที่ส่งผลต่อความบกพร่องด้านการทำหน้าที่และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตลอดจนอายุขัย จากการศึกษาของ Benitha และ Tikly(2007) พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่(Functional disability) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Yacoub และคณะ(2012) พบว่าคุณภาพชีวิตจะลดลงมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านการหน้าที่การทำงาน (Functional disability) โดยการศึกษาของ Cho และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่(Functional disability) เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Haroon และคณะ(2007) พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Functional disability) เป็นปัจจัยอันดับแรกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต Hodkinson และคณะ(2012) ศึกษาความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Functional disability) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) พบว่า substantial functional disability มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) ซึ่งทำนายได้ในเวลา 12 เดือน

## 3.7 ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย

### 3.7.1 ความหมายของความเชื่อด้านความเจ็บป่วย

Weinman และคณะ (1996) ได้กล่าวว่า ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย(illness beliefs) เป็นการอธิบายการรับรู้พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและการจัดการกับปัญหา การประเมินผลปัญหาและการปรับตัว ซึ่งได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคและอาการ ความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมโรค และความเชื่อของผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย ความเชื่อเหล่านี้ใช้ในอธิบายการรับรู้พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และการจัดการกับปัญหา การประเมินผลลัพท์และการปรับตัว โดยความเชื่อด้านความเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดของ Leventhal's Common Sense Model (CSM) of illness behavior(Leventhal, Leventhal and Breland, 2011)

Wright, Watson และ Bell(1996) กล่าวว่าความเชื่อด้านความเจ็บป่วยมีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณและเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ซึ่งความเชื่อมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน การเผชิญปัญหา ศักยภาพการดูแลและการเยียวยาหรือความสมดุลของบุคคลและครอบครัว แบ่งความเชื่อด้านความเจ็บป่วยออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ(Facilitating beliefs) เป็นความเชื่อที่สามารถหาทางเลือกในการแก้ปัญหา เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นฐานะของครอบครัว การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทุกคนและสมาชิกทั้งหมดมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย จะมีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

2. ความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ(Constraining beliefs) เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัวที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากกรรมหรือการลงโทษจากการทำผิด ครอบครัวก็จะละเลยไม่สนใจหาทางรักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น ยังคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก็ยังคงอยู่เช่นกัน

### 3.7.2 ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการรักษา ทั้งมีผลโดยตรงผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย กับผ่านทางพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจากแพทย์ ถ้าผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างพึงพอใจแล้ว การปรับตัวนั้นจะถูกบูรณาการให้การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของเธอ (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2551) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย กล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าสามารถควบคุมการเจ็บป่วยจะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง(Tennen et al., 1992) ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เชื่อเรื่องการควบคุมตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ ที่ซึ่งอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยเชื่อในความสามารถการควบคุมตนเองก็จะส่งผลดีต่อการปรับตัว ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถการควบคุมตนเองอย่างแข็งแกร่งจะส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลงโดยดูได้จากค่า erythrocyte sedimentation rate (ESR) ความแข็งแรงในการกำมือและระยะเวลาที่เกิดข้อติดแข็งในตอนเช้าจะลดลง(Scharloo et al., 1998)

### 3.7.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย

1. ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยจะประเมินโดยใช้ Helplessness จำนวน 5 ข้อ และส่วนของ the Arthritis Helplessness Index (AHI)จำนวน 7 ข้อ ที่ใช้เป็นเครื่องมือวัดความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ The Helplessness subscale จะสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้เช่น



อาการปวด และ disease course เช่น “arthritis is controlling my life” ขณะที่การวัดที่แสดงถึงการรับรู้ความสามารถที่จะควบคุมโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ เช่น “managing arthritis is my own responsibility”

2. The Illness Perception Questionnaire-Revised(IPQ-R), RA-specific version (Moss-Morris et al., 2002)แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นเครื่องมือที่ปรับปรุงจาก The Illness Perception Questionnaire (IPQ)ใช้ในการประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยเฉพาะ ประกอบด้วยระดับการวัด 9 ระดับที่ออกแบบมาประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ระบุโดย Leventhal และ Breland(2011) ข้อคำถามที่ใช้ประเมินจะเป็นกลุ่มอาการ 14 อาการที่เป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ประกอบด้วย 1)ความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วยมี 2 มาตรฐานคือ เฉียบพลัน/เรื้อรังและวงจรโดยมีช่วงคะแนนอยู่ที่ 6 ถึง 30 คะแนน และ 4 ถึง 20 คะแนน ตามลำดับ 2) ความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยจะเป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมความเจ็บป่วย มีช่วงคะแนนที่ 6 ถึง 30 คะแนน 3)ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมรักษาเป็นการการควบคุมความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการรักษา จะมีคะแนนในช่วง 5 ถึง 25 คะแนน นอกจากนี้ยังมีการประเมินเพิ่มเติมในส่วนของความเชื่อมโยงความเจ็บป่วยจะเป็นการประเมินความเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยมีช่วงคะแนนที่ 2-25 คะแนน และส่วนของการควบคุมอารมณ์ จะเป็นการประเมินอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย มีคะแนนในช่วง 6 ถึง 30 คะแนน แบบประเมินนี้จะมีการประเมินรวม 38 ข้อโดยใช้มาตรวัด Likert-type scales 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่ได้สูงกว่าจุดกึ่งกลางแสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อที่แข็งแกร่ง (Horne and Weinman, 2002)

3. The Brief Perception Questionnaire (The Brief IPQ)(Broadbent et al., 2006) แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร ไสวพัฒนางกูร(cite in [http:// www. uib. no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf](http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf))แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) ดังนี้ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ 3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ 4) การรับรู้ความ

เจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง 2. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) หมายถึง ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินจากระดับความกังวล และภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง 0 – 10 คะแนน โดยมีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10คะแนน)คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบ คะแนนสูง หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม The Brief Perception Questionnaire ของ Broadbent และคณะ(2006) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร โสวัฒนางกูร (cite in <http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf>)มาประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เนื่องจากมีประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงถึงความเชื่อด้านการเจ็บป่วย

#### 3.7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับหน้าที่การทำงานด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Scharloo et al., 2007)และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาของGraves และคณะ(2009) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีความเชื่อที่หนักแน่นว่าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ไม่สามารถควบคุมได้จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $r=-.20, p <.05$ )และจากการศึกษาของNicassio และคณะ(2011)พบว่าตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายคือความรู้สึกไร้พลังอำนาจ (helplessness) เป็นผลด้านลบ(negative effect)ซึ่งความรู้สึกไร้พลังอำนาจเป็นการประเมินที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Yacoub และคณะ(2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงในการปวดข้อกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบในโมร็อกโคจำนวน 255 คนโดยใช้เครื่องมือ 0–100 mm visual analogue scale ประเมินความรุนแรงในการปวดข้อ และใช้เครื่องมือ the Medical Outcomes Study Short Form 36 Health Survey ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะลดลงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในการปวดข้อ

Garip, Eser และ Bodur (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการปวดและความสามารถด้านการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 153 คน โดยใช้เครื่องมือ VAS-pain ในการประเมินความรุนแรงของการปวด ใช้เครื่องมือ the health assessment questionnaire ในการประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่ และใช้เครื่องมือ the rheumatoid arthritis quality of life (RAQoL) และ Nottingham health profile (NHP) ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าศึกษาพบว่าความปวด (pain) เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงมาก (NHP;  $r = 0.91$ ) (RAQoL;  $r = 0.86$ ) ส่วนความสามารถด้านการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรองลงมา (RAQoL ;  $r = 0.82$ )

Nicassio และคณะ (2011) ศึกษาอำนาจการทำนายของการเผชิญความปวด และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 106 คน โดยใช้เครื่องมือ The Pain Management Inventory ประเมินการเผชิญความปวด และประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วยโดยใช้เครื่องมือ The Helplessness and Internality Subscales of the Arthritis Helplessness Index และเครื่องมือ the SF-36 ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าตัวแปรที่ส่งผลโดยรวมมากที่สุดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายคือการเผชิญความปวดแบบ active coping เป็นการเผชิญความปวดเชิงบวก (positive effect) การเผชิญความปวดแบบ passive coping เป็นการเผชิญความปวดเชิงลบ (negative effect) ซึ่งการเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .21 และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .03 ส่วนการเผชิญความปวดเชิงรับ มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ -.21 และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ -.02

Tander และคณะ (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 30 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่สุขภาพดีจำนวน 30 คน โดยใช้เครื่องมือ Beck Depression Inventory ประเมินภาวะซึมเศร้า และใช้เครื่องมือ SF-36 ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิต

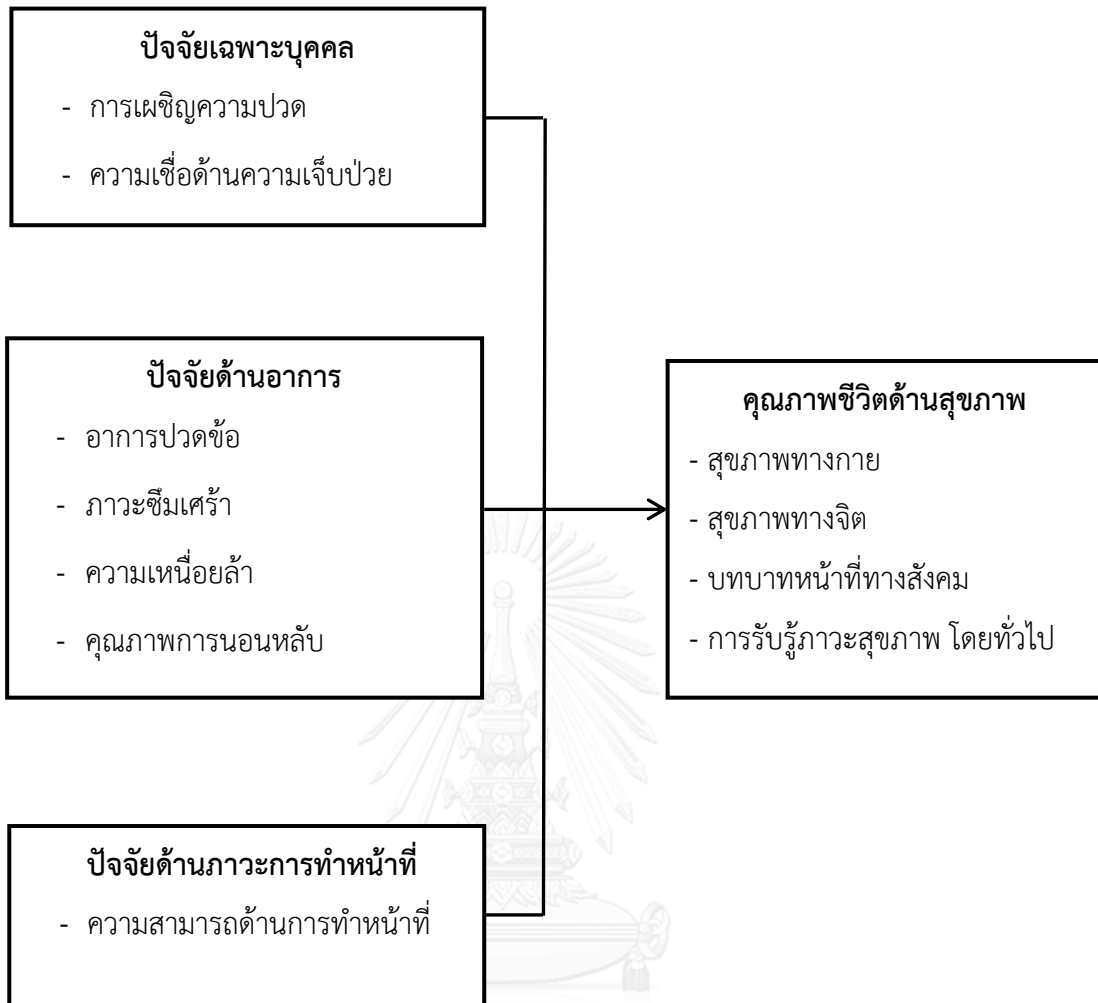
Cross และคณะ (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้เครื่องมือ the Multidimensional Assessment of Fatigue ประเมินความเหนื่อยล้า และ the SF-36 ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sariyildiz และคณะ(2014)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 94 คน โดยใช้เครื่องมือ The Pittsburgh Sleep Quality Index ประเมินคุณภาพการนอนหลับและ the disease-specific rheumatoid arthritis quality of life ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

Hodkinson และคณะ(2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการทำหน้าที่ (Functional disability)กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) จำนวน 171 คน โดยใช้เครื่องมือHealth Assessment Questionnaire Disability Index ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และthe 36-Item Short Form Health Survey ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 12 เดือน พบว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) ซึ่งทำนายได้ในเวลา 12 เดือน

## 5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยนำกรอบแนวคิดของ Wilsonและ Cleary(1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดWilsonและ Cleary(1995) โดยปัจจัยที่เลือกเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระของพยาบาลในการช่วยส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรงได้ ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ อาการปวด การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ความเชื่อด้านการเจ็บป่วย ได้กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) นี้ เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรศึกษา** คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ที่มีแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ที่มีแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากสูตรคำนวณ Thorndike (1978) คือ

$$n = 10k+50$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

จำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัว ดังนั้น ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 130 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553) และป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจึงขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน และทำการสุ่มดังนี้

1.1 สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม และแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม ซึ่งมี 6 สังกัดได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยการใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple

Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกสุ่มมา 2 สังกัดจาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

1.2 ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาลโดยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่มีคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม

1.2.1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี คือ โรงพยาบาลตำรวจ

1.2.2 โรงพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร คือ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ามาใช้บริการในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (เดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2556) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาบริการรักษาในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 380 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 420 คน โดยใช้สูตรการคำนวณ proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์, 2543) ดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม =  $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์} \times \text{จำนวนผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ในแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ทั้งหมด}}$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 71 คน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 79 คน รวมทั้งสิ้น 150 คน

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จากคุณสมบัติการคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
- 2) เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ภายใต้คำสั่งของแพทย์เท่านั้นไม่ซื้อยามารับประทานเองโดยพลการ
- 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นานไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 4) ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
- 6) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ
- 7) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
- 8) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม
- 2) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ไข้สูง

หายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน

5. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2557 โดยมีรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูลดังนี้

คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม	วัน	เวลา
โรงพยาบาลตำรวจ	วันจันทร์ และวันพุธ	เวลา 7.30-12.00 น.
	วันพฤหัสบดี	เวลา 13.00-16.00 น.
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	วันพฤหัสบดี	เวลา 7.30- 12.00 น.

