

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า
คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*

The relationships between Joint Pain, Fatigue,
Sleep Quality, Depression and Health Related-
Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis

ศิริัญญา ชุ่มเต็ม พย.ม.(Sirinya Chumtem, MNS)**

ชนกพร จิตปัญญา ปร.ด.(Chanokporn Jitpanya, Ph.D)***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนและหาความเที่ยงจากแบบประเมินด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91, .94, .70, .82 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 434.55$, $SD = 170.92$) อาการปวดข้อ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.49, -.55, -.68, -.74$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คุณภาพชีวิต อาการปวด ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This descriptive research was to investigate the relationships between Joint pain, fatigue, sleep quality, depression and health related-quality of life in patients with rheumatoid arthritis. The samples of the study were 150 patients were recruited using a simple random sampling technique who follow up at the Department of Rheumatology of Vajira hospital and Police general hospital. Research instruments were consisted of six parts: (1) The Demographic Patients' Data, (2) The short form of the McGill Pain Questionnaire, (3) The Multidimensional Assessment of Fatigue, (4) The Pittsburgh Sleep Quality Index, (5) Beck Depression Inventory, and (6) The Short Form Health Survey-36. Content validity was examined by five experts and reliability was tested by using Cronbach's alpha coefficient obtained at .91, .94, .70, .82, and .93, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation.

The results of the study revealed that patients with rheumatoid arthritis had good level of health related-quality of life ($\bar{X} = 434.55$, $SD = 170.92$) and joint pain, poor sleep quality, depression, fatigue were negatively significant correlated with health related-quality of life in patients with rheumatoid arthritis at the level of .01 ($r = -.49, -.55, -.68, -.74$, respectively).

Keywords: Rheumatoid arthritis, Quality of life, Pain, Fatigue, Sleep quality, Depression

ความสำคัญของปัญหาวิจัย

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคข้ออักเสบชนิดเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุด ที่เกิดจากความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของภูมิคุ้มตนเองโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยจะมีลักษณะอาการที่สำคัญคือ การอักเสบเรื้อรังหลายข้อแบบสมมาตร (Chronic symmetric arthritis) (มนานิปี โอศิริ, 2554) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ความชุกของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ 0.5-1 (Alamanos, Voulgari and Drosos, 2006) ในประเทศไทยพบว่าโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความชุกร้อยละ 2.9 หรือประมาณ 1.3 ล้านคนและช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วงระหว่าง 45-74 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แม้ในปัจจุบันการรักษาทางยาจะเป็นการรักษาหลักได้แก่ ยากลุ่มปรับการดำเนินของโรค (Disease modifying antirheumatic drugs) ทำให้อาการข้ออักเสบลดลงหรือหายไป แต่ก็ยังคงมีการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะๆ เกิดการกร่อนทำลายของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อและในข้อ ในระยะยาวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าที่การทำงานของข้อ สูญเสียความสามารถในการทำงานของข้ออย่างถาวรและเกิดความพิการผิดรูปของข้อที่ไม่กลับคืนได้ (มนานิปี โอศิริ, 2554) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับการดำเนินของโรคไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จึงไม่ควรมุ่งเน้นแค่การรักษาเพียงอย่างเดียวแต่ควรคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (Goldenberg et al., 2011; Hamilton et al., 2005; มนานิปี โอศิริ, 2554)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ (Jones, 1998) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ (West and Jonsson, 2005 ; Alishiri et al., 2011) โดยจะพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายจะแย่ลงเมื่ออาการปวดข้อกำเริบขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ (Yacoub et al., 2012; มนานิปี โอศิริ, 2554) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิต ในการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อสภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้พลังอำนาจ (Lindroth et al., 1994) ส่วนด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้ตามปกติ ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอน ผู้ป่วยบางรายต้องสูญเสียความสามารถในการทำงาน จนต้องหยุดงานบ่อย สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการปรับขึ้นเงินเดือน การเลื่อนตำแหน่งหรือการต้องออกจากงานก่อนเวลาเกษียณ เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล ส่งผลกระทบต่อนสภาพทางเศรษฐกิจเนื่องจากรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการติดตามโรคและผลของยา รวมถึงค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารระหว่างรอตรวจ ค่าจ้างผู้อื่นที่ช่วยดูแล (มนานิปี

โอศิริ, 2554) และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป พบว่ามีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ หากผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ถูกต้องหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพยาบาลที่จะใช้ประเมินการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย เพื่อให้การพยาบาลครบวงจร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ สำหรับเป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

