

บทวิจัย

ปัจจัยคัดสรรในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข่าเสื่อม*

SELECTED FACTORS PREDICTING HEALTH STATUS AMONG PERSONS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

สุภาพ อารีเอื้อ**

สมหมาย วนะวานันต์*** อินทรา รูปสว่าง****

บทคัดย่อ

โรคเข่าเสื่อม (ข้อเข่าเสื่อม) เป็นโรคที่ทราบกันดีว่าเกี่ยวข้องกับอายุ โรคเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดความพิการ และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทยที่มีโรคเข่าเสื่อมนั้นยังไม่มีข้อมูลจำกัด ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้เพื่อตรวจสอบความสามารถของตัวแปรคัดสรรในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทยที่มีอาการโรคเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 327 ราย (อายุระหว่าง 50-90 ปี; อายุเฉลี่ย = 63.49 ปี; ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.8 ปี) เป็นผู้มีอาการโรคเข่าเสื่อมอาศัยในชุมชนกรุงเทพฯ และบริเวณที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรงที่บ้านและศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบประเมินความรุนแรงของโรคเข่าเสื่อม แบบสอบถามการรับรู้ในภาพความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแบบวัดผลกระทบจากโรคข้ออักเสบฉบับย่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะคุกคามของโรค วิธีการเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพปานกลาง ในขณะที่รับรู้ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับค่าอ้างอิง นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ หลังการควบคุมตัวแปรภายนอก พบว่า การรับรู้ในภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และความมั่นใจในสมรรถนะตนเองอธิบายความแปรปรวนภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 30 โดยการรับรู้ในภาพความเจ็บป่วย ด้านการรับรู้คุณลักษณะของโรค (ทุกร์ทรมานจากอาการ) และรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค เป็นตัวแปรที่มีอำนาจสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพในการศึกษารั้งนี้

ผลการศึกษาสนับสนุนให้เห็นถึงการรับรู้ในภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และความมั่นใจในสมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทยที่มีอาการโรคเข่าเสื่อม ซึ่งข้อมูลครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการออกแบบกิจกรรม/ โปรแกรมสำหรับส่งเสริมภาวะสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้โดยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และส่งเสริมความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง

คำสำคัญ: โรคเข่าเสื่อม/ การรับรู้ในภาพความเจ็บป่วย/ ภาวะสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

* งานวิจัยนี้นำเสนอในการประชุมนานาชาติ “The ICFSR 2014 International Conference on Frailty & Sarcopenia Research, March 12-14, 2014, Barcelona, Spain

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐาน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยอาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Osteoarthritis of the knee is known as age related diseases, which is common cause of disability in adults and older adults, and can affect their health status. Little is known about factors influencing health status in adult and older Thais with knee osteoarthritis. The major aim of this cross-sectional study was to investigate the predictive power of selected factors on health status in adult and older Thais with self-reported osteoarthritis of the knee. A total of 327 adult and older adults (mean age = 63.49 years; SD =9.8 years; range 50-90 years) with osteoarthritis of the knee living in communities in Bangkok and its vicinity who met inclusion criteria was recruited. The data were collected through home and health care center visits using questionnaires including the Disease Severity Scale, the Brief Illness Perception Questionnaire, the Knee Osteoarthritis Coping Behavior Questionnaire, the Self-Efficacy Expectation Questionnaire, the Social Support Survey, and the Arthritis Impact Measurement Scale Short Form. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson product-moment correlation, and multiple regressions. Results revealed that the sample perceived moderate illness threat, coping strategies, and health status, but perceived quite high level of self-efficacy and social support compared with reference values. In addition, regression analysis showed that, after controlling for external variables, illness representations, coping strategies, and self-efficacy explained 30% of variance in health status. Identity and serious consequences of illness representation dimensions were the strongest predictors.

The findings demonstrate that illness representations, coping strategies, and self-efficacy are important factors in perceived health status among adult and older Thais with self-reported knee osteoarthritis. These findings can be beneficial for the design of intervention by mean of changing illness perceptions and coping strategies and of promoting self-efficacy that may improve health status in this population.

Keywords: osteoarthritis of the knee/ illness representation/ health status

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มโรคกระดูกและข้อ และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยข้อเข่าเสื่อมพบว่าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก (Koolvisoot, 2010; National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases [NIAMS], n.d.) การศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคเข่าเสื่อมในคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครที่

มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดเข่า พบอุบัติการณ์ของโรค ร้อยละ 34.5 จากการถ่ายภาพรังสีข้อเข่า และร้อยละ 45.6 จากการตรวจร่างกายและซักประวัติ อับัติการณ์ของโรคพบแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Kuptniratsaikul, Tosayanonda, Nilganuwong, & Thamalikitkul, 2002) และจากรายงานการศึกษาของ COPCAORD Study พบความชุกของโรคเข่าเสื่อมในคนไทยที่อาศัยใน

ชนบท ร้อยละ 11.3 ซึ่งพอๆ กับความชุกในคนสูงอายุทั่วโลกที่พบประมาณร้อยละ 9.6 ในเพศชาย และ ร้อยละ 18 ในเพศหญิง (Koolvisoot, 2010) ซึ่งโรคเข้าเสื่อมทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ปวดเรื้อรัง พิกการ มากกว่าข้อเสื่อมบริเวณอื่นๆ (NIAMS, n.d.) โดยอาการปวดและข้อติดทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนำไปสู่ความเจ็บป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดความพิการ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เครียด และซึมเศร้า ส่งผลให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง (Kim et al., 2011) นอกจากนี้โรคเข้าเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งทางตรงจากรักษา พยาบาล และทางอ้อมจากการที่ไม่สามารถทำงานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่โรคดำเนินมาถึงระยะรุนแรงที่จำเป็นต้องรักษาโดยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งนับเป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มหาศาล (Koolvisoot, 2010)