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคโรคประจำตัวอื่นๆ และข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำแนกตาม ระยะเวลาที่เป็นโรค ค่าอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง การมีโรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา การใช้ยาแก้ปวด แสดงในตารางที่ 4 และ 5



**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	134	89.3
ชาย	16	10.7
อายุ(ปี)		
20-29	7	4.7
30-39	14	9.3
40-49	45	30
50-59	84	56
$(\bar{X}=49.43;SD=9.12,min=20,max=59)$		
สถานภาพการสมรส		
คู่	93	62
โสด	36	24
หม้าย/หย่า/แยก	21	14
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	51	34
มัธยมศึกษา	42	28
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	17	11.3
ปริญญาตรี	29	19.3
สูงกว่าปริญญาตรี	11	7.3

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ	115	76.7
รับจ้าง	36	24.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28	18.7
พนักงานบริษัท	20	13.3
ค้าขาย	16	10.7
ธุรกิจส่วนตัว	9	6.0
เกษตรกร	6	4.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35	23.3
อยู่บ้านทำงานบ้าน	33	22.0
นักศึกษา	2	1.3
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
0-10,000 บาท	63	42
10,001- 15,000 บาท	31	20.7
15,001- 20,000 บาท	13	8.7
20,001 บาทขึ้นไป	43	28.7
ดัชนีมวลกาย		
40 หรือมากกว่านี้	0	0
35.0 - 39.9	5	3.3
28.5 - 34	14	9.3
23.5 - 28.4	48	32
18.5 - 23.4	72	48
น้อยกว่า 18.5	11	7.3
$(\bar{X}=23.68 ;SD=4.37)$		

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำแนกตาม ระยะเวลาที่เป็นโรค ค่าอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง การมีโรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา การใช้ยาแก้ปวด

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
≤ 1 ปี	23	15.3
2 - 19 ปี	119	79.3
≥ 20 ปี	8	5.3
( $\bar{X}$ =7.38,SD=5.75)		
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าESR		
<20 mm/hr.	33	22.0
20-39 mm/hr.	48	32.0
40-80 mm/hr.	53	35.3
>80 mm/hr.	16	10.7
( $\bar{X}$ =42.89,SD=26.14)		
การมีโรคร่วม*		
ไม่มี	66	44.0
มี	84	56.0
ความดันโลหิตสูง	47	31.3
ไขมันในเลือดสูง	21	14.0
เบาหวาน	8	5.3
หัวใจ	8	5.3
อื่นๆ ได้แก่ หอบหืด COPD ไทรอยด์ ภูมิแพ้ มะเร็ง	25	16.7
กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา**		
ยากลุ่มปรับการดำเนินโรคข้อ		
Methotrexate	110	73.3
Sulfasalazine	44	29.3
Salazopyrin	39	26.0

\*กลุ่มตัวอย่าง 1 คนมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

\*\*กลุ่มตัวอย่าง 1 คนได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ชนิด

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
Azathioprine	37	24.7
Hydroxychloroquine	30	20.0
Leflunomide	20	13.3
Hydroquin	17	11.3
Chloroquine	16	10.7
Plaquenil	7	4.7
Ciclosporine	4	2.7
ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์		
Prednisolone	63	42.0
Triamcinolone	1	0.7
ยากลุ่มสารชีวภาพ		
Shincort	1	0.7
การใช้ยาแก้ปวด		
ไม่ใช่	22	14.7
ใช่	128	85.3
ยาParacetamol	5	3.91
ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์**	123	96.09
Naproxen	39	26.0
Diclofenac	16	10.7
Arava	15	10.0
Ibuprofen	8	5.8
Cereblex	6	4.0
Piroxicam	3	2.0
Celecoxib	1	0.7
Indomethacin	1	0.7
Synflex	1	0.7
Ultracet	1	0.7

\*\*กลุ่มตัวอย่าง 1 คนได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ชนิด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยคือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ น้ำหนัก และส่วนสูง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และจากบันทึกรายงานการรักษาของผู้ป่วย

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรคระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัวอื่นๆ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจากบันทึกรายงานการรักษาของผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวดข้อ** ผู้วิจัยใช้ประเมินอาการปวด Thai short-form McGill Pain Questionnaire ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย โดย วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล(2548) เป็นผู้แปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทยและทำการศึกษาความเที่ยงของแบบประเมินฉบับภาษาไทยในการประเมินความปวด ประกอบด้วย ส่วนที่1 ลักษณะอาการปวด(Pain descriptors) ซึ่งแบ่งเป็นด้านความรู้สึก (sensory score) 11ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) 4 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึก รู้สึกน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน รู้สึกปานกลางรบกวนชีวิตประจำวัน รู้สึกมากจนทนไม่ได้ ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน ( present pain intensity, PPI) ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอรำคาญ ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ปวดจนทุกข์ทรมาน ปวดจนทนไม่ได้ และส่วนที่ 3 visual analog scale (VAS) 0-100 มิลลิเมตร

การให้ความหมายในส่วนลักษณะอาการปวด(Pain descriptors) ดังนี้

ไม่รู้สึก	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกกับข้อความนั้นเลย
รู้สึกน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน	หมายถึง	ท่านรู้สึกกับข้อความนั้นในระดับน้อยและไม่รบกวนชีวิตประจำวัน
รู้สึกปานกลางรบกวนชีวิตประจำวัน	หมายถึง	ท่านรู้สึกกับข้อความนั้นในระดับปานกลางและรบกวนชีวิตประจำวัน
รู้สึกมากจนทนไม่ได้	หมายถึง	ท่านรู้สึกกับข้อความดังนั้นในระดับมากจนทนไม่ได้

### เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่รู้สีก	เท่ากับ	0	คะแนน
รู้สึกน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน	เท่ากับ	1	คะแนน
รู้สึกปานกลางรบกวนชีวิตประจำวัน	เท่ากับ	2	คะแนน
รู้สึกมากจนทนไม่ได้	เท่ากับ	3	คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยการคิดคะแนนรวม (Total score) คือ คะแนนด้านความรู้สึก(sensory score) รวมกับด้านอารมณ์(affective score) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-45 คะแนน ระดับคะแนนรวมที่สูงแสดงถึงอาการปวดที่มีความรุนแรงมาก ระดับคะแนนรวมที่ต่ำแสดงถึงอาการปวดที่มีความรุนแรงน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินอาการปวดข้อ มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติซึมจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Pilot & Hungler, 2006)จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าให้คงข้อคำถามเดิมไม่ต้องปรับข้อคำถามเนื่องจากมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.91

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญความเจ็บปวด** ผู้วิจัยแปลจากแบบประเมิน The Pain Coping Inventory (PCI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประเมินการเผชิญความปวดที่พัฒนาขึ้นโดย Eimer และ Allen (1995) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 33ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การเผชิญความปวดแบบเชิงรุก(active coping) ประกอบด้วยกลยุทธ์ที่สะท้อนการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรม 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การวัดความพยายามของผู้ป่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจของตนเองจากความเจ็บปวด (distraction) 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 9,19,20,21,22 2) การแปลงผลความปวด (pain transformation) 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 15,16,18,30 และ3)หน้าที่การทำงานขณะที่มีความปวด (reducing demands) 3ข้อ ได้แก่ข้อ 2,3,4 ส่วนที่ 2 การเผชิญความปวดแบบเชิงรับ(passive coping) ประกอบด้วยกลยุทธ์ที่สะท้อนการคิดรู้และกลวิธีทางพฤติกรรม 3 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) แนวโน้มพฤติกรรมที่จำกัดการทำหน้าที่(resting)5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,5,6,7,8 2)การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม(retreating) 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 10,11,12,13,14,32,33 และ 3)ความคิดรู้เชิงลบเกี่ยวกับความปวด(worrying) 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 17,23,24,25,26,27,28,29,31 เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆครั้ง บ่อย บ่อยมาก ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆครั้ง
บ่อย	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยมาก

#### เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนส่วนของการเผชิญความปวดแบบเชิงรับ(passive coping)

ไม่เคย	เท่ากับ	1	คะแนน
นานๆครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน
บ่อย	เท่ากับ	3	คะแนน
บ่อยมาก	เท่ากับ	4	คะแนน

แปลงคะแนนในส่วนของการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก(active coping)

ไม่เคย	เท่ากับ	1	คะแนน	เป็น	4	คะแนน
นานๆครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน	เป็น	3	คะแนน
บ่อย	เท่ากับ	3	คะแนน	เป็น	2	คะแนน
บ่อยมาก	เท่ากับ	4	คะแนน	เป็น	1	คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยการคิดคะแนนรวมสามารถคำนวณได้จากการสรุปคะแนนถ่วงน้ำหนักจากข้อคำถามทั้งหมด โดยจะแบ่งเป็นส่วน คือ

คะแนนรวมของการเผชิญความปวดแบบเชิงรุก(active coping) ซึ่งมีคะแนนรวมตั้งแต่ 12-48 คะแนน คะแนนรวมที่มาก แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกต่ำ คะแนนรวมที่น้อย แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกสูง

คะแนนรวมของการเผชิญความปวดแบบเชิงรับ(passive coping) ซึ่งมีคะแนนรวมตั้งแต่ 21-84 คะแนน คะแนนรวมที่มาก แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรับสูง คะแนนรวมที่น้อย แสดงว่า ผู้ป่วยมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการเผชิญความปวด มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) เนื่องจากการแปลแบบประเมินจากต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการแปลเป็นแบบการแปลเป็นภาษาไทยและมีการทดสอบ(Forward-Only-translation with testing) ซึ่งเป็นการแปลภาษาต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเริ่มต้นแปลเองแล้วนำเครื่องมือที่แปลให้ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรุมชาติข้ามจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องภาษาและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำแบบประเมินไปใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและช่วยปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์

ในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่1 “ฉันหยุดกิจกรรมต่างๆ” แก้เป็น “ฉันหยุดทำกิจกรรมต่างๆ”

ข้อที่2 “ฉันยังคงทำกิจกรรมต่างๆแต่ใช้แรงที่ลดลง” แก้เป็น “ฉันยังคงทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยการออกแรงเพียงเล็กน้อย”

ข้อที่3 “ฉันยังคงทำกิจกรรมต่างๆแต่ใช้อัตราที่ช้าลง” แก้เป็น “ฉันยังคงทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ช้าลง”

ข้อที่4 “ฉันยังคงทำกิจกรรมต่างๆแต่ความแม่นยำที่น้อยลง” แก้เป็น “ฉันทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ความถูกต้องและความแม่นยำลดลง



ข้อที่12 “ฉันระมัดระวังที่จะไม่ใส่ใจกับเสียงรบกวนต่างๆ” แก่เป็น “ฉันพยายามหลีกเลี่ยงเสียงรบกวน”

ข้อที่19 “ฉันคิดถึงเหตุการณ์ต่างๆที่ประทับใจ” แก่เป็น “ฉันคิดถึงเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่ทำให้ฉันมีความสุข”

ข้อที่30 “ฉันจดจำถึงความยากลำบากของคนอื่น” แก่เป็น “ฉันคิดถึงความทุกข์ยากของคนอื่น”

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงในส่วนของ การเผชิญความปวดแบบเชิงรุกและการเผชิญความปวดเชิงรับเท่ากับ .77 และ .91 ตามลำดับ และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคส่วนของการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกและการเผชิญความปวดเชิงรับเท่ากับ .80 และ .90 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (Beck Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงในเอี่ยมเดือน เนตรชม 2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ คำถามที่ถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ 15 ข้อ ได้แก่ข้อ1-14และ20 และการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 15-19 และ 21

**เกณฑ์การให้คะแนน** คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0-3 คะแนน และให้ความหมายดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
1	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
2	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
3	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน**

นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 – 63 คะแนน แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	0- 9	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	10-16	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	17-29	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	30-63	คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติซึมจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าให้คงข้อคำถามเดิมไม่ต้องปรับข้อคำถามเนื่องจากมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยล้า** ผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Belza และคณะ(The Multidimensional Assessment of Fatigue ;MAF, 1993) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ คำถามที่เกี่ยวกับความรุนแรง (Severity) 2ข้อ ได้แก่ข้อ1และ2 คำถามเกี่ยวกับความกังวลใจ(Distress) 1ข้อ ได้แก่ข้อ 3 คำถามเกี่ยวกับผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน(Impact of fatigue on various activities of daily living) 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 4-14 คำถามเกี่ยวกับระยะเวลาของความเหนื่อยล้า(Timing of fatigue)2ข้อ ได้แก่ข้อ15 และ 16 เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 (Numerical rating scale)

#### เกณฑ์การคิดคะแนนรวม ดังนี้

การคิดคะแนนรวม(Total score) ผู้วิจัยแปลงคะแนนในข้อคำถามที่ 15 ให้เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 โดยการคูณด้วย 2.5 จากนั้นทำการรวมคะแนนของข้อคำถามที่ 1,2 และ 3 และรวมกับ คะแนนเฉลี่ยของข้อคำถามที่ 4-14 และรวมกับคะแนนที่แปลงแล้วของข้อคำถามที่ 15 (ข้อคำถามที่ 16 จะไม่นำมาคิดในคะแนนรวม)

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 1 - 50 คะแนน แปลผลคะแนนเป็นช่วงคะแนน ดังนี้ 1 คะแนน คือไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยล้า จนถึง 50 คะแนน คือรู้สึกเหนื่อยล้ามาก และถ้ามีผู้ให้คะแนนข้อคำถามที่ 1 เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ต้องคิดคะแนนข้อคำถามอื่นเลย ซึ่งแปลได้ว่า ไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยล้า และหากไม่มีคะแนนในข้อคำถามที่ 4-14 แปลผลว่ากิจกรรมต่างๆไม่ได้มีผลต่อความเหนื่อยล้า

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความเหนื่อยล้า มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) เนื่องจากการแปลแบบประเมินจากต้นฉบับ ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการแปลเป็นแบบการแปลเป็นภาษาไทยและมีการทดสอบ(Forward-Only-translation with testing) ซึ่งเป็นการแปลภาษาต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยเริ่มต้นแปลเองแล้วนำเครื่องมือที่แปลให้ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่มจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและช่วยปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

ในประเด็นอื่นๆที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 แก้อั้วความ จาก “ไม่เลย” เป็น “ไม่รู้สึกรู้สึกเลย” และ “มาก” เป็น “รู้สึกมาก”

ข้อคำถามที่ 4-14 แก้อั้วความ จาก “ไม่เลย” เป็น “ไม่รบกวนเลย” และ “มาก” เป็น “รบกวนมาก”

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94

**ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index ของ Buysse และคณะ (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และวรวิญ ตันชัยสวัสดิ์(2540) ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรายงานคุณภาพการนอนหลับ 2)ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3)ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4)ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7)ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

**เกณฑ์การให้คะแนนและคิดคะแนนรวม ดังนี้**

องค์ประกอบที่ 1 การรายงานคุณภาพการนอนหลับ (ใช้ข้อคำถามที่ 9)

คุณภาพการนอนหลับดีมาก	เท่ากับ	0	คะแนน
คุณภาพการนอนหลับดี	เท่ากับ	1	คะแนน
คุณภาพการนอนหลับไม่ค่อยดี	เท่ากับ	2	คะแนน
คุณภาพการนอนหลับไม่ดีเลย	เท่ากับ	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ(ใช้ข้อคำถามที่ 2 และ 5.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ(ข้อคำถามที่ 2)

น้อยกว่า 15 นาที	เท่ากับ	0	คะแนน
16-30 นาที	เท่ากับ	1	คะแนน
31-60 นาที	เท่ากับ	2	คะแนน
มากกว่า 60 นาที	เท่ากับ	3	คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า

30 นาที(ข้อคำถามที่ 5.1)

ไม่มีปัญหาเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	1	คะแนน
มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	2	คะแนน
มีปัญหา 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	3	คะแนน
ผลรวมคะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ	0	คะแนน	ให้คะแนน 0
1-2	คะแนน	ให้คะแนน	1
3-4	คะแนน	ให้คะแนน	2
5-6	คะแนน	ให้คะแนน	3

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลานอนหลับในแต่ละคืน (ใช้ข้อคำถามที่ 4)

มากกว่า 7 ชั่วโมง เท่ากับ	0	คะแนน
6-7 ชั่วโมง เท่ากับ	1	คะแนน
5-6 ชั่วโมง เท่ากับ	2	คะแนน
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง เท่ากับ	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้ข้อคำถามที่ 1,3 และ 4)

ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย คำนวณจาก

$$\frac{\text{จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง(จากข้อคำถามที่4)}}{\text{จำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง(จากข้อคำถามที่ 3ลบข้อคำถามที่1)}} \times 100$$

ค่าที่ได้มากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ	0	คะแนน
75-84 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ	1	คะแนน
65-74 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ	2	คะแนน
น้อยกว่า 65 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้ข้อคำถามที่ 5.1-5.10)

โดยแต่ละข้อคำถามจะแบ่งระดับคะแนนเป็น

ไม่มีปัญหาเลย เท่ากับ	0	คะแนน
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ	1	คะแนน
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ	2	คะแนน
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ	3	คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ 5.2-5.10 เท่ากับ 0	คะแนน ให้คะแนน	0	คะแนน
1-9	คะแนน ให้คะแนน	1	คะแนน
10-18	คะแนน ให้คะแนน	2	คะแนน
19-27	คะแนน ให้คะแนน	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ (ใช้คำถามข้อ6)

ไม่เคยใช้เลย	เท่ากับ	0	คะแนน
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	1	คะแนน
ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	2	คะแนน
ใช้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน(ใช้คำถามข้อ7และ8)

1. การง่วงนอนหรือเพลอหลังขณะทำกิจกรรมประจำวัน(คำถามที่7)

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	1	คะแนน
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	เท่ากับ	2	คะแนน
3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ	3	คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้เสร็จจุล่งไปด้วยดี

ไม่มีปัญหาเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย	เท่ากับ	1	คะแนน
เป็นปัญหาพอสมควร	เท่ากับ	2	คะแนน
เป็นปัญหามาก	เท่ากับ	3	คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ1และ2 เท่ากับ 0	คะแนน ให้คะแนน	0	คะแนน
1-2	คะแนน ให้คะแนน	1	คะแนน
3-4	คะแนน ให้คะแนน	2	คะแนน
5-6	คะแนน ให้คะแนน	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน**

นำคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-21 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ(Buyse et al., 1989)ดังนี้

คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพการนอนหลับดี
คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน	หมายถึง	มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติสซั่มจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าให้คงข้อความเดิมไม่ต้องปรับข้อความเนื่องจากมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77

### ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่

ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(Activities of daily living) ของ Fries และคณะจากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Health Assesment Questionnaire Disability Index;HAQ-DI, 1980) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มนาธิป โอศิริ(Osiri et al., 2001; Osiri et al., 2009) ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ 20 กิจกรรม แบ่งเป็น 8 หัวข้อ ได้แก่ การแต่งตัว(dressing and grooming) การลุกขึ้น(arising) การกินอาหาร(eating) การเดิน(walking) การทำความสะอาดร่างกาย(Hygiene) การเอื้อมหยิบ(reach) การจับ-กำ (grip) และการทำกิจกรรมอื่นๆ(activities) เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำได้อย่างสบาย ทำได้แต่ค่อนข้างลำบาก ทำได้ลำบากมาก ทำไม่ได้ ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

ทำได้อย่างสบาย	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้อย่างง่ายดาย
ทำได้แต่ค่อนข้างลำบาก	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้แต่ค่อนข้างลำบาก
ทำได้ลำบากมาก	หมายถึง	ท่านสามารถทำกิจกรรมนั้นได้อย่างลำบากมาก
ทำไม่ได้	หมายถึง	ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้เลย

**เกณฑ์การให้คะแนน** โดยแบ่งความสามารถในการทำแต่ละกิจกรรมเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ทำกิจกรรมนั้นได้อย่างง่ายดาย	ให้คะแนน	0	คะแนน
ทำกิจกรรมนั้นได้ลำบากเล็กน้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ทำกิจกรรมนั้นได้อย่างลำบากมาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
ทำกิจกรรมนั้นไม่ได้	ให้คะแนน	3	คะแนน

กิจกรรมใดที่ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องช่วย หรืออาศัยผู้อื่นช่วยทำให้ ให้คะแนน 2 คะแนน ถ้าผู้ป่วยประเมินกิจกรรมนั้นได้คะแนนต่ำกว่า 2

**เกณฑ์การแปลผล** การคิดคะแนนรวมให้นำคะแนนสูงสุดของแต่ละหัวข้อมารวมกันแล้วหารด้วย 8 จะได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 โดยคะแนนสูงแสดงว่ามีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อมาก

**การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่** มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติซึมจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าให้ข้อข้อคำถามเดิมไม่ต้องปรับข้อคำถามเนื่องจากมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94

**ส่วนที่ 8 แบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย** The Brief Perception Questionnaire (The Brief IPQ) (Broadbent et al., 2006)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร โสวัตินางกูร(cite in [http:// www. uib. no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf](http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf)) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้



1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีคำถาม 2 ข้อ (ข้อ1และข้อ 2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีข้อคำถาม 2 (ข้อ3 และข้อ4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย มีข้อคำถาม 1 ข้อ(ข้อ5) และ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีข้อคำถาม 1 ข้อ(ข้อ7) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) ข้อคำถามที่ 3,4 และ 7 เป็นข้อคำถามที่มีคำตอบเชิงบวก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0- 60 คะแนน โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง

2. การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ระดับความกังวล(ข้อ6) และภาวะอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย(ข้อ8) ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 – 10 คะแนน โดยมีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบ คะแนนสูง หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก

### เกณฑ์การแปลผล

นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-80 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านการเจ็บป่วยในทางลบที่สะท้อนถึงความเชื่อด้านการเจ็บป่วยในทางลบ คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ด้านการเจ็บป่วยในทางบวกที่สะท้อนถึงความเชื่อด้านการเจ็บป่วยทางบวกเช่นกัน

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติซึมจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าให้คงข้อคำถามเดิมไม่ต้องปรับข้อคำถามเนื่องจากมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.71

**ส่วนที่ 9 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตสุขภาพของ Ware และคณะ (Short Form Health Survey-36, 1992) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชรီ เลอ มาณกุลและปารณีย์ มีแต่้ม (2543) ประกอบไปด้วย 8มิติด้านสุขภาพ จำนวน36 ข้อคำถาม ได้แก่

1.การเคลื่อนไหวร่างกาย(Physical functioning,PF) มีจำนวน10ข้อ ได้แก่ข้อ3,4 ,5, 6, 7, 8, 9, 10,11และ 12)

2.การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางกาย(Role limitation due to physical problem,RP) มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ13,14,15และ 16

3.การจำกัดบทบาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์(Role limitation due to emotional problems,RE) มีจำนวน 3ข้อ ได้แก่ข้อ17,18และ 19

4.ความเจ็บปวด(bodily pain,BP) มีจำนวน 2ข้อ ได้แก่ข้อ21และ22

5.สุขภาพจิต(mental health,MH) มีจำนวน 5ข้อ ได้แก่ข้อ24,25,26,28 และ30

6.ความมีชีวิตชีวา(vitality,VT) มีจำนวน 4ข้อ ได้แก่ข้อ23,27,29 และ31

7.หน้าที่ทางสังคม(social functioning ,SF) มีจำนวน 2ข้อ ได้แก่ข้อ 20และ 32

8.การรับรู้สุขภาพ(health perception,HP) มีจำนวน 6ข้อ ได้แก่ข้อ 1,33,34,35และ36

ตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ likert scale โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนตัวเลือกตอบเป็น2 ,3,4,5 หรือ 6 คำตอบให้เลือก

#### เกณฑ์การให้คะแนน

การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้าน คิดโดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน

ข้อ	แปลงคะแนนจาก	คะแนน	เป็น	คะแนน
ข้อ 1,2,20,22,34,36	1	คะแนน	เป็น	100 คะแนน
	2	คะแนน	เป็น	75 คะแนน
	3	คะแนน	เป็น	50 คะแนน
	4	คะแนน	เป็น	25 คะแนน
	5	คะแนน	เป็น	0 คะแนน

ข้อ 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	แปลงคะแนนจาก	1	คะแนน	เป็น	0	คะแนน
		2	คะแนน	เป็น	50	คะแนน
		3	คะแนน	เป็น	100	คะแนน
ข้อ 13,14,15,16,17,18,19	แปลงคะแนนจาก	1	คะแนน	เป็น	0	คะแนน
		2	คะแนน	เป็น	100	คะแนน
ข้อ 21,23,26,27,30	แปลงคะแนนจาก	1	คะแนน	เป็น	100	คะแนน
		2	คะแนน	เป็น	80	คะแนน
		3	คะแนน	เป็น	60	คะแนน
		4	คะแนน	เป็น	40	คะแนน
		5	คะแนน	เป็น	20	คะแนน
		6	คะแนน	เป็น	0	คะแนน
ข้อ 24,25,28,29,31	แปลงคะแนนจาก	1	คะแนน	เป็น	0	คะแนน
		2	คะแนน	เป็น	20	คะแนน
		3	คะแนน	เป็น	40	คะแนน
		4	คะแนน	เป็น	60	คะแนน
		5	คะแนน	เป็น	80	คะแนน
		6	คะแนน	เป็น	100	คะแนน
ข้อ 32,33,35	แปลงคะแนนจาก	1	คะแนน	เป็น	0	คะแนน
		2	คะแนน	เป็น	25	คะแนน
		3	คะแนน	เป็น	50	คะแนน
		4	คะแนน	เป็น	75	คะแนน
		5	คะแนน	เป็น	100	คะแนน

จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกันและคำนวณโดยใช้สูตรที่ผู้สร้างได้กำหนดไว้ ดังนี้ 
$$\text{คะแนนรวมแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}} \times 100$$

#### เกณฑ์การแปลผล

คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0-800 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงการมีสุขภาพดี คะแนนที่ต่ำหมายถึงระดับสุขภาพที่ไม่ดี มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ(วัชรี เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่ม, 2548)

ต่ำกว่าร้อยละ 50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตไม่ดี
มากกว่าร้อยละ 50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตดี

### การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติซึมจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออีกเสบริมาตอยด์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ ความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและช่วยปรับข้อความคำถามให้มีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00

ในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ตัวเลือกในข้อคำถามที่ 1 เปลี่ยนจากคำว่า “ดีเลิศ” เป็น “ดีมากที่สุด”

ข้อ 7 ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีอาการปวดตามร่างกายรุนแรงแค่ไหน และข้อ 8 ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของคุณ รบกวนการทำงานตามปกติของคุณเพียงใด เปลี่ยนข้อความจาก “อาการปวดตามร่างกาย” เป็น “อาการปวดข้อ”

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 และหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94

### การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือ นำเสนอถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย ขออนุญาตเก็บ

ข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling)

3.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องหรือสถานที่ที่เตรียมไว้ ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30 – 45 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ และสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติมพร้อมกับกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

6. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 3.1 ถึงข้อ 5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 150 คน

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือใน การตอบแบบประเมิน ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่อยินดีเข้า ร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจหรือจะขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องให้ เหตุผล ทั้งนี้การบอกยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการ นำเสนอการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในเชิง วิชาการภาพรวม ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมใน เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

ระหว่างการเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวดรุนแรง เหนื่อยล้า หรือมีอาการผิดปกติใดๆ ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที รวมทั้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่ผู้วิจัยสังเกตเห็น ซึ่ง ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกายจากโรคร่วม ได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและจัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนทันที พร้อมทั้งรายงานอาการ ของผู้ป่วยให้พยาบาลในแผนกทราบเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

2. กรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรืออีก อดใจ เกิดความเครียด ผู้วิจัยมีแนวทางช่วยเหลือโดย ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในกรณีที่ ผู้ป่วยมีสภาพวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกินความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับ พยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือหรือรายงานแพทย์ต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation) และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (Runyon et al., 1996 อ้างถึงใน Cohen, 1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูง

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบตามกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีค่าความสัมพันธ์แบบผกผันกัน

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มารับบริการที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซั่มในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ตอนที่ 3 การศึกษาอำนาจในการทำนายของอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์



**ตอนที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

1.1 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7 ตามลำดับ

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครรายด้านและโดยรวม (n=150)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
บทบาททางสังคม(2 ข้อ)	68.29	68.29
สุขภาพจิต(5 ข้อ)	67.74	67.74
ความเจ็บปวดของร่างกาย(2 ข้อ)	59.38	59.38
ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง(4 ข้อ)	58.44	58.44
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย(10 ข้อ)	57.65	57.65
การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป(6 ข้อ)	48.14	23.53
บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์(3 ข้อ)	42.89	42.36
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย(4 ข้อ)	37.83	41.34
โดยรวม	440.36(55.05%)	173.10

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 440.36 (SD=173.10) คะแนนสูงสุด(max) ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 778.95 และคะแนนต่ำสุด(min)เท่ากับ 35.37 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 องค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาททางสังคม รองลงมาคือด้านสุขภาพจิต ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย ด้านความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.29, 67.74, 59.38, 58.44 และ 57.65(SD=68.29, 67.74, 59.38, 58.44 และ 57.65) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี 3 ด้าน ได้แก่ด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป รองลงมาคือด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ และที่แย่มากที่สุดคือด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.14, 42.89 และ 37.83(SD=23.53, 42.36, 41.34) ตามลำดับ

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา (n=150)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว	จำนวน	ร้อยละ
ตอนนี้ดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก	46	30.7
ตอนนี้ดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง	30	20.0
พอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว	36	24.0
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง	23	15.3
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก	15	10.0

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินระดับสุขภาพของตนเองเปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมากคิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงมาประเมินว่ามีสุขภาพพอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้วร้อยละ 24 และประเมินว่ามีสุขภาพดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้างร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างที่เหลือประเมินว่ามีสุขภาพแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้างร้อยละ 15.5 และแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมากร้อยละ 10

1.2 คะแนนอาการปวดข้อของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และข้อมูลลักษณะอาการปวดข้อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 8 และ 9 ตามลำดับ

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ย ความคลาดเคลื่อนและค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุดอาการปวดข้อ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
Sensory score	6.14	5.93	0-28
Affective score	3.07	2.69	0-12
Total score	9.21	8.23	0-40
Present pain index (PPI)	1.59	1.10	0-5
VAS	34.42	22.72	0-80

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้รายงานอาการปวดด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดที่ไม่รุนแรงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของอาการปวดเท่ากับ 9.21 (SD=8.23) แยกเป็นลักษณะอาการปวดด้านความรู้สึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกต่ออาการปวดไม่รุนแรงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.14 (SD=5.93) และด้านอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ต่ออาการปวดข้อไม่รุนแรงมากเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (SD=2.69) เมื่อวัดระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการปวดเล็กน้อยจนถึงระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (SD=1.10) และกลุ่มตัวอย่างวัดความปวดด้วยสายตาให้คะแนนเฉลี่ย 34.42 (SD=22.72)

**ตารางที่ 9** จำนวน ร้อยละ ลักษณะอาการปวดข้อของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

ลักษณะอาการปวด	จำนวน	ร้อยละ
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	129	86.0
ปวดเหมือนถูกแทง	127	84.7
ปวดเหมือนถูกแทง	114	76.0
ปวดเกร็ง	105	70.0
ปวดแสบปวดร้อน	102	68.0
ปวดตื้อๆ	99	66.0
ปวดจี๊ด	96	64.0
ปวดหนักๆ	92	61.3
ปวดแปลบ	83	55.3
ปวดตุ้บๆ	62	41.3
กดเจ็บ	58	38.7
รู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด	106	70.7
รู้สึกไม่สบาย	86	57.3
รู้สึกทรมาน	86	57.3
รู้สึกเหนื่อยล้า	22	14.7

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร มีการรายงานลักษณะอาการปวดด้านความรู้สึกมากที่สุดคือ ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยงจำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 86 รองลงมาคือปวดเหมือนถูกแทงจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 84.7 ปวดเหมือนถูกแทง 114 คน คิดเป็นร้อยละ 76 ปวดเกร็ง 105 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ปวดแสบปวดร้อน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ปวดตื้อๆ 99 คน คิดเป็นร้อยละ 66 ปวดจี๊ด 96 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ปวดหนักๆ 92 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 ปวดแปลบ 83 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ปวดตุ้บๆ 62 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 กดเจ็บ 58 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 ส่วนลักษณะอาการปวดด้านอารมณ์พบว่า ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวดจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 รองลงมาคือรู้สึกไม่สบายและรู้สึกทรมาน จำนวนเท่ากันคือ 86 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 และรู้สึกเหนื่อยล้าจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7

1.3 คะแนนการเผชิญความปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเผชิญความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

การเผชิญความปวด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเผชิญความปวดแบบเชิงรุก	32.06	6.61
การแปลผลความปวด	12.25	2.77
การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด	11.73	3.48
หน้าที่การทำงานขณะที่มีความปวด	8.80	2.27
การเผชิญความปวดแบบเชิงรับ	44.25	12.25
ความคิดรู้เชิงลบเกี่ยวกับความปวด	18.25	6.21
การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม	14.63	4.55
แนวโน้มพฤติกรรมที่จำกัดการทำหน้าที่	11.37	3.69

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรุกสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความปวดเชิงรุกเท่ากับ 32.06(SD=6.61) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการแปลผลความปวดเท่ากับ 12.25(SD=2.77) คะแนนเฉลี่ยในส่วนของ การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดเท่ากับ 11.73 (SD=3.48) และคะแนนเฉลี่ยในส่วนของหน้าที่การทำงานขณะที่มีความปวดเท่ากับ 8.80(SD=2.27) ตามลำดับ ส่วนการเผชิญความปวดแบบเชิงรับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความปวดแบบเชิงรับสูงเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความปวดเชิงรับเท่ากับ 44.25(SD=12.25) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในส่วนของ การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 14.63(SD=4.55) คะแนนเฉลี่ยในส่วนของความคิดรู้เชิงลบเกี่ยวกับความปวดเท่ากับ 18.25(SD=6.21) และคะแนนเฉลี่ยของแนวโน้มพฤติกรรมที่จำกัดการทำหน้าที่เท่ากับ 11.37(SD=3.69) ตามลำดับ

1.4 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 11 และ 12 ตามลำดับ

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

ภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์	6.07	4.91
การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกาย	3.82	2.99
คะแนนรวม	9.89	7.29