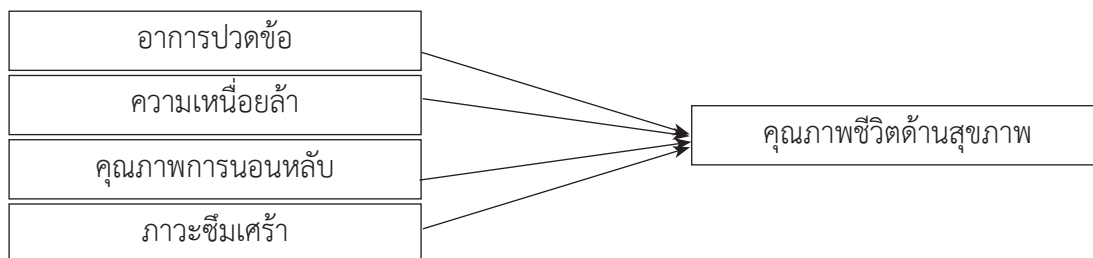
กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยนำกรอบแนวคิดของ Wilson และ Cleary (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจาก Wilson และ Cleary (1995) ได้พัฒนา

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่มีความซับซ้อนระหว่างด้านชีววิทยา ด้านสังคม และด้านจิตวิทยา ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของสาเหตุระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Wilson และ Cleary (1995) ปัจจัยที่นำมาศึกษาเป็นปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ อาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้โดยตรงอย่างเป็นอิสระ ซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบทบาทพยาบาล รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะเป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาและการฟื้นฟู ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถผลิตผลงานที่เป็นประโยชน์และลดภาระทั้งทางด้านสุขภาพกับด้านเศรษฐกิจให้กับครอบครัว สังคมและประเทศชาติในระยะยาวรวมถึงการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อีกด้วย (มนาริปี โอศิริ, 2554)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานทางการวิจัย

อาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม มีแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม มีแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาล

ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มและแพทย์เฉพาะทางโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และรูมาติสซั่ม 6 สังกัดเหลือ 2 สังกัดและสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 2) เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ภายใต้คำสั่งของแพทย์เท่านั้นไม่ซื้อยามารับประทานเองโดยพลการ 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นานไม่น้อยกว่า 3 เดือน 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี 5) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ และ 6) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากสูตรคำนวณ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) คือ $n = 10k + 50$ (k = ตัวแปรอิสระ) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายและความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจึงขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ น้ำหนัก และส่วนสูง และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่าอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวด ผู้วิจัยใช้ประเมินอาการปวด Thai short-form McGill Pain Questionnaire ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล (2548) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะอาการใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึก รู้สึกน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน รู้สึกปานกลางรบกวนชีวิตประจำวัน รู้สึกมากจนทนไม่ได้ ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอรำคาญ ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ปวดจนทุกข์ทรมาน ปวดจนทนไม่ได้ และส่วนที่ 3 visual analog scale 0-100 มิลลิเมตร โดยการคิดคะแนนรวมคือ คะแนนด้านความรู้สึก รวมกับ ด้านอารมณ์ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-45 คะแนน ระดับคะแนนรวมที่สูงแสดงถึงอาการปวดที่มีความรุนแรงมาก ระดับคะแนนรวมที่ต่ำแสดงถึงอาการปวดที่มีความรุนแรงน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมินความเหนื่อยล้า (The Multidimensional Assessment of Fatigue ; MAF) ของ Belza และคณะ (1993)

เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 (numerical rating scales) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 1-50 คะแนน ระดับคะแนนที่สูงแสดงถึงความเหนื่อยล้าที่รุนแรงมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI ของ Buysse และคณะ (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรายงานคุณภาพการนอนหลับ 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้นอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน นำคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบมารวมกัน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-21 คะแนน คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Depression Inventoty ของ Beck และคณะ (1967) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงในเอื้อมเดือน เนตรแขม, 2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกายในแต่ละข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-63 เกณฑ์และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0-9 คะแนน คือไม่มีภาวะซึมเศร้า 10-16 คะแนน คือมีภาวะซึมเศร้า

ระดับเล็กน้อย 17-29 คะแนน คือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 30-63 คะแนน คือมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Short Form Health Survey-36 ของ Ware และ Sherbourne (1992) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชร เลอมา นกุลและปารณีย์ มีแต้ม (2548) ประกอบไปด้วย 8 มิติด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ความเจ็บปวดของร่างกาย สุขภาพจิต ความมีพลังในตนเอง บทบาททางสังคม การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป เป็นจำนวน 36 ข้อคำถาม ตัวเลือกตอบแต่ละคำถาม ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) โดยแต่ละคำถามอาจมีจำนวนตัวเลือกตอบเป็น 2, 3, 4, 5 หรือ 6 คำตอบให้เลือก แต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-800 คะแนนที่สูงหมายถึงการมีสุขภาพดี คะแนนที่ต่ำหมายถึงระดับสุขภาพที่ไม่ดี เกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับนำมาคิดเป็นร้อยละโดยต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี มากกว่าร้อยละ 50 หมายถึงคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไปตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคข้อและรูมาติซึมจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือ 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 1 คน และใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq 0.80$ (Pilot & Hungler, 2006) ผลการคำนวณความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินทุกฉบับได้เท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึม โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายใน ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91, 0.94, 0.70, 0.85 และ 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ที่คลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบ 150 ชุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วย

สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.01 ปี ($SD = 9.01$) และเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 88.6 เป็นเพศชายร้อยละ 11.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.6 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 29.5 ประกอบอาชีพรับจ้างและร้อยละ 25.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 40.9 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ยเท่ากับ 6.9 ปี ($SD = 5.12$) มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 55.3 ระดับค่าอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.63 mm/hr. ($SD = 26.71$) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.55 กก./ m^2 . ($SD = 26.71$)

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 434.55 ($SD = 170.92$) จากคะแนนรวมทั้งหมด 800 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์รายด้านและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
บทบาททางสังคม	67.97	26.60
สุขภาพจิต	67.09	20.68
ความมีพลังในตนเอง	58.25	21.10
ความเจ็บปวดของร่างกาย	57.94	23.39
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	57.38	27.49
การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป	47.81	24.12
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์	41.41	41.42
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย	36.79	40.09
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	434.55	170.92

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ อาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.74, -.68, -.55$ ตามลำดับ) และอาการปวดข้อ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.49$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 150 คน ($n = 150$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	p-value
ความเหนื่อยล้า	-.74	<.000
ภาวะซึมเศร้า	-.68	<.000
คุณภาพการนอนหลับ	-.55	<.000
อาการปวดข้อ	-.49	<.000

การอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 434.55$, $SD = 170.92$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.01 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยกลางคน (อายุ 40-60 ปี) ที่มีความเสื่อมถอยตามวัยไม่มากนัก สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ดีในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Haroon และคณะ (2007) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ประเมินได้จากความสามารถในการทำงานของข้อ โดยพบว่าหากมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของข้อมากจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงด้วย (Benitha and Tikly, 2007; Yacoub et al., 2012; Cho et al., 2013) จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียการทำงานของข้อน้อย ($\bar{X} = .70$, $SD = .68$) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่ง มนาธิป โอศิริ (2554) กล่าวว่า การรักษาทางยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคและยากลุ่มสารชีวภาพที่ช่วยในการยับยั้งการอักเสบ ชะลอการทำลายข้อและความพิการของข้อ และจากการศึกษาของ Picchianti-Diamanti และคณะ (2010) พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มสารชีวภาพและยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคโดยมีการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 2 ปี และได้ผลดีมากหากผู้ป่วยได้รับการ

รักษาทางยาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ นอกจากนี้จากผลการศึกษา ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.6 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับคู่สมรสและมีบุตรหลานคอยดูแลและเจ็บป่วย คอยสนับสนุนส่งเสริมและให้กำลังใจ แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Doeglas และคณะ (1994) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความผาสุกทางด้านจิตใจ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่สูง ($\bar{X} = 67.09$, $SD = 20.68$) และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านบทบาททางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 67.97$, $SD = 26.60$) จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.3 ซึ่งสามารถทำงานนอกบ้านและยังสามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อยู่ในระดับที่ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดข้อ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ได้แก่

2.1 อาการปวดข้อกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่าอาการปวดข้อมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.49$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลงได้ ทั้งนี้

เนื่องจากอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นอาการปวดที่เกิดจากการปวดข้อเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบเรื้อรังในระหว่างการดำเนินโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบของข้ออักเสบเป็นระยะๆ ซึ่งอาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงของข้อต่อและเอ็น จากการอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ข้อทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองในการเดิน ยืน ลูกนั่งหรือนอนเป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (มนาริปี โอศิริ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cho และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yacoub และคณะ (2012) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอาการปวดข้อที่เพิ่มขึ้น แต่จากความสัมพันธ์ของอาการปวดข้อต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาทางยา ซึ่งเป็นยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคและยากลุ่มสารชีวภาพที่ช่วยในการยับยั้งการอักเสบ ชะลอการทำลายข้อและความพิการของข้อ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังคงมีการใช้ยาแก้ปวดถึงร้อยละ 83.5 จึงส่งผลให้อาการปวดข้อมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Picchianti-Diamanti และคณะ (2010) พบว่า

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มสารชีวภาพและยากลุ่มปรับการดำเนินของโรคจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นที่ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่ออาการปวดที่ลดลงด้วย