โรคเข้าเสื่อมสามารถป้องกัน ชะลอ และ/หรือ ลดความรุนแรงของโรคได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามียาหลายวิธีในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรค โดยมุ่งเน้นในการลดความไม่สบายจากอาการปวด ลดอาการข้อติดและป้องกันการดำเนินของโรค เพิ่มการทำหน้าที่ของข้อ และสอนการดูแลตนเอง (NIAMS, n.d.) แม้วิธีการต่างๆ จะให้ผลดีกับผู้ป่วย แต่มีรายงานความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพนั้น บุคคลากรทีมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อการยึดมั่นในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (Hagger & Orbell, 2003) มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านความเชื่อ การรับรู้ และปัจจัยด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จูงใจให้

คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998) ภายใต้กรอบแนวคิด รูปแบบการกำกับตนเอง: การรับรู้ตามสามัญสำนึก (Self-regulatory model: the common sense model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมการรับรู้ทั้งด้านชีวและจิตสังคมของบุคคล โดยแนวคิดดังกล่าวช่วยให้เข้าใจการตอบสนองต่อสภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยทั้งด้านการรู้คิด (Cognitive representation) และด้านอารมณ์ (Emotional representation) ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันลักษณะคู่ขนาน (Parallel-processing model) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยมุ่งหาวิธีจัดการทั้งด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์ บุคคลจะหยุดพฤติกรรม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประเมินตัดสินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) จากผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้น (Illness outcome) ในการเผชิญปัญหานั้นบุคคลจะใช้ความพยายาม (Coping effort) มากในการจัดการกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงนั้นโดยมองปัญหาว่ามีความซับซ้อน หากมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) น้อย แต่ในทางตรงข้ามหากบุคคลมีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองสูงก็สามารถที่จะจัดการหรือเผชิญกับปัญหาได้อย่างง่ายไม่ยุ่งยาก (Bandura, 1977) จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและข้อเข้าเสื่อมมีรายงานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย กับการเผชิญปัญหา (Hagger & Orbell, 2003; Rozema, Vollink, & Lechner, 2009) การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย กับผลลัพธ์สุขภาพ (Hagger, & Orbell, 2003) การเผชิญปัญหา การรับรู้ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และ

สุขภาพ (Benyon, Hill, Zadurian, & Mallen, 2010; McKnight, Afram, Kashdan, Kastle, & Zautra, 2010) และนอกจากนี้ในสถานการณ์ของการเผชิญปัญหาที่มีความแตกต่าง และหลากหลาย บุคคลต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ที่แตกต่าง (Shaw, 1999) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ช่วยลดภาวะตึงเครียด และซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม (Sharma, Cahue, Song, Hayes, Pai, & Dunlop, 2003) และเป็นตัวผ่าน (Mediator) ระหว่าง การมองโลกในแง่ร้าย และความผาสุกของผู้ป่วย ข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม (Luger, Cotter, & Sherman, 2009) นอกจากนี้ การมีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมและข้อสะโพกเสื่อม ทักษะในการเผชิญปัญหา หรือการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งทักษะในการออกกำลังกายในการป้องกัน และลดอาการของโรคเข่าเสื่อม (Keefe et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แม้จะมีการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ หรือมีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพ ทั้งการศึกษารายได้กรอบแนวคิดรูปแบบการกำกับตนเอง และศึกษาถึงความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรดังกล่าวมา ยังมีข้อจำกัด เช่น การใช้เครื่องมือในการประเมินต่างกัน หรือมิติในการประเมินในแต่ละตัวแปรต่างกัน รวมทั้งไม่ได้สะท้อนถึงความสัมพันธ์ทั้งกระบวนการตามรูปแบบแนวคิดการกำกับตนเอง นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงผลลัพธ์ที่แตกต่างเมื่อนำ ไปศึกษาข้ามวัฒนธรรม (Barnes, Moss-Morris, & Kaufusi, 2004) อีกทั้งยังเป็นการศึกษาในต่างประเทศ จึงไม่สามารถนำมาเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับคนไทยที่มีอาการโรคเข่าเสื่อม

ได้ทั้งหมด เนื่องจากความแตกต่าง เช่น ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อม และความเชื่อ เป็นต้น ดังนั้นการเข้าใจถึงภาวะสุขภาพของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยผ่านกระบวนการกำกับตนเองของผู้ป่วยทั้งการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย การเผชิญปัญหา ร่วมกับการรับรู้ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนในการดูแล ให้คำแนะนำในการจัดการและป้องกันโรค รวมทั้งชะลออาการของโรคเข่าเสื่อมในคนไทยได้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข่าเสื่อม
2. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข่าเสื่อม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคเข่าเสื่อม ที่อาศัยในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร (3 แห่ง) และเขตปริมณฑล กรุงเทพ- มหานคร (4 แห่ง) โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 50 ปี หรือมากกว่า 2) มีอาการของโรคเข่าเสื่อมตามเกณฑ์ของ American College of Rheumatology's (ACR) (Brandt, 2010) มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และ 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

ชัดเจน และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ สำหรับผู้ที่คัดเข้าศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 2) ได้รับการฉีดยาเข้าข้อเพื่อรักษาอาการปวด เช่น สเตียรอยด์ ในระยะ 3 เดือน และ 3) เจ็บป่วยเรื้อรังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ (Bedridden) หรือพิการที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเข่าเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*Power โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = .07 ตัวแปรภาวะสุขภาพจากการศึกษาที่ผ่านมา (Broderick et al., 2014) กำหนดค่า Power analysis = .80 ค่า α = .05 จำนวนตัวแปรทำนาย = 18 ได้กลุ่มตัวอย่าง 303 ราย หลังการคัดกรองมี ผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ 327 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเข่าเสื่อมและตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส แหล่งรายได้ ความพึงพอใจของรายได้ ลักษณะที่พักอาศัย น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย และ 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น จำนวนข้างของข้อเข่าที่มีอาการของโรคเข่าเสื่อม ระยะเวลาที่มีอาการของโรค การเข้ายารักษาโรคประจำตัว เป็นต้น