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยรวมของภาวะซึมเศร้า 9.89(7.29) โดยมีคะแนนเฉลี่ยในส่วนของการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ 6.07(SD=4.91) และในส่วนของการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกาย 3.82(SD=2.99) ตามลำดับ

**ตารางที่ 12** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n=150)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	88	58.7
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	35	23.3
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	24	16.0
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	3	2.0
รวม	150	100.0

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

1.5 คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 13

**ตารางที่ 13** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

ความเหนื่อยล้า	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ระดับความเหนื่อยล้า	4.94	2.35
ความรุนแรง	3.97	2.38
ความทุกข์ทรมาน	3.70	2.39
ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน	2.76	1.98
ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า	12.35	3.26
ระดับความเหนื่อยล้ารวม	21.23	9.28

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้ารวมเท่ากับ 21.23(SD=9.28) (1 คะแนนคือ ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า จนถึง 50 คะแนนคือ รู้สึกเหนื่อยล้ามากที่สุด) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ระยะเวลาของความเหนื่อยล้าเท่ากับ 12.35(SD=3.26) รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยในส่วนของความเหนื่อยล้าเท่ากับ 4.94(SD=2.35) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงเท่ากับ 3.97(SD=2.38) คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานเท่ากับ 3.70(SD=2.39) และคะแนนเฉลี่ยผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันเท่ากับ 2.76(SD=1.98) ตามลำดับ

1.6 คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และจำแนกคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 14 และ 15 ตามลำดับ

**ตารางที่ 14** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพการนอนหลับ จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การรายงานคุณภาพการนอนหลับ	1.21	0.70
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ	1.27	1.06
ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน	0.55	0.79
ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย	2.97	0.16
การรบกวนการนอนหลับ	1.33	0.53
การใช้ยานอนหลับ	0.32	0.81
ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน	0.91	0.74
คะแนนรวม	8.54	2.82

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับรวมเท่ากับ 8.54 (SD=2.82) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัยเท่ากับ 2.97(SD=0.16) รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยในส่วนของการรบกวนการนอนหลับเท่ากับ 1.33 (SD=0.53) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับเท่ากับ 1.27(SD=1.06) การรายงานคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 1.21(SD=0.70) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันเท่ากับ 0.91(SD=0.74) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนเท่ากับ 0.55(SD=0.79) และคะแนนเฉลี่ยการใช้ยานอนหลับเท่ากับ 0.32 (SD=0.81) ตามลำดับ



**ตารางที่ 15** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ (n=150)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับดี	15	10.0
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	135	90.0
รวม	150	100

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

1.7 คะแนนความสามารถด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ดังแสดงในตารางที่ 16

**ตารางที่ 16** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถด้านการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

ความสามารถด้านการทำหน้าที่	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การแต่งตัว	0.43	0.73
การลุกขึ้น-นั่งลง	0.97	1.03
การกินอาหารและการทำครัว	0.74	1.03
การเดิน	0.65	0.89
การทำความสะอาดร่างกาย	0.52	0.82
การเอื้อมหยิบของ	0.86	0.99
การจับ-กำ	0.77	1.01
กิจกรรมอื่นๆ	0.61	0.87
รวม	150	100

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อไม่มาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมของความสามารถด้านการทำหน้าที่เท่ากับ 0.69(SD=0.68) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือกิจกรรมการลุกขึ้น-นั่งลง 0.97(SD=1.03) รองลงมาคือ การเอื้อมหยิบของ 0.86(SD=0.99) การจับ-กำ 0.77(SD=1.01) การกินอาหารและการทำครัว 0.74(SD=1.03) การเดิน 0.65(SD=0.89) กิจกรรมอื่นๆ 0.61(SD=0.87) การทำความสะอาดร่างกาย 0.52(SD=0.82) การแต่งกาย 0.43(SD=0.73) ตามลำดับ

1.8 คะแนนความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ดังแสดงในตารางที่ 17

**ตารางที่ 17** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานคร (n=150)

ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การรับรู้ความเจ็บป่วย	23.81	8.97
การตอบสนองทางอารมณ์	9.17	6.02
คะแนนรวม	32.98	13.33

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในเขตกรุงเทพมหานครมีความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในทางบวก โดยคะแนนเฉลี่ยรวมของความเชื่อด้านความเจ็บป่วยเท่ากับ 32.98 (SD=13.33) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วย 23.81(SD=8.93) และคะแนนเฉลี่ยการตอบสนองทางอารมณ์ 9.17(SD=6.02)

**ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 17

**ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย	-.720	.000
ความเหนื่อยล้า	-.704	.000
ภาวะซึมเศร้า	-.631	.000
ความสามารถด้านการทำหน้าที่	-.608	.000
การเผชิญความปวดแบบเชิงรับ	-.514	.000
คุณภาพการนอนหลับ	-.469	.000
อาการปวดข้อ	-.412	.000
การเผชิญความปวดแบบเชิงรุก	.312	.000

จากตารางที่ 18 พบว่าความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่และการเผชิญความปวดเชิงรับมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ( $r = -.720, -.704, -.631, -.608$  และ  $-.514$  ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพการนอนหลับและอาการปวดข้อมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = -.469, -.412$ ) และการเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .312$ )

**ตอนที่ 3 การศึกษาอำนาจในการทำนายของอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

3.1 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis) ดังแสดงในตารางที่ 19และ20

**ตารางที่ 19** ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ(R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ ) ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน(Stepwise)

ลำดับ ขั้น	ตัวแปรทำนาย	R	$R^2$	$R^2$ change	F	p- value
1	ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย	.720	.519	.519	149.752	.000
2	ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า	.791	.626	.107	115.420	.000
3	ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่	.819	.671	.045	93.046	.000
4	ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า	.839	.703	.033	80.622	.000
5	ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ	.847	.718	.014	68.581	.010

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้วิธีแบบเพิ่มขั้นตอน พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ )เท่ากับ .519 หมายถึง ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 51.9

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรความเหนื่อยล้า ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สอง ซึ่งเพิ่มความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 10.7 ( $R^2$  Change = .107) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ )เพิ่มขึ้นเป็น .626 ซึ่งหมายถึง ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 62.6

ขั้นตอนที่ 3 ตัวแปรความสามารถด้านการทำหน้าที่ ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 ซึ่งเพิ่มความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 4.5 ( $R^2$  change=.045) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ )เพิ่มขึ้นเป็น .671ซึ่งหมายถึง ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า และความสามารถด้านการทำหน้าที่ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 67.1

ขั้นตอนที่ 4 ตัวแปรภาวะซึมเศร้า ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 4 ซึ่งเพิ่มความความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 3.3 ( $R^2$  change=.033) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ )เพิ่มขึ้นเป็น .703 ซึ่งหมายถึง ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และ ภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 70.3

ขั้นตอนที่ 5 ตัวแปรคุณภาพการนอนหลับ ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 5 ซึ่งเพิ่มความความสามารถในการอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 1.4 ( $R^2$  change=.014) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย( $R^2$ )เพิ่มขึ้นเป็น .718ซึ่งหมายถึง ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 71.8

**ตารางที่ 20** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับ ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ตัวแปรทำนาย	B	SE <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
Constant(a)	827.088	28.560		28.960	.000
ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย	-4.025	.864	-.298	-4.658	.000
ความเหนื่อยล้า	-4.763	1.211	-.252	-3.933	.000
ความสามารถด้านการทำหน้าที่	-58.399	13.884	-.231	-4.206	.000
ภาวะซึมเศร้า	-4.827	1.472	-.192	-3.278	.001
คุณภาพการนอนหลับ	-8.270	3.181	-.136	-2.600	.010
R=.847	R <sup>2</sup> =.718	Adjust R <sup>2</sup> =.707	F=68.581		

จากตารางที่ 20 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบมาตรฐาน(Beta) พบว่าความเชื่อด้านความเจ็บป่วย มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) =-.298 หมายถึง เมื่อคะแนนความเชื่อด้านความเจ็บป่วยลดลง 1 หน่วยมาตรฐาน (คะแนนน้อยหมายถึงความเชื่อด้านความเจ็บป่วยทางบวกเพิ่มขึ้น)จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น .298 หน่วยมาตรฐาน

ความเหนื่อยล้า มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) =-.252 หมายถึง เมื่อคะแนนความเหนื่อยล้าลดลง 1 หน่วยมาตรฐาน(คะแนนน้อยหมายถึงไม่เหนื่อยล้า) จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น .252 หน่วยมาตรฐาน

ความสามารถด้านการทำหน้าที่ มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) =-.231 หมายถึง เมื่อคะแนนความสามารถด้านการทำหน้าที่ลดลง 1 หน่วยมาตรฐาน(คะแนนน้อยหมายถึงการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อไม่มาก) จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น .231 หน่วยมาตรฐาน

ภาวะซึมเศร้า มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) =-.192 หมายถึง เมื่อคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง 1 หน่วยมาตรฐาน(คะแนนน้อยหมายถึงระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า) จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น .192 หน่วยมาตรฐาน

คุณภาพการนอนหลับ มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) =-.136 หมายถึง เมื่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง 1 หน่วยมาตรฐาน (คะแนนน้อยหมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี) จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพิ่มขึ้น .136 หน่วยมาตรฐาน

### สมการการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีดังนี้

#### 1 สมการในรูปคะแนนดิบ

$$y = 827.088 - 4.025(\text{ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย}) - 4.763(\text{ความเหนื่อยล้า}) - 58.399(\text{ความสามารถด้านการทำหน้าที่}) - 4.827(\text{ภาวะซึมเศร้า}) - 8.270(\text{คุณภาพการนอนหลับ})$$

#### 2.สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ}} = -.298 Z_{\text{ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย}} - .252 Z_{\text{ความเหนื่อยล้า}} - .231 Z_{\text{ความสามารถด้านการทำหน้าที่}} - .192 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} - .136 Z_{\text{คุณภาพการนอนหลับ}}$$

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
3. เพื่อศึกษาอำนาจปัจจัยทำนาย ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage random sampling) จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่ (1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2)แบบประเมินอาการปวด (3)แบบประเมินการเผชิญความปวด (4)แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (5)แบบประเมินความเหนื่อยล้า (6)แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (7)แบบประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่ (8)แบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย (9)แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือเท่ากับ 1.00, 0.94, 1.00, 1.00 ,1.00 ,1.00,1.00,1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน30 คน ที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ในโรงพยาบาลตำรวจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ แบบประเมินอาการปวดเท่ากับ.91 แบบประเมินการเผชิญความปวดเชิงรุก/เชิงรับเท่ากับ.77และ.91ตามลำดับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ.82 แบบประเมินความเหนื่อยล้าเท่ากับ .94 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ.70 แบบประเมิน



ความสามารถด้านการทำหน้าที่เท่ากับ.90 แบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วยเท่ากับ.73 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ.93

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน(Pearson's product moment correlation)

3. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis)

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 440.36, SD = 173.10$ ) มีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้ อาการปวดข้อ ( $\bar{X} = 9.21, SD = 8.23$ ) การเผชิญความปวดเชิงรุก ( $\bar{X} = 32.06, SD = 6.61$ ) การเผชิญความปวดเชิงรับ ( $\bar{X} = 44.25, SD = 12.25$ ) ภาวะซึมเศร้า ( $\bar{X} = 9.89, SD = 7.29$ ) ความเหนื่อยล้า ( $\bar{X} = 21.23, SD = 9.28$ ) คุณภาพการนอนหลับ ( $\bar{X} = 8.54, SD = 2.82$ ) ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ( $\bar{X} = 0.69, SD = 0.68$ ), และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ( $\bar{X} = 32.98, SD = 13.33$ )

2. อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรับ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.412, -.514, -.631, -.704, -.469, -.608$ , และ  $-.720$  ตามลำดับ)

3. การเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .312$ )

4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรุก การเผชิญความปวดเชิงรับ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าความเชื่อด้านการเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=68.57$ ) และร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 71.8 ( $R^2=.718$ ) โดยสร้างสมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ}} = -.298 Z_{\text{ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย}} - .252 Z_{\text{ความเหนื่อยล้า}} - .231 Z_{\text{ความสามารถด้านการทำหน้าที่}} - .192 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} - .136 Z_{\text{คุณภาพการนอนหลับ}}$$

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงทำนายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=440.36, SD=173.10$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.01 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยกลางคน (อายุ 40–60 ปี) (สุชา จันทน์เอม, 2536) ที่มีความเสื่อมถอยตามวัยไม่มากนัก สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Haroon และคณะ (2007) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบประเมินได้จากความสามารถในการทำงานของข้อ โดยพบว่าหากมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อมากจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงด้วย (Benitha and Tikly, 2007; Yacoub et al., 2012; Cho et al., 2013)

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำงานของข้อน้อย ( $\bar{X}=0.69, SD=0.68$ ) จึงส่งผลให้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยดี ( $\bar{X}=57.68, SD=28.03$ ) นั่นคือผู้ป่วยยังคงสามารถทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ แต่เมื่อพิจารณารายข้อจะพบว่า กิจกรรมในแต่ละวันที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้อย่างเต็มที่ที่จะเป็นกิจกรรม

เบาๆที่ไม่ต้องออกแรงมาก ได้แก่ การขึ้นบันไดขั้นเดียว(ร้อยละ61.3) การเดินในระยะร้อยเมตรถึงครึ่ง กิโลเมตร(ร้อยละ66.7,48 ตามลำดับ) การอาบน้ำหรือแต่งตัวสวมเสื้อผ้าเอง(ร้อยละ78) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้บ้าง ได้แก่ กิจกรรมที่ใช้แรงพอสมควร เช่น ภูบ้าน เดินเล่นไกลๆ ย้ายโต๊ะ (ร้อยละ43.3) การยกหรือถือของไปจ่ายตลาด(ร้อยละ41.3) การเดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร(ร้อยละ35.3) การขึ้นบันไดหลายๆขั้น(ร้อยละ37.3) และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้น้อยลงมาก ได้แก่ กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง การยกของหนัก(ร้อยละ52) และการก้ม คุกเข่า หรือโค้งค้อม (ร้อยละ42) จากการที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ดี อาจเป็นผลจากการรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเป็นยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคและยากลุ่มสารชีวภาพที่ช่วยในการยับยั้งการอักเสบ ชะลอการทำลายข้อและความพิการของข้อ(มนาริปป โอศิริ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Picchianti-Diamanti และคณะ(2010) ที่พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มสารชีวภาพและยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคโดยมีการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา2 ปี และจะได้ผลดีมากหากผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 62 ซึ่งผู้ป่วยอาศัยอยู่กับคู่สมรสและมีบุตรหลานคอยดูแลขณะเจ็บป่วย คอยสนับสนุนส่งเสริมและให้กำลังใจ แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Doeglasและคณะ(1994) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความผาสุกทางด้านจิตใจ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่สูง ( $\bar{X}$  =67.74 ,SD=20.74) และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านบทบาททางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ( $\bar{X}$  =68.29,SD=26.21) โดยจะดูได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพถึงร้อยละ 77.3 ซึ่งสามารถทำงานนอกบ้านและยังสามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อยู่ในระดับที่ดี

ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อยู่ในระดับที่ดี แต่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมก็ไม่สูงมาก เนื่องจากเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า มีบางองค์ประกอบที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป( $\bar{X}$  =48.14,SD=23.53) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์( $\bar{X}$  =42.89, SD=42.36) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย ( $\bar{X}$  =37.83,SD=41.34) เพราะถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประเมินสุขภาพตนเองเมื่อเทียบกับหนึ่งปีที่ผ่านมาว่าดีกว่าเมื่อหนึ่งปีแล้วมาก(ร้อยละ 30.7) แต่ก็พบว่าร้อยละ10 ของกลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพตนเองว่าแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่ผ่านมา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพ

ตนเองอยู่ในระดับเพียงแค่พอใช้ได้เป็นจำนวนถึงร้อยละ 53.3 ด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจึงมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำ ส่วนด้านบทบาทที่ถูกรำคาญอันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองเกี่ยวกับปัญหาทางด้านอารมณ์ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในแต่ละวัน นั่นคือ ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่ควร(ร้อยละ60) ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ(ร้อยละ 60.7) และทำงานต่างๆโดยไม่ระมัดระวังเท่าที่ควร (ร้อยละ50.7)และด้านบทบาทที่ถูกรำคาญเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย พบว่า ปัญหาสุขภาพกายส่งผลต่อการทำกิจกรรมในแต่ละวันเช่นกัน นั่นคือ ทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคยทำ(ร้อยละ66) ทำงานเสร็จน้อยกว่าที่อยากจะทำ(ร้อยละ57.3) ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้(ร้อยละ57.3) และทำกิจกรรมต่างๆด้วยความยากลำบากมาก(ร้อยละ68)