2.2 ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.74$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่มีระดับความเหนื่อยล้ามาก มีแนวโน้มสูงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Turan และคณะ (2008) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Repping-Wuts และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากถึงร้อยละ 80 - 93 ซึ่งความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอธิบายถึงความรู้สึกโดยรวมของความเหนื่อย (tiredness) ที่ไม่สามารถกลับคืนมาได้เป็นปกติ (Tack, 1990) เป็นความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังที่คงอยู่ตลอดเวลา จะเพิ่มขึ้นเมื่อโรคกำเริบและจะลดลงระหว่างที่โรคสงบ ความเหนื่อยล้าที่มากเกินไปจะนำไปสู่คุณภาพและปริมาณของงานที่ทำลดลง (Pollard et al., 2006) ความเหนื่อยล้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ลดลง (Swaim, 2000)

2.3 คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.55$) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะมีแนวโน้มสูงที่คุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพจะแย่ลง เนื่องจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นการอักเสบเรื้อรังของข้อที่ส่งผลต่อการปวดแบบเรื้อรัง ความปวดแบบเรื้อรังมักจะมี ความรุนแรงขึ้นในตอนกลางคืน จึงส่งผลให้เกิดอาการหลับยาก ตื่นบ่อยและไม่สามารถนอนหลับ ได้นานพอ (Lavie et al., 1992) จากการศึกษา ของ Abad และคณะ (2008) พบว่าผู้ป่วย โรคข้ออักเสบมักจะมีปัญหาการนอนหลับได้แก่ การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับที่แย่ การตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยและการตื่นเช้า เกิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน ซึ่งพบ ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ด้วยผู้ใหญ่ได้มาก ถึงร้อยละ 54-70 (Bourguignon et al., 2005) จากการศึกษาพบว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ ขาด การกระตือรือร้นหรือขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการนอนหลับ ต่อกระบวนการฟื้นคืนพลังงานของสมองอีกด้วย (Hodgson, 1991) ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์พบว่า มีปัญหาการนอนหลับที่ แปรปรวนซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Cappuccio et al., 2010) จากการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่าการนอนหลับที่ แปรปรวน (Sleep disturbance) มีความสัมพันธ์ ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sariyildiz และคณะ (2014) พบว่าคุณภาพการ นอนหลับจะสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตใน ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เช่นกัน

2.4 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.68$) เป็นไปตาม สมมติฐาน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง จะมีแนว โโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แย่ลง จากการศึกษาของ Conner และคณะ (2006) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์นั้นพบได้ 2 ถึง 3 เท่าในผู้ป่วยโรคข้อ ออักเสบรูมาตอยด์เมื่อเทียบกับคนปกติ ซึ่งภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์นั้น จะเป็นการแสดงออกของความรู้สึกเศร้า เป็น ความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านการรับรู้ ทาง ด้านอารมณ์และทางด้านพฤติกรรมต่อภาวะ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัว จากความเจ็บปวดเรื้อรังที่ยาวนานและสิ่งที่ทำให้ ผู้ป่วยกลัวมากที่สุด คือการดำเนินของโรคทำให้เกิดข้อผิดรูปและสูญเสียหน้าที่การทำงานของ ข้อเกิดความพิการและจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าเดิน ทางไปไหนมาไหนเองเพราะเป็นโรคทำให้การ พึ่งพาตนเองเป็นไปได้ลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็น ภาระต่อสมาชิกในครอบครัว และเกิดความ เกรงใจจึงอยู่บ้านไม่ออกไปไหน ทำให้สูญเสีย การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆและการเข้าสังคมลดลง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตได้ (Katz and Yelin, 2001; มนาธิป โอศิริ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tander และคณะ (2008) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบ ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็น ถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ

รุมาดอยด์ พยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรุมาดอยด์ จึงควรมีองค์ความรู้ที่แท้จริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนปัจจัยที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรุมาดอยด์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรุมาดอยด์ที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขโดยตรงได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2553 [online]. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>[5 มิถุนายน 2556]
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ. *โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42: 123-131.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทาง พยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- มนธิจิ โอศิริ. (2554). โรคข้ออักเสบรุมาดอยด์. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม. (2548). การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทย ฉบับแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร*. 29(1-2): 69-88.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ และ อภิขินา โฉวินทะ. (2548). แบบประเมินความเจ็บปวด Shot-form McGill Pain Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*. 14(3): 89-93.
- เอี่ยมเดือน เนตรแหม. (2541). ความคิดอัตโนมิติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพยาเรื้อรัง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- Abad, V. C., Sarinas, S.A., and Guilleminault, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Krol, B., Sanderma, R., van Rijswijk, M., & van Leeuwen, M. (1994). Social support, social disability, and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism,* 7(1): 10-15.
- 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.
- 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.

- Hodgson, L. (1991). Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 16: 1503-1510
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.