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคเข่าเสื่อม ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของโรค สร้างโดยปราณี กาญจนวรงค์ (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ (ข้อ ก-ค) ให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 10-16

หมายถึง ความรุนแรงของข้อโรคน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 17-23 หมายถึงความรุนแรงของโรคปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 24-30 หมายถึงความรุนแรงของโรคมาก

คุณภาพเครื่องมือ ผู้สร้างเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม 1 ท่าน ตรวจสอบค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อมจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .94 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่าง 327 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .77

3. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉับพลัน (The Brief Illness perception questionnaire) พัฒนาโดยอาศัยแนวคิดการกำกับตนเอง (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006) สำหรับใช้ประเมินการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย หรือการให้ความหมายและแสดงออกต่อความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน ยกเว้น ข้อคำถามที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยของตน ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนี้ออกเนื่องจากไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ ข้อคำถามการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยประกอบด้วย 1) ด้านการรู้คิด (Cognitive illness representation) ได้แก่ ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค ระยะเวลาของการดำเนินของโรค ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง ประสิทธิภาพการรักษาในการควบคุมโรค

คุณลักษณะของโรค (ทุกข์ทรมานจากอาการ) และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) ด้านอารมณ์ (Cognitive illness representation) ประกอบด้วย ผลกระทบต่ออารมณ์ สำหรับความกังวล เป็นทั้งการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และด้านอารมณ์ ข้อคำถามที่ 3, 4 และ 7 จะต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม (มโนภาพความเจ็บป่วยโดยรวม) คะแนนรวมมาก แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ภาวะทุกข์ทรมานของโรครวม สำหรับข้อคำถามรายด้าน (แต่ละข้อคำถาม) คะแนนมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อในเรื่องนั้นๆ มาก

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามต้นฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 กลุ่มโรค โดยรายงานความตรงตามสภาพ ความตรงเชิงพยากรณ์ ความตรงเชิงจำแนก และรายงานค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วย ค่าความสัมพันธ์ในการทดสอบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตจำนวน 309 ราย พบว่าความสัมพันธ์สูงมากกว่า .70 (Broadbent et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้ หัวหน้าทีมวิจัยได้แปลเครื่องมือนี้เป็นภาษาไทย และตรวจสอบการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยอาจารย์พยาบาลที่เข้าใจทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 2 ราย ก่อนนำไปหาความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ 1 สัปดาห์ให้ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคเบาหวาน 10 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์ = .82

4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหา หรือวิธีจัดการกับปัญหาเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม มี 2 ด้านได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า มีคะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เคย) ถึง 5 (ทุกครั้ง) เนื่องจากแต่ละด้านมีข้อคำถามไม่เท่ากัน การคิดคะแนนรวมแต่ละด้านจึงคำนวณโดยเปรียบเทียบกับฐาน 100 คะแนนด้าน

ได้สูงแสดงว่าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหา หรือจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยด้านนั้นน้อย

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 ราย และข้อมูลคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่สุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังการพัฒนาข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ได้แก่ แพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคกระดูกและข้อ ได้ค่าดัชนี (Content validity index) = .89 และนำไปตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ 327 ราย ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ และหาความสัมพันธ์ด้วยค่าแอลฟาครอนบาคด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และโดยรวม = .77, .84 และ .87 ตามลำดับ

5. แบบสอบถามความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง พัฒนาโดยจารุณี นันทนโทยาน (2539) ตามแนวคิดทฤษฎีความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีทั้งข้อความที่เป็นบวก และลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่าให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มั่นใจเลย) ถึง 2 คะแนน (มั่นใจมาก) คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองในการเผชิญปัญหา หรือจัดการปัญหาการเจ็บป่วยมาก

คุณภาพเครื่องมือ ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย และรายงานความเที่ยงด้วยค่าแอลฟาครอนบาค = .75 และในการศึกษาครั้งนี้ ค่าแอลฟาครอนบาค = .76

6. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาครั้งแรกโดยเชอร์บลาวน์และสจ๊วต (Sherbourne & Stewart, 1991) ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล /อารมณ์ ทรัพยากรและสิ่งของ ความรักใคร่ผูกพัน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประเมินค่าให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 5 (ทุกครั้ง) คะแนนที่ได้จะถูกแปลงเป็นคะแนน 0-100 คะแนนยิ่งมาก ยิ่งแสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

คุณภาพเครื่องมือ ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นนักพฤกษศาสตร์ และรายงานความตรงเชิงเหมือน (Convergent validity) และความตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity) ได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และรายงานความเที่ยงด้วยค่าแอลฟาครอนบาค = 0.91 (Sherbourne & Stewart, 1991) สำหรับการศึกษาครั้งนี้หัวหน้าทีมวิจัย ได้แปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบการแปลย้อนกลับ (back translation) โดยอาจารย์พยาบาลที่เข้าใจทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 2 ราย ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม 10 ราย ได้ค่าแอลฟาครอนบาค = .89 และในกลุ่มตัวอย่าง 327 รายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ค่าแอลฟาครอนบาค = .92

7. แบบวัดผลกระทบจากโรคข้ออักเสบฉับย่อย (Guillemin, Coste, Pouchot, Chezaïl, Bregeon, & Sany, 1997) ใช้สำหรับวัดภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบบวัดประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (12 ข้อ) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (4 ข้อ) อาการของโรค (3 ข้อ) อารมณ์ (5 ข้อ) และบทบาทหน้าที่ (2 ข้อ) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน การคิดคะแนนโดยแปลงคะแนนรวมตามสูตร [(คะแนนจริง-คะแนนต่ำสุดของคะแนนที่เป็นไปได้)/ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้] $\times$ 10 โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0 (ภาวะสุขภาพดีเยี่ยม)