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านการเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

**2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดข้อมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=-.412$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลงได้ ทั้งนี้เนื่องจากอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นอาการปวดที่เกิดจากการปวดข้อเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบเรื้อรัง ในระหว่างการดำเนินโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะๆ ซึ่งอาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis pain) เกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงของข้อต่อและเอ็น จากการอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลุกนั่งหรือนอน เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cho และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.50$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yacoub และคณะ (2012) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอาการปวดข้อที่เพิ่มขึ้น แต่จากความสัมพันธ์ของอาการปวดข้อต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาทางยา ซึ่งเป็นยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคและยากลุ่มสารชีวภาพที่ช่วยใน

การยับยั้งการอักเสบ จะลดการทำลายข้อและความพิการของข้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Picchianti-Diamanti และคณะ(2010)พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาก กลุ่มสารชีวภาพและยากกลุ่มปรับการดำเนินของโรคจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นที่ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการปวดที่ลดลงด้วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังคงมีการใช้ยาแก้ปวดถึงร้อยละ 85.3 และยาแก้ปวดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ซึ่งใช้มากถึงร้อยละ 96.09 โดยที่กลุ่มตัวอย่าง 1 คนใช้ยามากกว่า 1 ชนิด จึงส่งผลให้อาการปวดข้อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง

## 2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความปวดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความปวดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=.312$ ) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการใช้กลยุทธ์ในการจัดการความปวดเชิงรับสูง หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดที่รวมถึงความพยายามในการควบคุมความปวด ได้แก่การหากิจกรรมผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง จะมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Brown และ Nicassio (1987) เกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์เผชิญความปวดแบบเชิงรุก จะลดภาวะซึมเศร้าและทำให้การทำงานด้านร่างกายเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือน แต่มีแนวโน้มจะลดลงหากผู้ป่วยใช้กลยุทธ์เผชิญความปวดแบบเชิงรับต่ำ

การเผชิญความปวดเชิงรับมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05( $-.514$ ) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการใช้กลยุทธ์ในการจัดการความปวดแบบเชิงรับสูง ( $\bar{X}=44.25, SD=12.25$ ) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดโดยหาจากแหล่งภายนอก ได้แก่การหยุดทำกิจกรรมและนอนพักบนเตียง หรือการรับประทานยาเพื่อลดความปวดทันทีทันใด โดยจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงของกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการความปวดเชิงรับทั้ง 3 กลยุทธ์ คือการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม ( $\bar{X}=14.63, SD=4.55$ ) ความคิดเชิงลบเกี่ยวกับความปวด ( $\bar{X}=18.25, SD=6.21$ ) และแนวโน้มพฤติกรรมที่จำกัดการทำหน้าที่ ( $\bar{X}=11.37, SD=3.69$ ) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Revenson and Felton(1989)พบว่า การเผชิญความปวดแบบเชิงรับจะส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจภายใน 6 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Brown และ Nicassio (1987) พบว่าการใช้กลยุทธ์การเผชิญความปวดแบบเชิงรับสูง จะมีความสัมพันธ์กับความปวดและภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมีมากขึ้น และกิจกรรมต่างๆจะทำได้ลดลง

### 2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบสูงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=-.631$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง ซึ่งจากการศึกษาของ Conner และคณะ(2006)พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นพบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ โดยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นจะเป็นการแสดงออกของความรู้สึกเศร้า เป็นความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านการรับรู้ ทางด้านอารมณ์และทางด้านพฤติกรรมต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวจากความเจ็บปวดเรื้อรังที่ยาวนานและสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือการดำเนินของโรคทำให้เกิดข้อผิดรูปและสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อเกิดความพิการ(Sheehy, Murphy and Barry, 2006) และจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าเดินทางไปไหนมาไหนเองเพราะเป็นโรคทำให้การพึ่งพาตนเองเป็นไปได้ลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว และเกิดความเกรงใจจึงอยู่บ้านไม่ออกไปไหน ทำให้สูญเสียการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆและการเข้าสังคมลดลง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตได้ (Katz and Yelin, 2001; มนาธิป โอศิริ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tander และคณะ (2008)พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=-.704$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีระดับความเหนื่อยล้ามาก มีแนวโน้มสูงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Turan และคณะ(2008) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Repping-Wuts และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากถึงร้อยละ 80-93 ซึ่งความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอธิบายถึงความรู้สึกโดยรวมของความเหน็ดเหนื่อย (tiredness) ที่ไม่สามารถกลับคืนมาได้เป็นปกติ(Tack, 1990) เป็นความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังที่คงอยู่ตลอดเวลา จะเพิ่มขึ้นเมื่อโรคกำเริบและจะลดลงระหว่างที่โรคสงบ(Pinal et al., 1981) ความเหนื่อยล้าที่มากเกินไปจะนำไปสู่คุณภาพและปริมาณของงานที่ต่ำลง(Pollard et al., 2006) ความเหนื่อยล้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ลดลง (Swaim, 2000)

## 2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบสูงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05( $r=-.469$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีระดับคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่สูง จะมีแนวโน้มสูงที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแย่งลง เนื่องจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอักเสบเรื้อรังของข้อที่ส่งผลต่อการปวดแบบเรื้อรัง ความปวดแบบเรื้อรังมักจะมีความรุนแรงขึ้นในตอนกลางคืน จึงส่งผลให้เกิดอาการหลับยาก ตื่นบ่อยและไม่สามารถนอนหลับได้นานพอ (Lavie et al., 1992) จากการศึกษาของAbad และคณะ (2008)พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบมักจะมีปัญหาการนอนหลับได้แก่การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับที่แย่ การตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยและการตื่นเช้าเกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์วัยผู้ใหญ่ได้มากถึงร้อยละ 54-70 (Bourguignon et al., 2005) จากการศึกษาพบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ ขาดการกระตือรือร้นหรือขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการนอนหลับต่อกระบวนการฟื้นคืนพลังงานของสมองอีกด้วย(Hodgson, 1991) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่ามีปัญหาการนอนหลับที่แปรปรวนซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Cappuccio et al., 2010) จากการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าการนอนหลับที่แปรปรวน (Sleep disturbance) มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sariyildiz et al. (2014) พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เช่นกัน

## 2.6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05( $r=-.608$ ) ความสามารถด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ประเมินได้จากการสูญเสียการทำหน้าที่ของข้อ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อสูง จะมีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะลดลง ทั้งนี้เนื่องจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะที่ข้อ ผลของโรคคือการทำลายข้ออย่างถาวรจนเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ ถ้าเป็นไม่มากก็จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อยแต่ถ้าเป็นมากไปจนถึงการสูญเสียสภาพของข้อโดยถาวรก็จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งเดิน ยืน ลุก นั่งหรือนอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของBenitha & Tikly(2007) พบว่าความบกพร่องใน

การทำหน้าที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Yacoub et al. (2012) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านหน้าที่การทำงาน โดยการศึกษาของ Cho et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Haroon et.al.(2007) พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่เป็นปัจจัยอันดับแรกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

## 2.7 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.720$ ) อธิบายได้ว่า ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในทางลบสูง มีแนวโน้มสูงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ง ซึ่งความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการปรับตัว กล่าวคือผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้จะมีความสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ลดลง จากการศึกษาของ Scharloo และคณะ(1998) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เชื่อเรื่องการควบคุมตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ ที่ซึ่งอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยเชื่อในความสามารถการควบคุมตนเองก็จะส่งผลดีต่อการปรับตัว ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถการควบคุมตนเองอย่างแข็งแกร่งจะส่งผลให้ความรุนแรงของโรคลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Graves และคณะ (2009) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แข็งแกร่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาอำนาจปัจจัยทำนาย ได้แก่ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ โดยความเชื่อด้านความเจ็บป่วยได้รับการเข้าสู่สมการเป็นตัวแปรแรก และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 51.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $-.298$  ความเหนื่อยล้าเป็นตัวแปรอันดับที่ 2 ได้รับเลือกให้เข้าสู่สมการ ซึ่งสามารถเพิ่มความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 10.7 นั่นคือความเชื่อ



ด้านความเจ็บป่วยและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 62.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) เท่ากับ -.252 ความสามารถด้านการทำหน้าที่ได้เลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 3 และเพิ่มความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 4.5 นั่นคือ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าและความสามารถด้านการทำหน้าที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 67.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) เท่ากับ -.231 ภาวะซึมเศร้าได้เลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 4 และเพิ่มความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 3.3 นั่นคือ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 70.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) เท่ากับ -.192 คุณภาพการนอนหลับเป็นตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการเป็นอันดับสุดท้าย และเพิ่มความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 1.4 นั่นคือ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 71.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(Beta) เท่ากับ -.136

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้นั้น เนื่องจากจากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติที่มีความซับซ้อน ในภาวะเจ็บป่วยจะมีปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระดับสูง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.720, -.704, -.608, -.631 และ -.514 ตามลำดับ จึงสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < .05$ )

ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรแรกที่เข้าสมการ ซึ่งมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์สูงสุด อาจเนื่องมาจาก ความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการกำเริบของโรคได้เป็นระยะ ๆ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย หากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี (Tennen et al., 1992) และสามารถบูรณาการให้การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (สุริย์ ภายจนวงศ์, 2551) ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในทางบวกจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ดีต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Graves และคณะ(2009) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความเหนื่อยล้าสามารถเข้ามาร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคแบบไดนามิก(Dynamic process) (Peolssen et al., 2000) คือมีระยะที่โรคสงบและโรคกำเริบ ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จึงเป็นชนิดเรื้อรังที่คงอยู่ตลอดเวลา ความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นเมื่อโรคกำเริบและจะลดลงเมื่อโรคสงบ(Pinal et al., 1981) จากการศึกษาของ Repping-Wuts และคณะ(2007) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากถึงร้อยละ 80-93 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมิติทางร่างกายจะพบว่าภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลง รวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆทางด้านร่างกายจะลดน้อยลง มิติด้านจิตใจพบว่าความเหนื่อยล้ารบกวนความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน คับข้องใจ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น ภาวะของโรคเลวร้ายลงและการรักษาอาจไม่ได้ผล รวมถึงคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มิติด้านสังคม พบว่าความเหนื่อยล้าคุกคามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นปัญหาต่อสังคมในอันดับต่อไป ส่วนมิติด้านจิตวิญญาณพบว่าความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต ไม่แน่ใจว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร รวมถึงความสิ้นหวังในชีวิต(ชนกพร จิตปัญญาและคณะ, 2551) ดังนั้นความเหนื่อยล้าที่มากเกินไปของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงในทุกมิติได้ สอดคล้องกับการศึกษา Pollard และคณะ(2006) ที่พบว่าความเหนื่อยล้า

ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ลดลง ซึ่งทำให้ทั้งคุณภาพและปริมาณงานลดลงได้ด้วย

ความสามารถด้านการทำหน้าที่เป็นอีกตัวแปรที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผลของโรคที่มีการทำลายข้อจนเกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อ เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองอย่างมาก ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลุกนั่งหรือนอน จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในแง่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลช่วยเหลือตนเอง (มนาริปี โอศิริ, 2554) ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความสามารถด้านการทำหน้าที่ลดลงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hodkinson และคณะ(2012) ที่ศึกษาความบกพร่องในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) ความบกพร่องในการทำหน้าที่ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในระยะเริ่มแรก (early rheumatoid arthritis) ซึ่งทำนายได้ในเวลา 12 เดือน

ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เช่นกัน อันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการปวดข้อเรื้อรังและการดำเนินของโรคที่ส่งผลการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ละคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจแตกต่างกันออกไปซึ่งพบว่าเกิดขึ้นได้มากกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีทั่วไป(Isik et al., 2007) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า(depression)ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จะพบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ(Conner et al., 2006) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้นจะเป็นการแสดงออกของความรู้สึกเศร้าและมีความรู้สึกกลัวจากความเจ็บปวดเรื้อรังที่ยาวนานและสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือการดำเนินของโรคทำให้เกิดข้อผิดรูปและสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อเกิดความพิการ(Sheehy, Murphy and Barry, 2006) ที่จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าเดินทางไปไหนมาไหนเองเพราะเป็นโรคทำให้การพึ่งพาตนเองเป็นไปได้ลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว และเกิดความเกรงใจจึงอยู่ในบ้านไม่ออกไปไหน ทำให้สูญเสียการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆและการเข้าสังคมลดลง (Katz and Yelin, 2001; มนาริปี โอศิริ, 2554) ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ง สอดคล้องกับการศึกษาของKojima และคณะ(2009)พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติรวมด้านร่างกายร้อยละ 5 ( $p < 0.001$ )และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติรวมด้านจิตใจร้อยละ 47( $p < 0.001$ )

คุณภาพการนอนหลับเป็นตัวแปรสุดท้ายที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากคุณภาพการนอนหลับเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพราะคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะส่งผลให้ร่างกายมีประสิทธิภาพในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเติมพลังกลับคืนให้ร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการต่อสู้กับปัญหาและภารกิจต่างๆต่อไปในสังคม (Hodgson, 1991; Berger and Williams, 1992) สำหรับในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่อยู่ในช่วงระยะที่โรครมีการกำเริบจะมีการปวดแบบเรื้อรัง ความปวดแบบเรื้อรังมักจะมี ความรุนแรงขึ้นในตอนกลางคืน จึงส่งผลให้เกิดอาการหลับยาก ตื่นบ่อยและไม่สามารถนอนหลับได้นานพอ (Lavie et al., 1992) จากการศึกษาของ Abad และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบมักจะมีปัญหาการนอนหลับได้แก่ การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับที่แย่ การตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยและการตื่นเช้าเกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน (Bourguignon et al., 2005) ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ (Hirsch et al., 1994; Keklund & Akerstedt, 1997; Drewes et al., 1998) ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ ขาดการกระตือรือร้นหรือขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวัน (Hodgson, 1991) ดังนั้นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแย่ลงได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Cappuccio และคณะ (2010) พบว่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Cappuccio et al., 2010)

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้นั้น คือ อาการปวดข้อ การเผชิญความปวดเชิงรุกและการเผชิญความปวดเชิงรับ เนื่องจากทดสอบด้วยค่าสถิติทดสอบ  $t$  ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ทดสอบจึงไม่มีตัวแปรใดถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการได้อีก แสดงว่าตัวแปรที่เหลือเหล่านี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าตัวแปรการเผชิญความปวดเชิงรุก การเผชิญความปวดเชิงรับและอาการปวดข้อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับปานกลางด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) เท่ากับ .312 -.514 และ -.412 ตามลำดับ แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ ทั้งนี้เป็นเพราะการเผชิญความปวดเชิงรุก การเผชิญความปวดเชิงรับมีความสัมพันธ์กันสูง ( $r=.661, p<.001$ ) จึงทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) เนื่องจากตามเกณฑ์การเกิดความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของ Burn & Grove (1993) ใช้เกณฑ์ค่า  $r=.65$  ขึ้นไป แสดงว่ามีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นกันสูง ซึ่งอาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและส่งผลต่อการเข้าสมการของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ส่วนอาการปวดข้อไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้นั้น อาจเนื่องมาจากอาการปวดข้อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ไม่สูงพอที่จะทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนไม่มาก เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยนั้นตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงและข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ควรมีความแปรปรวนเพียงพอ ไม่เช่นนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์การทำนายและค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544) อาจวิเคราะห์ได้ว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอาการปวดข้อมีความแปรปรวนไม่มากพอ เนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินอาการปวดของตนเองอยู่ในระดับรุนแรงไม่มาก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาปรับการดำเนินของโรคและยากลุ่มสารชีวภาพที่ช่วยในการยับยั้งการอักเสบและชะลอการทำลายข้อและความพิการของข้อ อีกทั้งยังได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ถึงร้อยละ 42.7 รวมถึงการรับประทานยาแก้ปวดซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 1 คนใช้ยาแก้ปวดมากกว่า 1 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 85.3 จึงส่งผลให้อาการปวดข้อมีความแปรปรวนไม่มากพอและทำให้อาการปวดข้อกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ไม่สูงพอ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายจึงไม่สูงตามไปด้วย

### สรุปการอภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary (1995) ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ คือ อาการปวดข้อ ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ คือความสามารถด้านการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล คือ การเผชิญความปวด ความเชื่อด้านการเจ็บป่วย จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระของพยาบาลในการช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโดยตรงได้ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัจจัยดังกล่าวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีความสุขต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในที่นี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตดี ดังนี้

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนียวแน่น ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นควรมีการนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนและหาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล(Nursing intervention and therapeutics) เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และวิชาชีพพยาบาล โอกาสต่อไป โดยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้ เนื่องจากความเชื่อด้านความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักสูงสุดในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จึงควรเป็นตัวแปรอันดับแรกที่พยาบาลจะนำมาพิจารณาประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในทางบวก ซึ่งสามารถทำได้โดยการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการตนเอง(Self managemaent) เพื่อมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านความเจ็บป่วยในทางบวก เนื่องจากการจัดการตนเอง(Self managemaent) นั้นเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีและเกิดความผาสุกในการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่(Kaanfer, 1991) ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดสู่การพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล เช่น การสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมดูแลตนเองและสามารถควบคุมโรคผ่านการจัดโปรแกรมดังกล่าวต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ได้แก่ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ร้อยละ 71.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีตัวแปรที่ไม่ได้เข้าสมการทำนาย คือ อาการปวดและการเผชิญความปวดเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน จึงอาจมีส่งผลทางอ้อมต่อการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้ ผู้วิจัยขอเสนอให้มีการศึกษาตัวแปรเพิ่มเติมโดยการใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทาง(Path Analysis) ต่อจากการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และCleary(1995)



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ.2550 [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com/information-statistic/document-view.php?id=1>. [5 มิถุนายน 2556].
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2554. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ.2553 [online]. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>[5 มิถุนายน 2556]
- ขวัญตา เพชรมณีโชติ. 2543. ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยวิชิต บุญเทียม. 2555. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ชุมชนวัดหลวง ต.ในเมือง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาวิชาการวิจัยอย่างยั่งยืน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.
- ณททัย วงศ์ปการันย์. 2552. การตรวจสภาพจิตและการแปลความหมาย. เชียงใหม่. เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์จำกัด.
- ดวงใจ บุญนันท์. 2544. ศึกษาการจัดการกับอาการข้อฝืดแข็งในตอนเช้าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพรัตน์ ราชภรณ์. 2538. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร โสวัฒนางกูร. มปป. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างย่อ[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf> [ 14 กุมภาพันธ์ 2557]
- นิตยา ศรีสุข. 2551. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชรี ประทีปพะวงษ์ จอห์น. 2552. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ:การประเมินและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2553. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ โจรนกิตติ. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนาริปี โอศิริ. 2554. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เยาวพา ชูถึง. 2547. ผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราตรี โชติกพงษ์. 2552. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนาวดี ณ นคร, วรวิทย์ เล่าห์เรณู และ โสมรัชช์ วิไลยุค. 2555. ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทำอย่างไรเมื่ออ่วงยากก่อนนอน. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- วรวิทย์ เล่าห์เรณู. 2544. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ และ อภิชนา ไชวินทะ. 2548. แบบประเมินความเจ็บปวด Shot-form McGill Pain Questionnaire ฉบับภาษาไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 14(3): 89-93.
- วัชร เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. 2543. การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. ไทยเภสัชสาร. 29(1-2): 69-88.
- ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิตต์ สินธุชัย. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริอร พัวศิริ, 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. 2548. ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็นการพิมพ์.

- สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2551. จิตวิทยาสุขภาพ. นครปฐม. โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย นครปฐม.
- สุรัสวดี ไหวว่อง. 2554. ผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. 2554. เอกสารคำสอนวิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา สุคนธสรณ์. 2529. การศึกษาเปรียบเทียบผลการลดการอักเสบของข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยการ อบตัวด้วยไอน้ำร้อนร่วมกับไอน้ำมันหอมระเหยจากไพลและการอบตัวด้วยไอน้ำร้อนอย่างเดียว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมเดือน เนตรแซม. 2541. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพยาเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

- Abad, V. C., Sarinas, S.A., and Guillemainault, C. 2008. Sleep and rheumatologic disorders. Sleep Medicine Reviews. 12: 211-228.
- Alamanos, Y., Voulgari, P. V., and Drosos, A. A., 2006. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. Semin Arthritis Rheum. 36: 182-188.
- Alishiri, G. H., Bayat, N., Salimzadeh, A., Salari, A., Hosseini, S. M., Rahimzadeh, S., and Assari, S. 2011 . Health-related quality of life and disease activity in rheumatoid arthritis. J Res Med Sc. 16(7): 897-903.
- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., and Hohagen, F. 2002. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. J Psychosom Res. 53(3): 737-740.
- Bands, V. E. 2007. Nursing care of patients with rheumatoid arthritis. Adv Stud Nurs. 5(1): 23-31.
- Beaton, D. E, Hogg-Johnson, S., Bombardier, C. 1997. Evaluating changes in health status: Reliability and responsiveness of five generic health status

- measures in workers with musculoskeletal disorders. Journal of Clinical Epidemiology. 50(1): 79-93.
- Beck, A. T., 1967. Depression: Clinical experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber & Row.
- Belza, B., Henke, C., Yelin, E., Epstein, W., and Gilliss, C. 1993. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. Nurs Res. 42: 93-99.
- Belza, B. L. 1995. Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. J Rheumatol. 22: 639-643.
- Benitha, R., and Tikly, T. 2007. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus Erythematosus. Clin Rheumatol . 26: 24-29.
- Berger, K. J., and Williams, M. S. 1992. Fundamentals of Nursing: Collaborating for Optimal Health. Appleton & Large, East Norwalk, Connecticut.
- Bourguignon, C., Taibi, D., and Taylor, A. G. 2005. Sleep disturbances, fatigue, depression, and heart rate variability in menopausal women with and without RA. Sleep. 28: 302.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., and Weinman, J. 2006. The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPO). Journal of Psychosomatic Research. 60: 631-637.
- Brown, G., and Nicassio, P. 1987. Development of a questionnaire for assessing active and passive pain coping strategies in chronic pain patients. Pain. 31: 53-64.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., and Kupfer, D. J. 1989. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. Journal of Psychiatric Research. 28(2): 193-213.
- Callahan, L., Kaplan, M., and Pincus, T. 1991. The Beck Depression Inventory, Center for Epidemiological Studies Depression. Arthritis Care and Research. 4: 3-11.
- Cappuccio, F. P., D'Elia, L., Strazzullo, P., and Miller, M. A. 2010. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep. 33(5): 585-592.

- Carpenter, J. S., and Andrykowski, M. A. 1998. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Psychosom Res. 45(1): 5-13.
- Carroll, L., Mercado, A. C., Cassidy, J. D., and Cote, P. 2002. A population-based study of factors associated with combinations of active and passive coping with neck and low back pain. J Rehabil Med. 34: 67-72.
- Centers for Disease Control and Protection. 2004. Causes of Disability Among US Adults [online]. Available from:  
[http://www.cdc.gov/arthritis/data\\_statistics/disabilities-limitations.htm](http://www.cdc.gov/arthritis/data_statistics/disabilities-limitations.htm)[2014, February 11]
- Cho, Kim, Jun, Bae, and Sung. 2013. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). Rheumatol Int. 33: 93-102.
- Conner, T. S., Tennen, H., Zautra, A. J., Affleck, G., Armeli, S., and Fifield, J. 2006 Coping with rheumatoid arthritis pain in daily life: within-person analyses reveal hidden vulnerability for the formerly depressed. Pain. 126: 198-209.
- Covic, T., Adamson, B., and Hough, M. 2000. The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. Rheumatology (Oxford). 39(9): 1027-1030.
- Cross, M., Lapsley, H., Barcenilla, A., Brook, P., and March, L. 2008. Association Between Measures of Fatigue and Health-Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. Fatigue and Health Status in Arthritis. Patient. 1(2): 97-104.
- Curtin, M. and Lubkin, I. 1998. What is chronicity. Chronic illness impact and interventions. Boston: Jones & Bartlett: 3-25
- Dickens, C., and Creed, F. 2001. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 40(12): 1327-1330.
- Drewes, A. M., Svendsen, L., Taagholt, S. J., Bjerregard, K., Nielson, K. D., and Hansen, B. 1998. Sleep in rheumatoid arthritis: A comparison with healthy subjects and studies of sleep/wake interactions. British Journal of Rheumatology. 37: 71-81.
- Evers, A. W. M., Kraaijmaat, F. W., Geenen, R., Bijlsma, J. W. J. 1998. Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. Behaviour Research and Therapy. 36(2): 179-193.

- Fayers, P. M., and Machin, D. 2000. Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation. Chichester: John Wiley.
- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. 1992. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. Res Nurs Health. 15(1): 29-38.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., and Larson, J. L. 2005. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarsh. 37(4): 336-342.
- Ferrari, R., Russell, A. S. 2010. Correlations between coping styles and symptom expectation for rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 29(12 ): 1445-1448.
- Ferrell, B. R. 1996. The quality of lives: 1,525 voices of cancer. Oncology Nursing Forum. 23(6): 909-916.
- Fex, E., Larsson, B. M., Nived, K., and Eberhardt, K. 1998. Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. J Rheumatol. 25(1): 44-50.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 21: 219-239.
- Fries. J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., and Holman, H. R. 1980. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum. 23: 137-145.
- Garip, Y., Eser, F., and Bodur, H. 2011. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. Rheumatol Int. 31: 769-772.
- Goldenberg, D. L., Daniel, J., Clauw, D. J., and Fitzcharles, M. 2011. New Concepts in Pain Research and Pain Management of the Rheumatic Diseases. Semin Arthritis Rheum . 41: 319-334.
- Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., and Weinman, J. 2009. Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. Journal of Psychosomatic Research. 67: 417-423.
- Gunther, V., Mur, E., Kinigadner, U., and Miller, C. 1994. Fibromyagia-the effect of relaxation and hydrogalvanic bath therapy on the subjective pain experience. Clinical Rheumatology. 13: 573-578.

- Guyatt, G.H., Feeny, D. H., and Patrick, D. L. 1993. Measuring health-related quality of life. Annals of Internal Medicine . 118: 622-629.
- Haas, B. K. 1999. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. Western Journal of Nursing Research. 21: 728-742.
- Hamilton, N. A., Zautra, A. J., and Reich, J. W. 2005. Affect and Pain in Rheumatoid Arthritis: Do Individual Differences in Affective Regulation and Affective Intensity Predict Emotional Recovery From Pain?. Ann Behav Med . 29(3): 216–224.
- Haroon, N., Aggarwal, A., Lawrence, A., Agarwal. V., and Misra, R. 2007. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. Mod Rheumatol. 17: 290–295.
- Hewlett, S., Ambler, N., Almeida, C., and Cliss, A. 2011. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. Annals of the Rheumatic Diseases. 70(6): 1060-1067.
- Hirsch, M., et al. 1994. Objective and subjective sleep disturbances in patients with rheumatoid arthritis. A reappraisal. Arthritis and Rheumatism. 37: 41–49.
- Hodkinson, B., Musenge, E., Ally, M., Meyer, P., Anderson, R., and Tikly, M. 2012. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with early rheumatoid arthritis. Scandinavian Rheumatology Research Foundation. 41: 366–374.
- Hodgson, L. 1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 16: 1503-1510.
- Horne, R., and Weinman, J. 2002. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. Psychology and Health.17: 17–32.
- International Association for the Study of Pain. 2009. Coping with Pain[online]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&CONTENTID=15082&SECTION=HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm> [2013, November 11]
- Irwin, M., et al. 2012. Sleep Loss Exacerbates Fatigue, Depression, and Pain in Rheumatoid Arthritis. SLEEP, 35(4)..

- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., and Mermi, O. 2007. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 26(6): 872-878.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. and Karoly, P. 1991. Coping with chronic pain: a critical review of the literature, Pain. 47: 249-283.
- Jones, P. W. 1998. Testing health status ("quality of life") questionnaires for asthma and COPD. Eur Respir J.11: 5-6.
- Katz, P. P., and Yelin, E. H. 2001. Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? Arthritis Rheum. 44(5): 1194-1202.
- Keklund, G., and Akerstedt, T. 1997. Objective components of individual differences in subjective sleep quality. J Sleep Res. 6: 217-220.
- Khoudri, I., Ali Zeggwagh, A., Abidi, K., Madani, N., and Abouqal, R. 2007. Measurement properties of the short form 36 and health-related quality of life after intensive care in Morocco. Acta Anaesthesiol Scand. 51(2): 189-197.
- Kraaimaat, F. W. , Evers, A. W. M. 2003. Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). Int J Behav. 10(4): 343-363.
- Kvien, T. K. , Kaasa, S., Smedstad, L. M. 1998. Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. Journal of Clinical Epidemiology. 51(11): 1077-1086.
- Lavie, P. et al. 1992. Actigraphic measurements of sleep in rheumatoid arthritis: Comparison of patients with low back pain and healthy controls. Journal of Rheumatology. 19: 362-365.
- Lee, Y. C. et al. 2009. The relationship between disease activity, sleep, psychiatric distress and pain sensitivity in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. Arthritis Res Ther. 11.
- Lehman, A. F., Rachuba, L. T., & Postrado, L. T. 1995. Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. Evaluation and Program Planning. 18: 155-164.

- Leventhal, H., Meyer, D., and Nerenz, D. 1980. The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.). Contributions to Medical Psychology. 2: 7–30.
- Leventhal, H., Leventhal, E., and Breland, J. 2011. Cognitive science speaks to the “common-sense” of chronic illness management. Ann Behav Med. 41: 152–163.
- Linde, L., Sorensen, J., Ostergard, M., Horsley-Petersen, K., Hetland, M. L. 2008. Health-related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, 15D, EQ-5D (corrected) RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. J Reumatol. 35(8): 1528–1537.
- Lindroth, Y., Strombeck, B., Brossner, M., Gullberg, B., and Wollheim, F. A. 1994. Learning helplessness and its correlation to impairment, pain, anxiety and depression in rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatology. 23: 299–304.
- Lineker, S., Badley, E., Charles, C., Hart, L., and Streiner, D. 1999. Defining Morning Stiffness in Rheumatoid Arthritis. Journal of Rheumatology. 29: 1052–1057.
- Lok, E. Y., Mok, C. C., Cheng, C. W., and Cheung, E. F. 2010. Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. Psychosomatics, 51(4): 338-338.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., and Saipanich, R. 2008. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 8(46).
- Lovatt, B. 1992. An overview of quality of life assessments and outcome measures. British Journal Medical Economics. 4: 1–7.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 18(1), 32-38.
- Miller, R. P., Kori, S., Todd, D. 1991. The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. Clin J Pain. 7(1): 51–52.
- Mok, C., Lok, E., and Cheung, E. 2012. Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Scandinavian Rheumatology Research Foundation. 41: 253–259.



- Moldofsky, H., Lue, F. A., and Smythe, H. A. 1983. Alpha EEG sleep and morning symptoms in rheumatoid arthritis. Journal Rheumatology. 10:373-379.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Cameron, L. and Buick, D. 2002. The revised illness perception questionnaire. Psychology and Health. 17(1): 1–16.
- Nadrian, H., Morowatisharifabad, M. A., Bahmanpour, K. 2011. Development of a Rheumatoid Arthritis Education Program using the PRECEDE\_PROCEED Model. Health Promotion Perspectives. 1(2), 118-129.
- National Center on Sleep Disorders Research, National Heart, Lung, and Blood Institutes of Health. 2003. National Sleep Disorders Research Plan: National Institutes of Health.
- Nicassio, M. P., et al. 2011. An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. Journal of Psychosomatic Research; 71, 79–85.
- Nikolaus, S., Bode, C., Taal, E., & van de Laar, M. A. F. J. 2013. Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: A systematic review. Arthritis care & research. 65(7): 1128-1146.
- Osiri, M., Deesomchok, U., Tugwell, P. 2001. Evaluation of functional ability of Thai patients with rheumatoid arthritis by the use of a Thai version of the Health Assessment Questionnaire. Rheumatology (Oxford). 40(5): 555-558.
- Osiri, M., Maetzel, A., Tugwell, P. 2007. The economic burden of rheumatoid arthritis in a developing nation: results from a one-year prospective study in Thailand. J Rheumatol: 34, 57-63.
- 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 Res Ther. 11(4): R129. doi: 10.1186/ar2796.
- Patrick, D. L., and Erickson, P. 1993. Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press.

