

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม
กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม



นางสาวสุณี สุวรรณพสุ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-1673-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, SOCIAL SUPPORT,
AND ADAPTATION OF ELDERLY WITH KNEE OSTEOARTHRITIS



Miss Sunee Suwanpasu

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-03-1673-5

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตกับความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
โดย	นางสาว สุณี สุวรรณพสุ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญามภรณ์ มุลศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โททกานนท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญามภรณ์ มุลศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

สุณี สุวรรณพสุ : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. (RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, SOCIAL SUPPORT, AND ADAPTATION OF ELDERLY WITH KNEE OSTEOARTHRITIS) อ. ที่ปรึกษา : ผ.ศ. ดร. พิชญารักษ์ มุลศิลป์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 126 หน้า. ISBN 974-03-1673-5.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 , .94 และ.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.81$)
2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.15$)
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.37$)
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.498, p<.05$)
5. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.685, p<.05$)
6. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 52.2 ($R^2=.522$) สร้างสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม = .578 แรงสนับสนุนทางสังคม -.253 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา	2544	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
		ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4377638636: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: UNCERTAINTY IN ILLNESS / SOCIAL SUPPORT / ADAPTATION

SUNEE SUWANPASU: RELATIONSHIPS BETWEEN UNCERTAINTY IN ILLNESS, SOCIAL SUPPORT, AND ADAPTATION OF ELDERLY WITH KNEE OSTEOARTHRITIS. THESIS ADVISOR: ASSIST. PROF. PICHAYAPORN MOOLSIPA, Ph. D, THESIS COADVISOR : CHANOKPORN JITPANPA, Ph.D.: 126 pp. ISBN 974-03-1673-5

The purposes of this research were to study the relationships between uncertainty in illness, social support and adaptation. Subjects were 150 elderly with osteoarthritis at King Chulalongkorn Memorial Hospital selected by simple random sampling technique. Data were collected using instruments: uncertainty in illness scale, social support questionnaires, and adaptation questionnaire. The questionnaires were tested for content validity by panel of experts. Alpha Cronbach coefficients were .85, .94, and .91, respectively. The data were analyzed using Pearson ' s product moment correlation and stepwise multiple regression at the significant level of .05.

The major findings were as follows:

1. The adaptation of elderly with osteoarthritis was at a moderate level. ($\bar{X}=2.81$)
2. The social support of elderly with osteoarthritis was at a moderate level. ($\bar{X}=2.15$)
3. The uncertainty in illness of elderly with osteoarthritis was at a moderate level. ($\bar{X}=2.37$)
4. The relationship between uncertainty in illness and adaptation was negatively significant ($r=-.498$, $p<.05$).
5. The relationship between social support and adaptation was positively significant ($r=.685$, $p<.05$).
6. Uncertainty in illness and social support were the variables that significantly predicted adaptation at the level of .05. These predictive power was at 52.2 % (R^2) of the variance. Adaptation of elderly with osteoarthritis = .578 social support - .253 uncertainty in illness.

Student ' s signature.....

Field of study Nursing Science

Advisor ' s Signature.....

Academic 2001

Co-advisor ' s Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญามภรณ์ มุลศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ซึ่งได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม โททกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรม สั่งสอนด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนเพื่ออุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านดังรายนามในภาคผนวก ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณท่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย หัวหน้าหอผู้ป่วย ภ.ป.ร ชั้น 5 เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วย กระดูกและข้อ และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัว และผู้ร่วมงานทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญยิ่ง ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สุณี สุวรรณพสุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย		ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		จ
กิตติกรรมประกาศ		ฉ
สารบัญ		ช
สารบัญตาราง		ฉ
บทที่		
1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
	แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
	ขอบเขตการวิจัย	8
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ	12
	แนวคิดการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	23
	แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม	26
	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	32
	ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล	33
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	46
3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
	การสร้างเครื่องมือ	51
	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	57
	การวิเคราะห์ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	60
5 สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	85
อภิปรายผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะ.....	95
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	106
ภาคผนวก ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	108
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย	114
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	126