ถึง 10 (ภาวะสุขภาพแย่ที่สุด) ผู้วิจัยตัดข้อคำถามผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แขนออกเนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อเข่า ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษา 21 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ และหาความตรงเชิงเหมือน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดตึงของข้อ และรายงานความเที่ยงด้วยค่าแอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0.74-0.87 (Guillemin et al., 1997) สำหรับการศึกษาครั้งนี้หัวหน้าทีมวิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยอาจารย์พยาบาลที่เข้าใจทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 2 ราย และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม 10 ราย ได้ค่าแอลฟาครอนบาค = .82 และในกลุ่มตัวอย่าง 327 รายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงแอลฟาครอนบาค = .75

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ 2554/526) โดยประชุมทีมผู้วิจัยและเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย เลือกและติดต่อหัวหน้าสถานที่เก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือและประสานงานในการเก็บข้อมูล รวมทั้งคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าในการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งของความร่วมมือในการวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยการลงนาม หรือด้วยวาจา ผู้วิจัย/ผู้ช่วย

วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ เพื่อป้องกันการผิดพลาดของข้อมูลจากปัญหาเรื่องสายตา หรือ การอ่าน-เขียน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ให้คำแนะนำปัญหาสุขภาพที่พบของผู้เข้าร่วมวิจัย และมอบของที่ระลึกที่เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 และ 2) ใช้สถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบ Enter โดยเลือกชุดของตัวแปรเข้าทำนายตามกระบวนการของแนวคิดรูปแบบการกำกับตนเอง เช่น การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย และตัวแปรตัวผ่าน (mediator) ในการทำนายผลลัพธ์ที่กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 50-90 ปี เฉลี่ย 63.49 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.8 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.8) ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 59.6) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 13.8) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 9.5) ร้อยละ 53.9 ของกลุ่มตัวอย่างยังประกอบอาชีพ เช่น รับจ้าง (ร้อยละ 15) เกษตรกร (ร้อยละ 19.6) เป็นต้น ส่วนลักษณะท่าทางและลักษณะงาน ที่ทำ พบว่า ร้อยละ 35.8 อยู่ในท่าเดิมนานๆ และ ร้อยละ 23.2 เป็นงานที่ต้องใช้แรง สำหรับข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอาการโรคเข้าเสื่อมทั้ง 2 ข้าง (ร้อยละ 51.1) ระยะเวลาของการมีอาการโรคเข้าเสื่อมเฉลี่ย 47.62

เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 42.7 เดือน) กลุ่มตัวอย่างประเมินความรุนแรง ของโรคในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.20 ± 2.22) มีการจัดการกับอาการของโรคโดยใช้ยาบรรเทาปวด (ร้อยละ 66.7) รองลงมาใช้วิธีบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (ร้อยละ 18.7) ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ร้อยละ 86.9) และ ร้อยละ 63.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.6) เบาหวาน (ร้อยละ 27.2) และหัวใจ (ร้อยละ 9.2) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 33.6 ไม่เคยออกกำลังกายเลย สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายนั้นร้อยละ 23.2 ออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ลักษณะของการออกกำลังกายโดยการเดินพบมากที่สุด (ร้อยละ 41.3) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.02 กิโลกรัม /ตารางเมตร โดยร้อยละ 43.7 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่ามาตรฐาน (< 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ซึ่งใกล้เคียง (ร้อยละ 42.9) กับผู้ที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (18.5-22.9กิโลกรัม/ตารางเมตร) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเอเชีย (วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.)

2. การรับรู้โนภาพการเจ็บป่วย พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง แรงแสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาของการดำเนินของโรคที่สูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.50 ± 2.82) รองลงมา คือผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค และ คุณลักษณะของโรค (ทุกขั้วหมายจากอาการ) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

= 5.30 ± 2.28 และ 5.20 ± 2.21 ตามลำดับ) ในขณะที่รับรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาในการควบคุมโรคมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.28 ± 2.45) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะคุกคามของโรคโดยรวม และภาวะสุขภาพปานกลางโดยเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยกับค่ากึ่งกลางของแบบประเมิน สำหรับความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย

ค่อนข้างไปในทางสูงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนกึ่งกลางของแบบวัด ส่วนการเผชิญปัญหาโรคเข้าสู่เฝ้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 52.05 ± 18.57 และ 43.48 ± 13.94 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนตัวแปรที่ศึกษา (n = 327)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนกึ่งกลาง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
มโนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด			
ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค	0 - 10	5.00	5.30 ± 2.28
ระยะเวลาของการดำเนินของโรค	0 - 10	5.00	6.50 ± 2.82
ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตน	0 - 10	5.00	4.65 ± 2.38
ประสิทธิภาพการรักษาในการควบคุมโรค	0 - 10	5.00	4.28 ± 2.45
คุณลักษณะของโรค	0 - 10	5.00	5.20 ± 2.21
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	0 - 10	5.00	4.91 ± 2.43
มโนภาพความเจ็บป่วยด้านอารมณ์			
ผลกระทบต่ออารมณ์	0 - 10	5.00	4.59 ± 2.63
ความกังวลกับโรค	0 - 10	5.00	5.18 ± 2.50
ภาวะคุกคามของโรค (รวมทุกด้าน)	0 - 80	40.00	40.64 ± 9.21
การเผชิญปัญหา	0 - 120	60.00	56.29 ± 16.94
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา	0 - 100	50.00	52.05 ± 18.57
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	0 - 100	50.00	43.48 ± 13.94
ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง	15 - 45	30.00	34.31 ± 5.39
แรงสนับสนุนทางสังคม	0 - 100	50.00	66.99 ± 12.73
ภาวะสุขภาพ	0 - 10	5.00	5.86 ± 0.93

3. ความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการ โรคเข้าเสื่อม

อายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาของการมีอาการโรคเข้าเสื่อม ความรุนแรงของโรคเข้าเสื่อม และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ($r = -.19$, $p\text{-value} < .01$; $r = .16$, $p\text{-value} < .05$; $r = -.18$, $p\text{-value} < .01$; $r = -.24$, $p\text{-value} < .01$; $r = -.21$, $p\text{-value} < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงนำเข้าสมการในการวิเคราะห์พหุคูณเป็นอันดับแรกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว พบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพ ร้อยละ 11 และเพื่อทดสอบอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของตัวแปร การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย ทั้งรายด้านและโดยรวม ตัวแปรเหล่านี้จึงถูกนำเข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 2 พบว่าการรับรู้โนภาพความ

เจ็บป่วย ทั้งรายด้านและโดยรวมสามารถทำนายภาวะสุขภาพร้อยละ 14 ($R^2_{\text{change}} = .14$) เมื่อนำตัวแปร วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เข้าสู่สมการเป็นอันดับสุดท้าย พบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีอำนาจทำนายและเมื่อรวมกับตัวแปรอื่นๆ ดังกล่าวมา สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพ ร้อยละ 30 ($R^2 = .30$; $F_{(17,237.12)} = 6.65$; $p\text{-value} < .001$) โดยตัวแปรการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย ได้แก่ ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค ($\beta = -.18$, $p\text{-value} < .05$) คุณลักษณะของโรค (ทุรกรรมจากอาการ) ($\beta = -.18$, $p\text{-value} < .05$) ความกังวลกับโรค ($\beta = -.15$, $p\text{-value} < .05$) มีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพสูงที่สุด รองลงมา คือ ตัวแปร วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($\beta = -.14$, $p\text{-value} < .05$) และความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง ($\beta = .12$, $p\text{-value} < .05$) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวแปรปัจจัยคัดสรรในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข้าเสื่อม ($n = 327$)

ตัวแปร	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
	Beta (p-value)	Beta (p-value)	Beta (p-value)
อายุ	-.14 (.013)	-.12 (.032)	-.06 (.254)
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา	-.04 (.512)	-.05 (.327)	-.05 (.394)
ระยะเวลาของการมีอาการโรคเข้าเสื่อม	-.08 (.173)	-.06 (.279)	-.04 (.512)
ความรุนแรงของโรคเข้าเสื่อม	-.18 (.002)	.01 (.965)	.01 (.936)
ดัชนีมวลกาย	-.02 (.773)	.01 (.838)	.02 (.756)
ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค		-.06 (.575)	-.18 (.015)
ระยะเวลาของการดำเนินของโรค		.30 (.003)	.14 (.024)
ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตน		.07 (.417)	-.05 (.420)
ประสิทธิภาพการรักษาในการควบคุมโรค		.11 (.171)	-.05 (.371)
คุณลักษณะของโรค		-.03 (.742)	-.18 (.013)
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค		.17 (.066)	-.01 (.940)
ผลกระทบต่ออารมณ์		.04 (.737)	.20 (.061)

ตารางที่ 2 ตัวแปรปัจจัยคัดสรรในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข้าเสื่อม (n = 327) ต่อ

ตัวแปร	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
	Beta (p-value)	Beta (p-value)	Beta (p-value)
ภาวะคุกคามของโรค		-.20 (.032)	-.12 (.031)
ความกังวลกับโรค			-.15 (.023)
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา			.09 (.218)
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์			-.14 (.039)
ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง			.12 (.036)
แรงสนับสนุนทางสังคม			.07 (.159)
	$R^2 = .11$; $F_{(5,249.38)} = 5.80$; p-value <.001	$R^2 = .25$; $\Delta R^2 = .14$; $F_{(13,258.59)} = 6.93$; p-value < .001	$R^2 = .30$; $\Delta R^2 = .05$; $F_{(17,237.12)} = 6.65$; p-value < .001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยโดยรวม หรือการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเข้าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (เปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยกับค่าคะแนนกึ่งกลางของแบบสอบถาม) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคเข้าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง และกลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นเวลานาน ดังเช่นผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการมีอาการหรือการดำเนินของโรคเฉลี่ย 47.62 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจปรับตัวต่อโรคและอาการของโรคได้ จึงรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคไม่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อมจะให้ความสำคัญกับโรคน้อยกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Bedson, Mottram, Thomas, & Peat, 2007) เมื่อพิจารณาการรับรู้โนภาพความ

เจ็บป่วยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินของโรค ผลกระทบจากโรค และคุณลักษณะของโรค (ทุกซ์ทรมานจากอาการ) สูงกว่าด้านอื่นๆ สนับสนุนด้วยผลจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่ง พบว่า ผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาเมื่ออาการปวดเข้ากำเริบและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Thorstensson, Gooberman-Hill, Adamson, Williams, & Dieppe, 2009) และธรรมชาติของโรคเข้าเสื่อมจะแสดงอาการปวดเข้าเป็นๆ หายๆ ขึ้นกับการใช้งานข้อเข้าและระยะการดำเนินของโรค ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้จึงรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินของโรค ผลกระทบจากโรค และคุณลักษณะของโรค (ทุกซ์ทรมานจากอาการ) ด้วยคะแนนที่สูงกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่รับรู้ได้จากอาการของโรคที่เผชิญ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้รับรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาในการควบคุมโรคด้วยคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของโรคเข้าเสื่อม