- Peolsson, M., Hyden, L. C., and Satterlund, L. U. 2000. Living with chronic pain: a dynamic learning process. Scand J Occup Ther. 7: 114-125.
- Peterson, S. T & Bredow, T. S. 2009. Middle range theories: application to nursing research. (2<sup>nd</sup> ed.). the united states of america. Wolters Kluwer Health : 184-185.
- Picchianti-Diamanti, A., Germano, V., Ferlito, C., Migliore, A., D'Amelio, R., and Lagana, B. 2010. Health-related quality of life and disability in patients with rheumatoid, early rheumatoid and early psoriatic arthritis treated with etanercept. Qual Life Res. 19(6): 821-826.
- Piccinni, A., et al. 2006. Clinical significance of lifetime mood and panic-agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with rheumatoid arthritis. Compr Psychiatry. 47(3): 201-208.
- Pinals, R. S., Masi, A.T., and Larsen, R. A. 1981. Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 24: 1308-1315.
- Pollard, L. C., Choy, E. H., Gonzalez, J., Khoshaba, B., and Scott, D. L. 2006. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. Rheumatology (Oxford). 45: 885-889.
- Potter, P. A., and Perry, A. G. 1995. Basic nursing: Theory and Practical. Mosby. USA. 292
- Rapoff, M. A., Bartlett, S. J. 2006. Adherence in children and adults. Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Atlanta, Ga: Association of Rheumatology HealthProfessionals: 280-285.
- Repping-Wuts, H., Fransen, J., van Achterberg, T., Bleijenberg, G., and van Riel, P. 2007. Persistent severe fatigue in patients with rheumatoid arthritis. J Clin Nurs. 16: 377-383.
- Revenson, T. A., and Felton, B. J. 1989. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. J Consult Clin Psychol. 57(3): 344-348.
- Richards, K. C. 1998. Effect of back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. American Journal of Critical Care. 7: 288-299.

- Rogers, A. E., Caruso, C. C., and Aldrich, M. S. 1993. Reliability of sleep diaries for assessment of sleep/wake patterns. Nurs Res. 42(6): 368-372.
- Rupp, I., Boshuizen, H. C., Jacobi, C. E., Dinant, H. J., and van den Bos, G. A. 2004. Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 51(4): 578-585.
- Sariyildiz, M. A., et al. 2014. Sleep Quality in Rheumatoid Arthritis: Relationship Between the Disease Severity, Depression, Functional Status and the Quality of Life. J Clin Med Res. 6(1): 44-52.
- Sharpe, L., Sensky, T., and Allard, S. 2001. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. J Psychosom Res. 51: 713-719.
- Sheehy, C., Murphy, E., and Barry, M. 2006. Depression in rheumatoid arthritis- underscoring the problem. Rheumatology (Oxford). 45(11): 1325-1327.
- Scharloo, M., et al. 1998. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. J Psychosom Res. 44(5): 573-585.
- Schipper, H., Clinch, J. J., Olweny, C. L. M. 1996. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In Spilker B (ed) Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia: 11-23.
- Snehalatha, U., and Anburajan, M. 2012. Evaluation of functional ability of rheumatoid arthritis based on HAQ score and BMD among South Indian patients. Rheumatol Int. 32(7): 1997-2004.
- Snow-Turek, A. L., Norris, M. P., and Tan, G. 1996. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain. 64(3): 455-462.
- Snyder-Halpern, R., and Verran, J. A. 1987. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. Res Nurs Health. 10(3): 155-163.
- Ruta, D. A., Hurst, N. P., Kind, P., Hunter, M., and Stubbings, A. 1998. Measuring health status in British patients with rheumatoid arthritis: reliability,

- validity and responsiveness of the Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36). Br J Rheumatol. 37: 425–436.
- Suurmeijer, T. P., et al. 2001. Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: Results from the EURIDISS longitudinal study. Arthritis Care & Research. 45: 111-121.
- Swaim, M. 2000. Fatigue in chronic disease. Clin Sci. 9: 1–8.
- Tack, B. 1990. Self-reported fatigue in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 3, 154–157.
- Talamo, J., Frater, A., Gallivan, S., and Young, A. 1997. Use of the short form 36 (SF36) for health status measurement in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol. 36: 463–469.
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ilhanli, I., Canbaz, S., & Canturk, F., (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with Wbromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Rheumatol Int. 28: 859–865.
- Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P., and Mendola, R. 1992. Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. Canadian Journal of Behavioral Science, 24(2), 186–203.
- Thorndike, R. M. 1978. Correlation procedures for research. New York.
- Tugwell, P., Idzerda, L., and Wells, G. A. 2008. Generic quality-of-life assessment in rheumatoid arthritis. Am J Manag Care. 14(4): 234.
- Tuttleman et al., 1997. A cross sectional assessment of health status instruments in patients with rheumatoid arthritis participating in a clinical trial. Minocycline in Rheumatoid Arthritis Trial Group. J Rheumatol. 24(10): 1910-1915.
- Turan, D., et al. 2008. Correlation of Fatigue with Clinical Parameters and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. Turk J Rheumatol. 25: 63-67.
- Yacoub, Y. I., Amine, B., Laatiris, A., and Hajjaj-Hassouni, N. 2012. Health-related quality of life in Moroccan patients with rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 31: 1471–1477.
- Yellen, S. B., Cella, D. F., Webster, K. Blendowski, C., and Kaplan, E. 1997. Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the

- Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. J Pain Symptom Manage . 13: 63–74.
- Young, L. D. 1992. Psychological factors in rheumatoid arthritis. J Consult Clin Psychol, 60(4): 619-627.
- Walsh, D. A., and McWilliams, D. F. 2012. Pain in rheumatoid arthritis. Curr Pain Headache Re. 16(6): 509-517.
- Ware, J. E. and Sherbourne, C. D. 1992 . The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 30(6): 473-483.
- Ware, J. E. 2003. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. Arch Phys Med Rehabil. 84(4 Suppl 2):43-51.
- West, E. and Jonsson, S. W. 2005 . Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA, patients with medium-term disease and controls, using SF-36. Clin Rheumatol. 24(2): 117-122.
- West, E., and Wallberg-Jonsson, S. 2009. Health-related quality of life in Swedish men and women with early rheumatoid arthritis. Gend Med. 6(4): 544-554.
- Wilson, I. B. and Cleary, P. D. 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life-a conceptual model of patient outcomes. Journal of American Medical Association. 273(1): 59-65.
- WHO. 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. WHO, New York, USA.
- WHOQOL Group. 1994. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. Int J Mental Health. 23: 24–56.
- Woolf, A. D., and Pfleger, B. 2003. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 81(9): 646-656.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

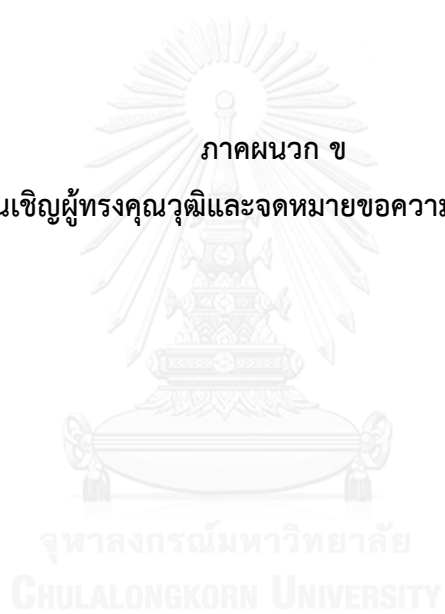


### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. วันรัชดา คัชมาตย์	อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ หน่วย โรคข้อและรูมาติซั่ม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณปะกรณ์	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการ พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล รากฐานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ อินทิรา รูปสว่าง	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นาง กมลเนตร เจริญหงษ์ทอง	พยาบาลประจำการ หน่วยตรวจอายุร- กรรม โรคข้อและรูมาติซั่ม โรงพยาบาลศิริราช



ภาคผนวก ข  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย



ที่ ศบ 0512.11/0499



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธัญญา ชุ่มเต็ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วันรัชดา คัชมาตย์ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ หน่วยโรคข้อและรูมาติซึม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วันรัชดา คัชมาตย์  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1151  
ชื่อนิสิต นางสาวศิริธัญญา ชุ่มเต็ม โทร. 081-868-1465

ที่ ศธ 0512.11/๐๕๑๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

|๓ พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิตา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1151  
ชื่อนิสิต นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม โทร. 081-868-1465



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ศธ 0512.11/๘๔๑๑ วันที่ 17 พฤษภาคม 2557  
 เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริญา ชุ่มเต็ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สมิตา มณีธรรม  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมิตา ปรีชาวงษ์)  
 รองคณบดี  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1151  
 ชื่อนิสิต นางสาวศิริญา ชุ่มเต็ม โทร. 081-868-1465

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๔๑๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

15 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ อินทิรา รูปสว่าง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ อินทิรา รูปสว่าง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม โทร. 081-868-1465

ที่ ศธ 0512.11/๐๔๙๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกมลเนตร เจริญหงษ์ทอง พยาบาลประจำการ หน่วยตรวจอายุรกรรม โรคข้อและรูมาติซึม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุนิดา ปรีชาวงษ์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน                   นางกมลเนตร เจริญหงษ์ทอง  
ฝ่ายวิชาการ               โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา        ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1151  
ชื่อนิสิต                     นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม โทร. 081-868-1465



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
ผู้วิจัย	นางสาวศิริธัญญา ชุ่มเต็ม นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	แผนกผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ชั้น 6 27 ถ.สาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6755000 ต่อ 10603-6 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-8681465 E-mail:Zarinn_1981@yahoo.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุผลใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

เป็นวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

3. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 132 คน โดยการสุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มและแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม ซึ่งมี 6 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อ



เลือกสุ่มมา 2 สังกัดจาก 6 สังกัด จากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีและโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาลโดยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
  2. เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ภายใต้คำสั่งของแพทย์ เท่านั้นไม่ซื้อยามารับประทานเองโดยพลการ
  3. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นานไม่น้อยกว่า 3 เดือน
  4. ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
  5. สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
  6. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
  7. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
  8. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
  9. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม
4. ประโยชน์ที่ผู้วิจัยจะได้รับ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อนำไปประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
5. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
  6. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่
  7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย
  8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยได้ทุกเวลา และเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล
  9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2  
ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147  
โทรสาร 02-218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริกัญญา ชุ่มเต็ม

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ แผนกผู้ป่วยวิกฤติ ชั้น 6 27 ถ.สาทรใต้ แขวงยานนาวา เขต  
สาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6755000 ต่อ 10603-6 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-8681465

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและ **ได้รับ  
คำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้ายินยอม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมถึงการดูแล  
รักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอ  
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail:  
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





ภาคผนวก ง  
หลักฐานการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

• **ตอบกลับ: เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย**

People ★

• **Manathip Osiri**

📧 Apr 8 ★

To me  
CC: jchanokp@hotmail.com

เรียน คุณศิริญา

หมออนุญาตการใช้แบบสอบถาม Thai HAQ ในงานวิจัยของคุณ แต่มีข้อแนะนำ/ข้อร้อง ดังนี้

1. ให้ใช้แบบฟอร์มที่แนบมานี้ เข้าใจว่าคุณคงทราบวิธีคำนวณคะแนน Thai HAQ แล้ว
2. ช่วยส่งไฟล์ research proposal ให้ดูด้วยค่ะ
3. การ citation กรุณา cite ทั้ง 2 articles
  1. [Osiri M, Deesomchok U, Tugwell P.](#)

Evaluation of functional ability of Thai patients with rheumatoid arthritis by the use of a Thai version of the Health Assessment Questionnaire.

[Rheumatology \(Oxford\)](#). 2001;40(5):555-8.

2. [Osiri M, Wongchinsri J, Ukritchon S, Hanvivadhanakul P, Kasitanon N, Siripaitoon B.](#)

Comprehensibility, reliability, validity, and responsiveness of the Thai version of the Health Assessment Questionnaire in Thai patients with rheumatoid arthritis.

[Arthritis Res Ther](#). 2009;11(4):R129. doi: 10.1186/ar2796.

ขอบคุณค่ะ  
ศ.พญ. มนาธิป โอศิริ

Manathip Osiri, MD, MSc



● **ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย(4)** People ★

● **me** เรียน รศ.นพ.วรัญ ดันชัยสวัสดิ์ ข้าพเจ้า นางสาวศิริญา ชุ่มเต็ม นิสิตหลัก Apr 2 ★

● **waran.t@psu.ac.th** Apr 3 ★  
 To me  
 CC waran.t@psu.ac.th, jchanokp@hotmail.com

เรียน คุณศิริญา ชุ่มเต็ม  
 อนุญาตครับ  
 วรัญ

● **ตอบกลับ: เรื่อง ขออนุญาตใช้เคร** People ★

● **wasuwat kitisomprayoongkul** Apr 4 ★  
 To me

เรียนคุณศิริญา  
 ผมอนุญาตครับ คุณศิริญาช่วยทำจดหมายขอใช้แบบประเมินมาให้ผมตามที่อยู่ภาควิชาด้วยครับ  
 ให้ติดต่อคุณแอ เบอร์ 02-2564433 เพื่อขอรายละเอียดที่อยู่ที่จะส่งจดหมายมาครับ  
 วสุวัฒน์

● **PCI use(2)** People ★

● **Floor.Kraaimaat@radboudumc.nl** Apr 4 ★  
 To me

Dear Sirinya Chumtem,  
 You are welcome to use the PCI for your research. With respect to the PCI and research with the PCI see my  
 website [www.floriskraaimaat.nl](http://www.floriskraaimaat.nl),  
 Sincerely,  
 Floris W. Kraaimaat, PhD

> Show message history  
 Het Radboudumc staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel in het handelsregister onder nummer 41055629.  
 The Radboud university medical center is listed in the Commercial Register of the Chamber of Commerce under file number 41055629.

**Reply, Reply All or Forward | More**

● **me** Dear Dr. Basia Belza, PhD. RN. My name is Sirinya Chumtem, I am currently studying the Master of Nursing Sc Apr 2 ★

● **Basia Belza** Apr 3 ★  
 To me  
 CC jchanokp@hotmail.com

Thank you for your interest in the MAF scale. Please contact MAPI directly. They will give you permission. You are a student so  
 there should be no fee. All the best to you. Basia Belza  
<http://www.son.washington.edu/research/maf/>  
<http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing/catalog-questionnaires>

> Show message history





### ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านหรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่เก็บข้อมูล.....รหัส.....

1. เพศ ( ) 1.ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส  
( ) 1. คู่ ( ) 2. โสด ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา ( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา  
( ) 3. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ( ) 4.ปริญญาตรี  
( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ ( ) 1. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 2. พนักงานบริษัท  
( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. เกษตรกร  
( ) 5. รับจ้าง ( ) 6. นักศึกษา  
( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน  
( ) 1. 0 – 10,000 บาท ( ) 2. 10,001 – 15,000 บาท  
( ) 3. 15,001 – 20,000 บาท ( ) 4. 20,001 บาทขึ้นไป
7. น้ำหนัก .....กิโลกรัม
8. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
9. ระยะเวลาที่เป็นโรค.....
10. โรคประจำตัวอื่นๆ  1. ไม่มี  2. มี(ระบุโรค) .....
11. ยาแก้ปวด  1. ไม่ใช้  2. ใช้ (ระบุชื่อยาและขนาดยา).....

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา(สำหรับผู้วิจัยเก็บจากเวชระเบียน)

12. ค่า Erythrocyte sedimentation rate (ESR) .....

13. การรักษาที่ได้รับ (ระบุขนาดยา).....

.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวด

คำชี้แจง โปรดเลือกลักษณะความปวดและทำเครื่องหมายถูก (✓) ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ระดับความปวด	ไม่รู้สึก	รู้สึกน้อย ไม่รบกวน ชีวิตประจำวัน	รู้สึกปานกลาง รบกวนชีวิต ประจำวัน	รู้สึกมาก จนทน ไม่ได้
ลักษณะความปวด	(0)	(1)	(2)	(3)
1.ปวดตื้อๆ				
2.ปวดจี๊ด				
3.ปวดเหมือนถูกแทง				
4.				
15. รู้สึกทรมาน				

### ระดับอาการปวดในขณะนี้

- 0 ไม่ปวด .....
- 1 ปวดเล็กน้อย .....
- 2 ปวดพอรำคาญ .....
- 3 ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต .....
- 4 ปวดจนทุกข์ทรมาน .....
- 5 ปวดจนทนไม่ได้ .....