เกิดจากความเสื่อมตามวัย ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยง จึงอาจรับรู้ว่าการรักษาอาจไม่ได้ช่วยให้โรคเข้าเสื่อมหายเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งสนับสนุนด้วยผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้สาเหตุของโรคเข้าเสื่อมว่าเกิดจากวัยสูงอายุ และอาการปวดเข้าไม่สามารถรักษาให้หายได้ จึงรับรู้ประสิทธิภาพการรักษาในการควบคุมโรค หรืออาการของโรคน้อย และให้ความสำคัญโรคประจำตัวเรื้อรังอื่นๆ มากกว่าโรคเข้าเสื่อม (Bedson et al., 2007; Jinks, Ong, & Richardson, 2007; Prasanna, Komer-Bitensky, & Ahmed, 2013) สำหรับการรับรู้ความมั่นใจในสมรรถนะตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะเวลานาน จึงรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคเข้าเสื่อมไม่รุนแรง โดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และส่วนใหญ่ไม่เคยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ร้อยละ 86.9) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ จึงมั่นใจและรับรู้ว่าตนมีสมรรถนะในการควบคุมอาการของโรคจากการใช้าร่วมกับการบริหารข้อเข้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองสูงจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายและสมรรถนะทางกาย ทำให้ความพิการลดลง (Wright, Zautra, & Going, 2008)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งในสังคมไทย บุตรหลานจะให้ความเคารพ และเลี้ยงดูตอบแทนพ่อแม่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งค่าใช้จ่าย และการเอาใจใส่สุขภาพ ดังการสำรวจสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 4 (วิชัย

เอกพลกร, 2552) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนรายได้จากบุตร สูงที่สุด และผู้สูงอายุยังคงอยู่อาศัยกับครอบครัว 3 รุ่น คือ ปู่ย่า-พ่อแม่-ลูก-หลาน จึงเป็นหลักประกันที่จะมีผู้ดูแลเมื่อจำเป็น สิ่งเหล่านี้ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุโรคเข้าเสื่อมที่เข้ารับการตรวจในคลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้สูงอายุดังกล่าวรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และทีมสุขภาพ (Pattayakorn, Hanucharurnkul, Goeppinger, Vorapongsathorn, Malathum, & Thanainit, 2010) ส่วนการเผชิญปัญหาโรคเข้าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อม ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้การเผชิญปัญหา หลายหลายวิธี แม้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ต่างจากผลการศึกษาของเพอรอท และคณะ (Perrot et al., 2008) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคเข้าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคนาน จะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าแบบมุ่งแก้ปัญหา ทั้งนี้ อาจเนื่องจากระยะเวลาเฉลี่ยการเจ็บป่วยด้วยโรคเข้าเสื่อมนั้นมีความแตกต่างจากการศึกษาในคั้งนี้ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคเข้าเสื่อมน้อยกว่า 5 ปี ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวมีระยะเวลาเฉลี่ยมากกว่า 5 ปี นอกจากนี้ การใช้เครื่องมือในการประเมินการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการ (Coping process) ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เมื่อ

บุคคลประเมินสถานการณ์ ดังเช่น ความเจ็บป่วย เป็นความเครียด ก็จะประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก และใช้ความพยายามในการแก้ปัญหา (Coping effort) ทั้งการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งกระบวนการ เผชิญปัญหาจะผ่านการประเมินตัดสินทั้งความเครียด การประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก รวมทั้งการประเมินซ้ำเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งการที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหารูปแบบใดนั้น ขึ้นกับระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ความขัดแย้ง และความรู้สึกรอคอยต่อสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยนั้น (Lazarus & Folkman, 1984) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ดังนั้นในแต่ละช่วงเวลาของการศึกษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเข้าเสื่อมที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญ จึงอาจมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาดังกล่าว

สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองปานกลางโดยมีคะแนนค่อนข้างไปในทางที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตอยู่กับความเรื้อรังของโรค และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.9) ยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ได้อุปกรณ์ช่วยเดิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่ยังรับรู้ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก (วารสารณ ภูมิสวัสดิ์, 2549) นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะอ้วน หรือน้ำหนักเกิน และการมีโรคร่วมมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อม (Wesseling et al., 2013) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่มียาชนิดหนึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ และน้อย จึงอาจ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี

2. ความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข้าเสื่อม ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกับตัวแปรคุณลักษณะและสุขภาพ (อายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาของการมีอาการโรคเข้าเสื่อม ความรุนแรงของโรคเข้าเสื่อม และดัชนีมวลกาย) ทำนายภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 30 โดยการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย (ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค ระยะเวลาของการดำเนินของโรค คุณลักษณะของโรค ความกังวลกับโรค และภาวะคุกคามของโรค) มีอิทธิพลสูงในการทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมา คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และ ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่ง พบว่า การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากกว่าการเผชิญปัญหาในการทำนายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้คุณลักษณะของโรค (ทุกข ทรมาณจากอาการ) ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรค และ ระยะเวลาการดำเนินของโรค (Hagger & Orbell, 2003; Rozema et al., 2009) อย่างไรก็ตามสิ่งที่น่าสังเกตจากการศึกษาครั้งนี้คือ มีเพียงตัวแปรการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดเท่านั้นที่ทำนายภาวะสุขภาพ หรือผลลัพธ์สุขภาพ ในขณะที่การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยด้านผลกระทบต่ออารมณ์ไม่มีบทบาทในการทำนายภาวะสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดรูปแบบการกำกับตนเองตามสามัญสำนึกเพียงบางส่วน กล่าวคือ บุคคลจะรับรู้

หรือคาดการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเมื่อสุขภาพถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย โดยแสดงออกถึงการรับรู้โนภาพ โดยให้ความหมายความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการควบคุม หรือกำกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้นๆ โดยบุคคลจะแสดงออกต่อผลกระทบความเจ็บป่วยนั้นทั้งด้านารรู้คิด และด้านอารมณ์ควบคู่กันไป รวมถึงนำไปสู่การหาหนทางในการจัดการหรือควบคุมความเจ็บป่วย หรือที่เรียกกันว่าเป็นการเผชิญปัญหา หรือการจัดการปัญหาด้วยวิธีการหลากหลาย ทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการอารมณ์ จากนั้นประเมินตัดสินว่าจะดำเนินต่อไปหรือปรับเปลี่ยนวิธีเพื่อไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพ (Leventhal et al., 1998; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในกระบวนการของขั้นตอนการประเมินตัดสินผลลัพธ์สุขภาพ มากกว่าขั้นตอนของการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหา

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบแปรด้านลักษณะส่วนบุคคลและสุขภาพมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ (Sale, Gignac, & Hawker, 2008) ในการศึกษาเมื่อควบคุมตัวแปรดังกล่าว พบว่า การเผชิญปัญหา และความมั่นใจในสมรรถนะตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายผลลัพธ์ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของตัวแปรการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย สนับสนุนแนวคิดรูปแบบการกำกับตนเองตามสามัญสำนึก ที่กล่าวว่า การเผชิญปัญหาคือเป็นตัวผ่าน (Mediator) ระหว่างการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย และผลลัพธ์สุขภาพ (Leventhal et al., 1984) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าความมั่นใจในสมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์และเป็นตัวผ่าน ระหว่างการเผชิญปัญหา

และความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อม (McKnight et al., 2010) นอกจากนี้ในการเผชิญปัญหาบุคคลย่อมประเมินแหล่งประโยชน์ทั้งกายภาพและจิตใจ รวมทั้งมีความเชื่อในทางบวก (Positive belief) หรือรู้จักกันในนามความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง ทั้งนี้บุคคลที่มีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองสูงจะมองปัญหาที่เผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่ตนเองสามารถจัดการได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองต่ำ จะมองปัญหาที่ยากซับซ้อนเกินกว่าจะจัดการได้ จึงนำไปสู่การหลีกเลี่ยงปัญหา ดังนั้น ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง จึงเป็นส่วนส่งเสริมพฤติกรรม การเผชิญปัญหา (Bandura, 1977)

แม้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม จะเข้าสมการร่วมกับตัวแปรอื่นๆ ในการทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่มีอิทธิพลเพียงพอในการทำนายภาวะสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีหลายองค์ประกอบ (Multi facets) เช่น การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือบุคคลที่ไว้วางใจ/ช่วยเหลือด้านจิตใจ หรือมีบุคคลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา หรือการได้รับการช่วยเหลือตลอดเวลาการศึกษาครั้งนี้ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อาจได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในบางองค์ประกอบ จึงไม่มีอิทธิพลเพียงพอในการทำนายภาวะสุขภาพโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละองค์ประกอบ มีอิทธิพลในการทำนายองค์ประกอบย่อยของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อม (Ethgen, Vanparijs, Delhalle, Rosant, Bruyere, & Reginster, 2004) นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพ ในครั้งนี้เป็นการประเมินทุกองค์ประกอบทั้ง ร่างกาย จิต สังคม และอาการของโรคเข้าเสื่อมโดยรวม

แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้บางส่วนประกอบ เช่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพ (Sharma et al., 2003)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้มีสิ่งที่จะต้องคำนึงก่อนนำผลการศึกษาไปใช้ คือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ที่มีอาการของโรคเข้าเสื่อม ที่ไม่ได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสี (X-ray) และวินิจฉัยจากแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านกระดูกและข้อ เป็นเพศหญิง และสูงอายุ ผลการศึกษาจึงไม่อาจอ้างได้ครอบคลุมถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเข้าเสื่อมที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยดังกล่าว รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือ ผู้สูงอายุชาย อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ ดังนี้

1. การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยด้วยโรคเข้าเสื่อมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายภาวะสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่มีอาการโรคเข้าเสื่อมจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเข้าเสื่อมอย่างถูกต้องครบถ้วน โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตน และประสิทธิภาพของการรักษาในการควบคุมโรค ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการโรคเข้าเสื่อมมีพฤติกรรมในการดูแลและจัดการกับโรคจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้้น้อยกว่าประเด็นอื่นๆ

2. การเผชิญปัญหาด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และการรับรู้ความมั่นใจในสมรรถนะตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะ

สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนอกจากการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ที่มีอาการโรคเข้าเสื่อมจำเป็นต้องตระหนักถึงทักษะการจัดการกับผลกระทบของโรคด้านจิตใจ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการและผลกระทบของโรคร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลจากการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระยะอาการการดำเนินของโรคตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 20 ปี การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยด้วยโรคเข้าเสื่อมในผู้ที่มีอาการระยะแรก กับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเป็นเวลานานเรื้อรัง เช่น ระหว่างผู้ที่เริ่มมีอาการในช่วง 6 เดือนแรก และผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมากกว่า 6 เดือนเป็นต้น ซึ่งระยะเวลาการดำเนินของโรคแตกต่างกัน อาจทำให้การรับรู้โนภาพความเจ็บป่วยต่างกัน จะช่วยให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้หรือปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับโรคได้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น

2. ตัวแปรการเผชิญปัญหาด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์เท่านั้นที่เข้าสู่สมการทำนายอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษานี้ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่าการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี ดังนั้นการศึกษาต่อไปจึงควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหารายด้าน และมีติดยของภาวะสุขภาพ เช่น กาย จิต สังคม เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. การศึกษาเส้นทางความสัมพันธ์ (Path model) ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อยืนยัน ความสัมพันธ์ของตัวแปรการรับรู้ความมั่นใจในสมรรถนะตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นตัวแปรสื่อหรือตัวผ่าน (Mediators) ระหว่างการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์ หรือ มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ที่มีอาการโรคเข้าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จารุณี นันทวโนทยาน. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข้าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี กาญจนวรรณ. (2539). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2552). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะ กราฟโก ซิสเต็มส์ จำกัด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล. (n.d.). *ดัชนีมวลกาย*. Retrieved on July 19, 2015, from <http://www.ss.mahidol.ac.th/>
- วรารณ ภูมิสวัสดิ์. (2549). *รายงานวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Barnes, L., Moss-Morris, R., & Kaufusi, M. (2004). Illness belief and adherence in diabetes mellitus: A comparison between Tongan and European patients. *The New Zealand Medical Journal*, 117, 743-749.
- Bedson, J., Mottram, S., Thomas, E., & Peat, G. (2007). Knee pain and osteoarthritis in the general population: What influences patients to consult? *Family Practice*, 24(5), 443 – 53.
- Benyon, K., Hill, S., Zadurian, N., & Mallen, C. (2010). Coping strategies and self-efficacy as predictors of outcomes in osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*, 8, 224–236.
- Brandt, K. D. (2010). Osteoarthritis diagnosis: Avoiding the pitfalls. *The Journal of Musculoskeletal Medicine*, 27(11), 445-451.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.

- Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E. et al. (2014). Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial (Electronic version). *Pain, 155*(9), 1743-54. doi: 10.1016/j.pain.2014.05.024.
- Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S., Bruyere, O., & Reginster, J. Y. (2004). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. *Quality of Life Research, 13*, 321-330.
- Guillemin, F., Coste, J., Pouchot, J., Chezail, M., Bregeon, C., & Sany, J. (1997). The AIMS2-SF: A short form of the Arthritis Impact Measurement scales 2. French Quality of Life in rheumatology Group. *Arthritis and Rheumatism, 40*(7), 1267-74.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation. *Psychology and Health, 18*(2), 141-184.
- Jinks, C., Ong, B. N., & Richardson, J. (2007). A mixed methods study to investigate needs assessment for knee pain and disability: Population and individual perspectives (Electronic version). *BMC Musculoskeletal Disorder, 8* (1), 5. [http:// dx.doi.org/10 .1186/1471-2474-8-59](http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-8-59).
- Keefe, F. J., Blumenthal, J., Baucom, D., Affleck, G., Waugh, R., Caldwell, D. S., et al. (2004). Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritic knee pain: A randomized controlled study. *Pain, 110*(3), 539-49.
- Kim, I. J., Kim, H. A., Seo, Y. I., Jung, Y. O., Song, Y. W., Jeong, J. Y., et al. (2011). Prevalence of knee pain and its influence on quality of life and physical function in the Korean elderly population: A community based cross-sectional study. *Journal of Korean Medical Science, 26*(9), 1140-6.
- Koolvisoot, A. (2010). Arthritis: What should be done after the year of bone and joint decade? *Siriraj Medical Journal, 62*(5), 226-227.
- Kuptniratsaikul, V., Tosayanonda, O., Nilganuwong, S., Thamalikitkul, V. (2002). The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. *Journal of the Medical Association of Thailand, 85* (2), 154-61.

- Leventhal, H., Leventhal, E., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behavior: A perceptual cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-734.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness perceptions and coping with health threat. In A. Baum, S.E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health* (Vol. 4, pp. 219-252). Erlbaum: Lawrence Erlbaum Association Inc.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer.
- Luger, T., Cotter, K. A., & Sherman, A. M. (2009). It's all in how you view it: Pessimism, social relations, and life satisfaction in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 13(5), 635-47.
- McKnight, P. E., Afram, A., Kashdan, T. B., Kastle, S., & Zautra, A. (2010). Coping self-efficacy as a mediator between catastrophizing and physical functioning: Treatment target selection in an osteoarthritis sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 239-249.
- National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases [NIAMS]. (n.d.). *Osteoarthritis*. Retrieved January 15, 2009, from http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Osteoarthritis/default.asp
- Pattayakorn, P., Hanucharumkul, S., Goeppinger, J., Vorapongsathorn, T., Malathum, P., & Chotanaphuti, T. (2010). Factors influencing life satisfaction among older Thai women with knee osteoarthritis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 3-16.
- Perrot, S., Poiraudau, S., Kabir, M., Bertin, P., Sichere, P., Serrie, A., et al. (2008). Active or passive pain coping strategies in hip and knee osteoarthritis? Results of a national survey of 4,719 patients in a primary care setting. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 59(11), 1555-1562.
- Prasanna, S. S., Korner -Bitensky, N., & Ahmed, S. (2013). Why do people delay accessing health care for knee osteoarthritis? Exploring beliefs of health professionals and lay people. *Physiotherapy Canada*, 65(1), 56 – 63.

- Rozema, H., Vollink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 849-857.
- Sale, J. E. M., Gignac, M. A. M., & Howker, G. (2008). The relationship between disease symptoms, life events, coping and treatment, and depression among older adults with osteoarthritis. *The Journal of Rheumatology*, 35, 335-42.
- Sharma, L., Cahue, S., Song, J., Hayes, K., Pai, Y. C., & Dunlop, D. (2003). Physical functioning over three years in knee osteoarthritis: Role of psychosocial, local mechanism, and neuromuscular factors. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 48, 3359-70.
- Shaw, C. (1999). A framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1246-1255.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Thorstensson, C. A., Gooberman-Hill, R., Adamson, J., Williams, S., & Dieppe, P. (2009). Help seeking behaviour among people living with chronic hip or knee pain in the community. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 10(1), 153-62.
- Wesseling, J., Welsing, P. M., Bierma-Zeinstra, S. M., Dekker, J., Gorter, K. J., Kloppenburg, M., et al. (2013). Impact of self-reported comorbidity on physical and mental health status in early symptomatic osteoarthritis: The CHECK (Cohort Hip and Cohort Knee) study. *Rheumatology*, 52, 180-188.
- Wright, L. J., Zautra, A. J., & Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 70-80.