ไม่ปวด |-----| ปวดมากที่สุด

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญความปวด

**คำชี้แจง** ผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมีวิธีการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน ในตารางต่อไปนี โปรดเลือกข้อความและทำเครื่องหมายถูก (✓) ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในสิ่งที่คุณทำหรือคิดที่จะทำ **เมื่อคุณประสบกับความปวด** (กรุณาตอบทุกข้อ)

	ไม่เคย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อยมาก (4)
1. ฉันหยุดทำกิจกรรมต่างๆ				
2. ฉันยังคงทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ออกแรงเพียงเล็กน้อย				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
34. ฉันกำลังทำเป็นว่าความเจ็บปวดไม่เกี่ยวข้องกับร่างกายของฉัน				



#### ส่วนที่ 4 ประเมินความเหนื่อยล้า

**คำชี้แจง** คำถามเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อการทำกิจกรรมต่างๆของคุณ

กรุณาทำทุกข้อต่อไปนี้ โดยอ้างอิงจาก **สัปดาห์ที่ผ่านมา**

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าของคุณอยู่ในระดับใด

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ไม่รู้สึกเลย

รู้สึกมาก

หากคุณไม่มีความเหนื่อยล้าให้หยุดทำข้อต่อไปในแบบประเมินส่วนนี้

2. ความรู้สึกเหนื่อยล้าของคุณมีความรุนแรงอยู่ในระดับใด

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

รุนแรงเล็กน้อย

รุนแรงมาก

.  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .

16. ระดับความเหนื่อยล้าของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 4 | เพิ่มขึ้น              |
| 3 | ความเหนื่อยล้าขึ้นๆลงๆ |
| 2 | คงที่เท่าเดิม          |
| 1 | ลดลง                   |

### ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างแต่ละข้อและทำเครื่องหมายถูก ( ✓ ) ที่ตรงกับการนอนหลับ ส่วนใหญ่ของคุณใน ระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ท่านมักเข้านอนเวลาประมาณ .....น.
2. ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไปประมาณ.....นาที
3. ปกติท่านลุกจากที่นอนเข้า เวลาประมาณ.....น.
4. ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง

	ไม่เลย	<1 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	≥ 3 ครั้ง/ สัปดาห์
5.ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	(0)	(1)	(2)	(3)
5.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไป แล้วนานกว่า 30 นาที				
.				
.				
.				
	ดีมาก	ดี	ไม่ค่อยดี	ไม่ดีเลย
	(0)	(1)	(2)	(3)
9. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่า คุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็น อย่างไร				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่

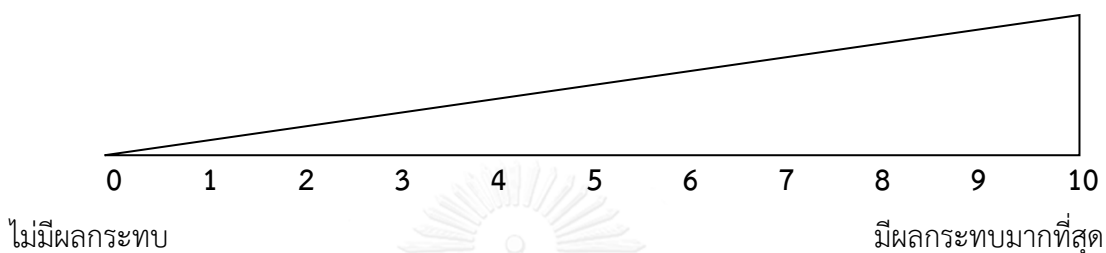
**คำชี้แจง** ความเจ็บป่วยจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทำให้มีกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร ทำเครื่องหมายถูก(✓) ลงในวงกลมที่ตรงกับกิจกรรมของคุณมากที่สุด ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมา

กิจกรรม	ทำได้ อย่าง สบาย (0)	ทำได้แต่ ค่อนข้าง ลำบาก (1)	ทำได้ ลำบาก มาก (2)	ทำไม่ได้ (3)
<b>การแต่งตัว</b>				
1. แต่งตัวใส่เสื้อผ้าได้เองรวมถึงติดกระดุมได้เอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. สระผมได้เอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>การลุกขึ้น-นั่งลง</b>				
1. ลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ที่ไม่มีไม้เท้า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ล้มตัวลงนอนหรือลุกขึ้นจากเตียงได้หรือนั่งไหว้พระ(นั่งคุกเข่าหรือพับเพียบ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.				
.				
.				
<b>กิจกรรมอื่นๆ</b>				
1. ไปซื้อของที่ตลาด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. เข้า-ออกรถยนต์หรือขึ้น-ลงรถเมย์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. กวาดบ้าน ถูบ้าน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

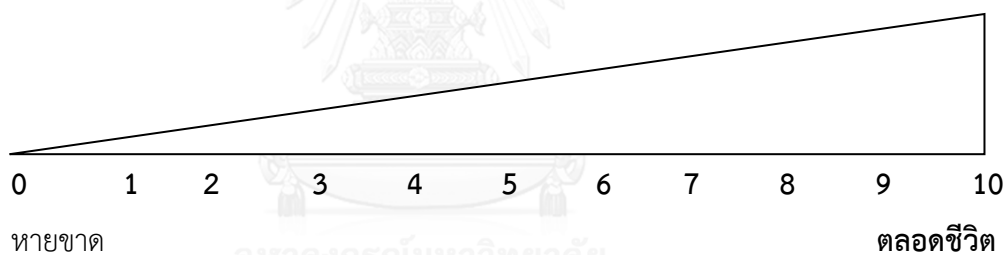
### ส่วนที่ 8 แบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรด ๐ ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของคุณ

1. ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคุณมากน้อยเพียงใด

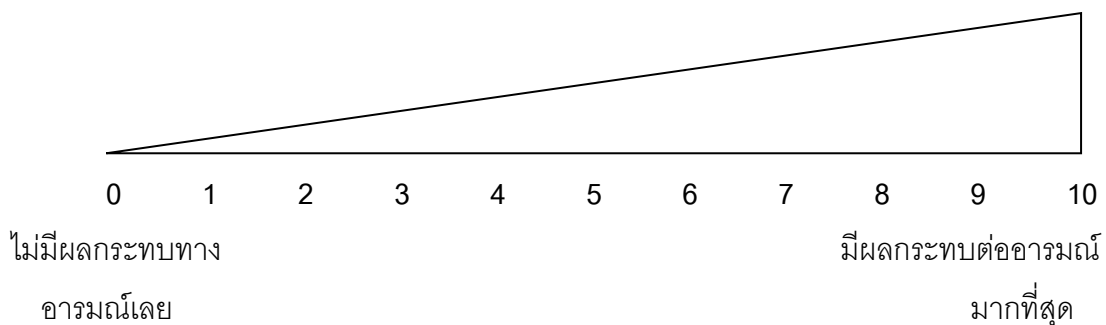


2. คุณคิดว่าความเจ็บป่วยของคุณจะคงอยู่นานเท่าไร



.  
.
   
.
   
.

8. ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่ออารมณ์ของคุณมากน้อยเพียงใด





## ส่วนที่ 9 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้ถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณเอง ข้อมูลนี้จะช่วยติดตามว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณสามารถทำกิจกรรมปกติต่างๆ ของคุณได้ดีแค่ไหน โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยวงกลมตัวเลขในแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไรดีให้เลือกคำตอบที่คุณคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. โดยทั่วไปคุณสามารถบอกได้ว่าสุขภาพของคุณเป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ )

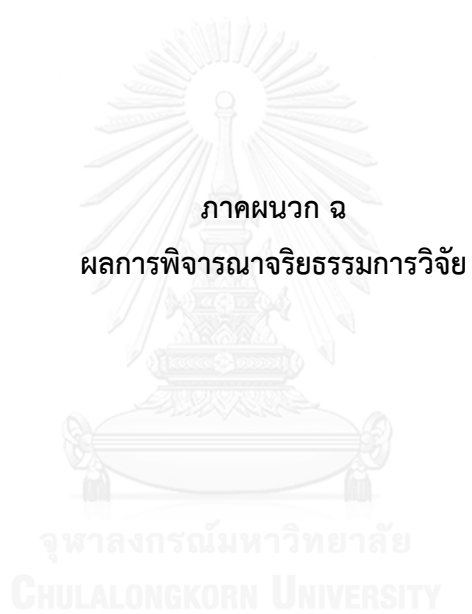
ดีมากที่สุด..... 1  
 ดีมาก..... 2  
 ดี..... 3  
 พอใช้ได้..... 4  
 ไม่ดี..... 5


..  
.  
.  
.

11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยแค่ไหนสำหรับคุณ

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ถูกต้องที่สุด	ค่อนข้างถูกต้อง	ไม่รู้	ค่อนข้างจะไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้องเลย
ก. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นที่ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5



๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔๔-๓๔๕๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔๔-๓๔๕๓		COA 41/2557
<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</b> <b>คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล</b> <b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย</b>		
<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP</p> <p>ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์</p> <p>ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Predicting Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis</p> <p>เลขที่โครงการ : ๐๒๕/๕๗</p> <p>ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม</p> <p>สังกัดหน่วยงาน : สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>เอกสารที่รับรอง :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗</li> <li>- เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗</li> <li>- แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗</li> </ul> <p>ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา</p> <p>ส่วนที่ ๒ แบบประเมินอาการปวด</p> <p>ส่วนที่ ๓ แบบประเมินการเผชิญความปวด</p> <p>ส่วนที่ ๔ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า</p> <p>ส่วนที่ ๕ ประเมินความเหนื่อยล้า</p> <p>ส่วนที่ ๖ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ</p> <p>ส่วนที่ ๗ แบบประเมินความสามารถด้านการทำหน้าที่</p> <p>ส่วนที่ ๘ แบบประเมินความเชื่อด้านความเจ็บป่วย</p> <p>ส่วนที่ ๙ แบบประเมินคุณภาพชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัตินี้ : นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม</li> </ul>		
<p>ลงนาม..... (แพทย์หญิงบุษบา วิริยะศิริเวช) รองประธาน ลำดับที่ ๒ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	<p>ลงนาม..... (นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</p>	
วันที่รับรอง : ๒๔/๐๗/๒๕๕๗		
วันหมดอายุ : ๒๗/๐๗/๒๕๕๘		
<p>ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)</p>		

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐  
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๕๔๔-๓๔๕๐ โทรสาร : ๐-๒๒๕๔๔-๓๔๕๓



โรงพยาบาลตำรวจ  
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.๕๑.๔๐/๒๕๕๖

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	-
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	- น.ส.ศิริญา ชุ่มเต็ม คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. รายละเอียดโครงการร่างการวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ( Version 1.0 Date 29 July 2014 ) (ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ( Version 1.0 Date 29 July 2014 ) (ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ( Version 1.0 Date 29 July 2014 ) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ( Version 1.0 Date 29 July 2014 ) (ฉบับภาษาไทย) 5. อัดตประวัติ
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	29 กรกฎาคม พ.ศ.2557
วันหมดอายุ	28 กรกฎาคม พ.ศ.2558

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก

( เสรี ชีรพงษ์ )

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
ของโรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรี

( ธนา สุระเจน )

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
ของโรงพยาบาลตำรวจ



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง คือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น(multicollinearity) ทดสอบโดยใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายทุกตัว โดยใช้วิธี Simple correlation technique และนำเสนอในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์(correlation matrix) โดยแสดงในตารางที่ 21 ซึ่งพบว่าตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ การเผชิญความปวดเชิงรุกกับการเผชิญความปวดเชิงรับ( $r=-.661, p<.01$ ) เนื่องจากเกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูงของ Burn & Grove(1993) ใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .65ขึ้นไป

**ตารางที่ 21** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ การเผชิญความปวด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถด้านการทำหน้าที่และความเชื่อด้านความเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)(n=141)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.อาการปวดข้อ	1.00								
2. การเผชิญความปวดเชิงรุก	.273**	1.00							
3.การเผชิญความปวดเชิงรับ	.406**	-.661**	1.00						
4.ภาวะซึมเศร้า	.414**	-.256**	.517**	1.00					
5.ความเหนื่อยล้า	.419**	-.312**	.421**	.521**	1.00				
6.คุณภาพการนอนหลับ	.159	-.176*	.299**	.403**	.434**	1.00			
7.ความสามารถด้านการทำหน้าที่	.402	-.351**	.464**	.403**	.468**	.217**	1.00		
8.ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย	.463**	-.243**	.457**	.539**	.622**	.323**	.510**	1.00	
9.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	-.412**	.312**	-.514**	-.631**	-.704**	-.469**	-.608**	-.720**	1.00

\*\*  $p<.01$

\*  $p<.05$

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Dubin-Watson โดยแสดงในตารางที่22 จากการทดสอบพบว่า ค่า Dubin-Watson เท่ากับ 2.25 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน เนื่องจาก ค่าDubin-Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5

ตารางที่ 22 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R <sup>2</sup> Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.720 <sup>a</sup>	.519	.515	115.05215	.519	149.752	1	139	.000	
2	.791 <sup>b</sup>	.626	.620	101.79770	.107	39.553	1	138	.000	
3	.819 <sup>c</sup>	.671	.664	95.83836	.045	18.696	1	137	.000	
4	.839 <sup>d</sup>	.703	.695	91.30461	.033	14.943	1	136	.000	
5	.847 <sup>e</sup>	.718	.707	89.43067	.014	6.759	1	135	.010	2.254

a. Predictors: (Constant),ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย

b. Predictors: (Constant), ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย, ความเหนื่อยล้า

c. Predictors: (Constant), , ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย, ความเหนื่อยล้า, ความสามารถด้านการทำหน้าที่

d. Predictors: (Constant), ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย, ความเหนื่อยล้า, ความสามารถด้านการทำหน้าที่, ภาวะซึมเศร้า

e. Predictors: (Constant), ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย, ความเหนื่อยล้า, ความสามารถด้านการทำหน้าที่, ภาวะซึมเศร้า,คุณภาพการนอนหลับ

f. Dependent Variable: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่เท่ากับ (Homoscedasticity) ทดสอบโดยการพิจารณา จากภาพการกระจาย(Scatter plot) ระหว่าง Y กับ e จากการทดสอบพบว่า ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน  $Var(e)$  เท่ากันทุกค่าคงที่ทุกค่าของ x โดยมีการกระจายอยู่รอบๆศูนย์อย่างสม่ำเสมอจึงไม่เกิดปัญหา Heteroscedastic เนื่องจากถ้าค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าไม่คงที่ของ x แสดงว่าเกิดปัญหา Heteroscedastic (กัลยา วานิชย์บัญชา, 25551)

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่4 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ(Normal distribution) ทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test จากการทดสอบพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติ(  $p < .05$ ) แสดงว่าข้อมูลในตัวแปรดังกล่าว มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จึงทำการแก้ไขโดยการตัดข้อมูลที่มีค่าสุดโต่ง(out liner) เพื่อให้ตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติมากที่สุด โดยเฉพาะตัวแปรตาม จากการตัดข้อมูลที่มีค่าสุดโต่งออก ทำการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test อีกครั้ง(รายละเอียดแสดงในตารางที่23)พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การเผชิญความปวดเชิงรุก การเผชิญความปวดเชิงรับ ความเหนื่อยล้า และ ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย ส่วนตัวแปร อาการปวดข้อ ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และความสามารถด้านการทำหน้าที่ มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งมีลักษณะเบ้ขวา เมื่อทดสอบโดยการทำ Histogram

ตารางที่ 23 Test of Normality

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
อาการปวดข้อ	.180	141	.000
การเผชิญความปวดเชิงรุก	.061	141	.200*
การเผชิญความปวดเชิงรับ	.073	141	.061
ภาวะซึมเศร้า	.142	141	.000
ความเหนื่อยล้า	.062	141	.200*
คุณภาพการนอนหลับ	.158	141	.000
ความสามารถด้านการทำหน้าที่	.157	141	.000
ความเชื่อด้านความเจ็บป่วย	.068	141	.200*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.073	141	.062



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิริัญญา ชุ่มเต็ม เกิดเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524 ที่จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เมื่อปี การศึกษา 2547 ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน ประสบการณ์ด้าน วิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยวิกฤต ชั้น 6 โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เลขที่ 27 ถนนสาทรใต้แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน