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราสาร

ตารางที่		หน้า
1.	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม (N=150).....	56
2.	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย	61
3.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายด้าน	62
4.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	63
5.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการรักษาของ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ.....	65
6.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยไม่สอดคล้อง กับข้อมูลที่เคยได้รับของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	66
7.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์ โรคของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ.....	67
8.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายด้าน	68
9.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้าน การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ	69
10.	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้าน การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ตามรายข้อ	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	71
12. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	72
13. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	74
14. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายด้าน	75
15. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	76
16. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	78
17. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตามรายข้อ	79
18. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	80
19. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	81
20. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	82
21. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22.	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.....	83



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติทำให้คนในโลกนี้มีอายุยืนยาวมากขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และจะยิ่งยืนมากขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ.2539 พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ.2507-2539 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 69.97 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 74.99 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2563 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 72.2 ปี ผู้หญิงเป็น 76.5 ปี (อ้างถึงใน การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 2541:105) ร่วมกับมีการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการเกิดลดลง ดังนั้นคนอายุเกิน 60 ปี จึงมากขึ้นเรื่อยๆ การทำให้ผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นนี้อยู่ได้อย่างมีความสุขคงไว้ซึ่งภาวะปราศจากการพึ่งพา และไม่เกิดความถดถอยของความมั่นใจในตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชน พ.ศ. 2539-2540 ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ความชุกของโรคเรื้อรังของประชากรอายุ 60 ปี พบว่าอาการปวดเข่าหรือเข่าอักเสบจากอัตราโรคเรื้อรังทั้งหมด ตามทุกช่วงอายุมาเป็นอันดับหนึ่ง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542 :41-45) และผลการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันพบว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมากที่สุด คือ ปัญหาการเคลื่อนไหวและการเดิน (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543 :19) ในปี ค.ศ. 1990 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบโรคข้อเสื่อมเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมดประมาณ 37.9 ล้านคน และมีแนวโน้มที่เพิ่มถึงร้อยละ 18.6หรือประมาณ 59.4 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (Altizer,1998 :480) ในประเทศไทยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบมากที่สุดในเวชปฏิบัติ (อานนท์ พงศ์ธรรกุลพานิช, 2542 :36) และพบโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23.67 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542:38)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ซ่อนเร้นเนื่องจากโรคไม่ได้ทำอันตรายถึงชีวิตแต่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไปทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (อุทิศ ดีสมโชค ,2536 :4) ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่ง ความพิการ ความเรื้อรัง และความทุกข์ทรมานจากความปวด ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมของตนเอง ปรับเปลี่ยนบทบาทและกิจกรรมเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับขีดจำกัดของข้อเข่าและอาการปวด ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต (ปราณี

กาญจนวรวงศ์ ,2539:82 ; สุภาพ เอื้ออารี , 2540:63) และบางรายจะหยุดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ทำให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งข้อมีลักษณะผิดรูป เช่น ขาคงอ โกง และโปงนูน ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม มองตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ(Kee,1998:19-26;นาวิรัตน์ จิตรมนตรี,2533:74; ยุพิน โกรินทร์ และคณะ, 2538:30-41) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยและความต้องการของร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมแตกต่างจากประชากรวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆได้ง่าย (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ, 2536:93-95)และมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและปัญหาทางจิตสังคม(ณัฐนาฏ ไชยศิริ และ จินตนา ยูนิพันธ์, 2535:77) ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคงไว้ซึ่งการปราศจากภาวะพึ่งพาและคุณภาพชีวิตได้

บุคคลที่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะสามารถคงไว้ซึ่งภาวะปราศจากการพึ่งพา ดำรงบทบาทของตนเองและมีความพึงพอใจ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างเหมาะสมต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อสนองตอบความต้องการของร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2542:35) โดยอาศัยองค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และการใช้กลไกการปรับตัวตามที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์มาช่วยให้สามารถปรับตัวได้ (Aquiler and Messick, 1982:63-64) ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะเป็นผู้ที่สุขภาพจิตดีและมีอารมณ์และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัยและสถานะของตน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542:43) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะได้รับการดูแลรักษา และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทำให้พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมคงที่หรือดีขึ้น (อุทิศ ดีสมโชค, 2534:201; Lambert, 1991:5) การปรับตัวจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่จะสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยที่การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Pollock et al., 1990 :300) บุคคลจะพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเองให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมนั้นได้ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536:3) ทั้งนี้เพราะสุขภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จก็จะมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็จะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย (Goosen and Bush, 1979:52)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนบุคคลจะระดมปัจจัยจาก

แหล่งต่างๆที่มีอยู่มาใช้ในการปรับให้เข้ากับสถานการณ์นั้น (White and Frasure-Smith, 1995:20) จากลักษณะอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม อาการปวดจะสงบหรือกำเริบเป็นช่วงๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆขึ้นอยู่กับอาการ ไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างแน่ชัด พยาธิสภาพของโรคจะเลวลงเรื่อยๆ การรักษามีทั้งการรักษาด้วยยา การทำกายภาพ และการผ่าตัดซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเข่าโดยใช้กล้องส่องข้อ (Arthroscopic Surgery) การผ่าตัดเปลี่ยนจุดรับน้ำหนัก (Corrective Osteotomy) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Joint Replacement) การที่ไม่สามารถหาคำตอบเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรคและไม่สามารถทำนายผลของการเจ็บป่วยที่กระทบต่อการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรับรู้ภาวะชราส่งผลให้เกิดความถดถอยของความมั่นใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) ซึ่งเป็นลักษณะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระยะยาวที่เกิดจากการไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และบุคคลต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990:257) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย และติดตามไปตลอด (Mishel and Braden, 1987 :43-57) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเผชิญปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งผลของความรู้สึกไม่แน่นอนจะขัดขวางการใช้สติปัญญา และการแสดงออก (Mishel, 1984 :163-171; Christman, 1990 :17-20) สูญเสียการรับรู้ความหมายในเหตุการณ์ประจำวัน (Mishel, 1990:259) ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย (Lambert, 1991:7) ความสามารถควบคุมสถานการณ์ของบุคคลจะลดลง (Mishel and Sorenson, 1991:167) ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ (Braden, 1990:42) ในขณะที่การปรับตัวตามแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1990:253) เป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากการเผชิญปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอน โดยที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งด้านกาย จิต สังคม ในขณะที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลให้เกิดความสับสนในระบบนำไปสู่ความไม่สมดุล ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรัก สนใจ ยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Cobb, 1976 :300 ; Hubbard, Muhlenkemp and Brown, 1984:268 ; Muhlenkemp and Sayles, 1986:338-344) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดๆเกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาต่อร่างกายโดยตรง (Callaghan and Morrissey, 1992:205) บุคคลจะสามารถรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มองเห็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค (Lazarus and Flokman,

1984:151-152; Mishel, 1990:260) ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการปรับตัวที่เหมาะสม (Caldwell, 1970 cited in Bloom, 1982:1331) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาท ในการลด ปัญหาการปรับตัวเนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม พบทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจในการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หากว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ทำให้สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อพิจารณาในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราและการเจ็บป่วย โดยลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม และให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่คงอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ไม่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับตัวที่ดี โดยให้การบริการรักษาสุขภาพที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจระหว่างผู้สูงอายุและทีมสุขภาพ รวมทั้งการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถปรับตัวเพื่อที่จะดำรงชีวิตร่วมกับการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเลือกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นหน่วยประชากรในการวิจัย เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2457 ให้บริการรักษาพยาบาลแก่บุคคลทุกระดับโดยไม่หวังผลกำไร เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีจำนวนเตียง 1491 เตียง มีผู้ป่วยนอกมารับบริการในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 1,180,353 ราย เป็นผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 40,658 ราย เป็นผู้ป่วยเก่าจำนวน 24,178 ราย ผู้ป่วยใหม่จำนวน 16,480 ราย โดยมีผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มารับบริการเฉลี่ยเดือนละ 3,388 ราย (สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2543) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดทั่วประเทศ ดังนั้นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่มีประชากรที่หลากหลายสามารถเป็นตัวแทนประชากรทั้งหมดได้ (อิวัชชัย วรพงศธร, 2540:185)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
6. ศึกษาอำนาจในการพยากรณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ปัญหาการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างไร
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างไร
3. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างไร
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่อย่างไร
5. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่อย่างไร
6. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

มิเชลอธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ เนื่องจาก ขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำหรือโรคกำเริบมากขึ้น (Christman,

1990: 17-20; Mishel, 1981: 258-263, 1988: 225-232, 1990:256-262) ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งจนเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ด้าน

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity)
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity)
3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency)
4. ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability)

โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถเข้าสู่ระบบภายในบุคคล (Mishel, 1990:256) สามารถขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก (Mishel, 1984:163-171) ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย (Lambert, 1991: 7) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้สามารถขัดขวางการสร้างสมดุล (Mishel, 1990:257) ส่งผลต่อการปรับตัว (Mishel, 1990:256)

จากกรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัวตามแนวคิดของมิเชล เป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมภายในบุคคล เป็นขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลภายหลังจากเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990:257) ส่งผลให้เกิดการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม (Mishel, 1988:229) ซึ่งการปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ โดยมีเชลกล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (Mishel, 1990:259) หรือเมื่อต้องเผชิญกับข้อเรียกร้อง หรือแรงผลักดันจากทั้งภายในและภายนอกส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบ นำไปสู่การปรับตัว โดยการปรับตัวนี้มีความแตกต่างในแต่ละบุคคล (Mishel, 1990:257) โดยสามารถมองการปรับตัวใน 3 ด้าน (Lazarus and Folkman, 1984:181-225)

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความลังเลไม่แน่ใจและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2. ขวัญและกำลังใจ (Moral) เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลระยะสั้น โดยที่อารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ในชีวิต หากบุคคลมีความพึงพอใจ

ในผลของการเผชิญปัญหาและบรรลุมิติวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ โดยที่ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือเป็นไปได้ในชีวิต

3. ภาวะสุขภาพ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด ซึ่งเซเย่ (Selye, 1976 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2534:114) ชี้ให้เห็นถึงมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้ โดยความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้นซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไปหากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจโดยที่

3.1 สุขภาพกาย เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการคันกระดูกของกล้ามเนื้อ ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียด ท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ หรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายนอนไม่หลับ ผื่นร้าย หงุดหงิด โกรธง่าย

3.2 พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมถดถอย แยกตัวเองเฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน

3.3 การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ซึ่ใจฉฉา ต่ำหนิผู้อื่นกลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สติความจำหรือสมาธิเสียไป

3.4 กระบวนทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้

3.5 การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง

3.6 การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำๆ คำพูดอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการพูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป

3.7 การใช้กลไกการป้องกันตัวโดยไม่รู้สึกรู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น

ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล (Collaghan and Morrissey, 1992: 226) โดยการช่วยแปลความหมายของเหตุการณ์และช่วยในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวญาติ และบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Mishel, 1988:288) ส่งผลในการขยายขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคลมีผลต่อความสามารถในการปรับตัว (Mishel,

1990:257) ทำให้บุคคลมองเห็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค นำมาสู่ความสมดุล และส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mishel, 1990:260)

จากแนวคิดข้างต้นความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยเนื่องจากลักษณะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคจะสงบหรือกำเริบเป็นช่วงๆ ไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุล ในขณะที่ความรู้สึกไม่แน่นอนสามารถขัดขวางการรักษาความสมดุล (Mishel, 1990:257) ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตปกติ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุมองตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม (Kee, 1988:19-26; ยุกิน โกรินทร์ และคณะ, 2538:30-41) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยส่งเสริมหรือขยายขอบเขตจำกัดของบุคคล และส่งผลทางอ้อมในการปรับเปลี่ยนมุมมองของความจริงในชีวิตในการยึดมั่นกับความแน่นอน และความสามารถคาดการณ์ได้อย่างแน่นอน ซึ่งเป็นไปไม่ได้ในการเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาการอาจกลับมีความรุนแรง และการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดไม่ได้เหมาะกับทุกสถานการณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นจึงสามารถมีผลต่อการปรับตัวได้เท่านั้น

จากแนวคิดทั้งหมดผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปรับตัวในผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่มีปัญหาการฟัง การพูด โดยฟังได้ดี พูดเข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคข้อเสื่อมด้วยการผ่าตัด โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกกระดูกและข้อ ตึก ภ.ป.ร. 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ

2.1.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

2.2 ตัวแปรตาม คือ การปรับตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยสูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ระยะเวลาและผลที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรค ซึ่งวัดเป็นรายด้าน 4 ด้านคือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน ไม่ทราบสาเหตุของอาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษานั้นๆ เนื่องจากขาดประสบการณ์และข้อมูลที่เหมาะสม

2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินว่าขั้นตอน วิธีการรักษา และการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานาน และใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษาตลอดถึงระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการ ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษา การดูแลซับซ้อนจะช่วยให้ตนเองหายได้

3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่ได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่เคยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นได้

4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาได้ เนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

วัดโดยแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1997)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ตลอดจนการช่วยฟื้นฟูแรงต่างๆ
3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน
4. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
5. การตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและให้โอกาสปรับปรุงตน

วัดโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530)

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาทั้งกาย จิต สังคม ซึ่งเป็นผลจากการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยประเมินจากผลลัพธ์การปรับตัวทั้ง 3 ด้านคือ

1. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถที่แสดงออกในการกระทำ เพื่อดำรงบทบาท และความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคม ที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้กระทำ และรู้สึกถึงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังในบทบาทของตน และบทบาทของตนเองที่มีต่อครอบครัวและสังคม พร้อมกับการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านขวัญและกำลังใจ หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่เกิดเนื่องจากความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง และสถานการณ์ในชีวิต มีความพึงพอใจในการกระทำของตนเอง และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
3. ด้านภาวะสุขภาพ หมายถึง การตอบสนองพื้นฐานทางด้านร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย

วัดโดยแบบวัดการปรับตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของลาซารัสและโฟคแมน (Lazarus and Folkman, 1984:181-225)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในการที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยนำความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากการวิจัยมาเป็นแนวทางการประเมินและปรับปรุงการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย
2. เป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุนความรู้ และพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุข้อเขาเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัยเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
3. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
5. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว

โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนภายในผิวของข้อเข่า และสึกกร่อนบางลงจนเหลือแต่กระดูกที่อยู่ใต้ชั้นผิวข้อ (สมชาย อรรถศิลป์ และ อุทิศ ดีสมโชค, 2541:272) ส่วนใหญ่โรคนี้มักเกิดควบคู่ไปกับการเพิ่มขึ้นของอายุตามกระบวนการสูงอายุ (Felson et al., 1997:728) โดยทั่วไปโรคข้อเข่าเสื่อมพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี และร้อยละ 70-85 พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Lee, 1993:31) แต่จากการศึกษาพบว่ากระดูกอ่อนในข้อของผู้ป่วยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากกระดูกอ่อนของวัยหนุ่มสาว ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยชรานี้มีลักษณะไม่เหมือนกับกระดูกอ่อนของผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเสื่อม (Altizer, 1998:484) เห็นได้ว่าบุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นแล้วกระดูกอ่อนจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของโรคข้อเสื่อมทุกราย (Felson et al., 1997:732) ดังนั้นวัยชราอย่างเดียวไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดโรคข้อเสื่อม แต่การที่เป็นโรคนี้มักเกิดในคนสูงอายุอาจเป็นเพราะกระดูกอ่อนของคนสูงอายุมิมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อมได้ง่าย หรืออาจมีสาเหตุจากการเกิดอันตรายต่อเซลล์กระดูกอ่อนตั้งแต่อายุยังน้อยแต่การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆจนมาปรากฏอาการในวัยสูงอายุ

ข้อเข่าเป็นข้อที่ถูกใช้งานมานานและต้องรับน้ำหนักมากที่สุดถึง 3 ส่วนของร่างกายในขณะที่เดินปกติและขณะที่ขึ้นลงบันไดน้ำหนักที่ผ่านเข้าประมาณ 4-5 เท่าของน้ำหนักตัว (Moskowitz et al., 1992 cited in Altizer, 1998:514) มอริสัน (Morrison อ้างถึงใน เจริญ โชติกวนิชย์ , 2526:130) ได้คำนวณไว้ว่า ขณะขึ้นลงบันไดจะมีแรงปฏิกิริยาเกิดขึ้น 3.03 เท่าของน้ำหนักตัว เฉพาะขึ้นบันไดเกิดแรงปฏิกิริยา 4.25 เท่า และลงบันไดเกิดแรงปฏิกิริยา 3.83 เท่าของน้ำหนักตัว เห็นได้ว่าข้อเข่าต้องรับน้ำหนักของร่างกายเกือบทั้งหมดในขณะที่ยืน เดิน วิ่ง หรือกระโดด นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักจะมีน้ำหนักตัวมากเกินไป และขาดการออกกำลังกาย ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาลดลง รวมทั้งวัฒนธรรมและประเพณีของคนไทยที่นิยมนั่งกับพื้น เช่น นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งคุกเข่า ทำให้เอ็นข้อเข่าถูกยืดเต็มที่ ข้อเข่าที่ถูกพับมากเป็นเวลานานทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงข้อเข่าไม่ดี ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อขาดอาหาร เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ, 2536:250)

การจำแนกโรคข้อเสื่อม

1. โรคข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) คือ ข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีสาเหตุเด่นชัด มักพบในคนสูงอายุซึ่งอาจจะเป็นจำเพาะแห่ง (Localized) หรือเป็นทั่วไป (Generalized) มากกว่า 3 ข้อขึ้นไป

1.1 ข้อเข่ามีลักษณะโก่งออกนอก(Genu varum)หรือโก่งเข้าใน(Genu vagus) ซึ่งทำให้เกิดแรงกดมากทางด้านตรงข้ามกับที่โค้งหรือโก่งออก

1.2 น้ำหนักตัวเชื่อว่าเมื่อน้ำหนักตัวมากจะทำให้ความเข้มข้นของความเครียดที่มีต่อผิวกระดูกมากขึ้นประกอบกับความผิดปกติของข้อเข่าที่มีอยู่ก่อนแล้วจึงทำให้เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนมากขึ้นได้ง่าย

1.3 อายุ เมื่ออายุมากขึ้น ความเสื่อมต่างๆของเอ็นกล้ามเนื้อที่ยึดจับกระดูกจะเสื่อมคุณสมบัติ เอ็นซึ่งเคยมีความเหนียวแน่น ยืดหยุ่น จะหย่อน เกิดการหลวมของข้อและทำให้เกิด instability ของข้อได้

1.4 อากัปกริยาที่ทำบ่อยๆ เช่น นั่งยองๆ ขึ้นลงบันได จะทำให้ผิวกระดูกถูกเสียดสีและแตกสลายได้ง่าย

2. โรคข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) คือข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ เช่น ภัยอันตราย ความผิดปกติของกระดูกและข้อแต่กำเนิด โรคทางด้านต่อมไร้ท่อ หรือโรคข้อชนิดอื่นๆ เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้ออักเสบติดเชื้อ ซึ่งภาวะหรือโรคเหล่านี้จะทำให้เกิดข้อเสื่อมตามมา

2.1 การเสื่อมของmeniscusซึ่งอาจเริ่มต้นจากการขาดอาหารหรือการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีตามวัย จะทำให้มีการฉีกขาดของ meniscus และเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ของข้อเข่านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของกระดูกอ่อนผิวข้อ

2.2 การผ่าตัดเอา meniscus ออก มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอา meniscus ออกมักเกิดเป็นโรคข้อเสื่อมอักเสบได้มากกว่าปกติ

2.3 กระดูกหักผ่านข้อ และไม่ได้รับการรักษาจัดกระดูกเข้าที่ดังเดิม

2.4 กระดูก Femur หรือ Tibia หัก และติดผิดที่ใกล้ๆกับข้อ คือบริเวณ metaphysis จะทำให้เกิดความเครียดในแนวเป็นมุม (Angular stress) อันจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมของผิวข้อ

2.5 การติดเชื้อ ภายหลังเกิดการติดเชื้อภายในข้อเข่า อาจเป็นวัณโรคกระดูกหรือจุลินทรีย์ชนิดอื่นๆจะมีการทำลายของผิวข้อ เมื่อหายแล้วเกิดการซ่อมแซมผิวกระดูกอ่อนที่ไม่สมบูรณ์ ก็จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมอักเสบได้ง่าย

2.6 การฉีดยาประเภทสเตอรอยด์เข้าข้อ ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเสื่อมอักเสบ หรือข้ออักเสบจากสาเหตุใดก็ตาม เมื่อได้รับการฉีดยาประเภท Steroid เข้าไปในข้อ โดยหวังว่ายานี้จะช่วยรักษา แต่ตรงกันข้าม สเตอรอยด์จะทำลายผิวกระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น จะมีการอักเสบและเกิดการเสื่อมเพิ่มขึ้น

โรคข้อเสื่อมที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเป็นข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Davis,1994:196) ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรค แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอโมน โดยพบมากในเพศหญิง(18%) มากกว่าเพศชาย(11.7%)(U.S. Department of Health and Human Services ,1993 cited in Altizer,1998:514) เหตุส่งเสริมที่ทำให้ข้อเสื่อมสภาพเร็วขึ้นเนื่องจากมีความเคยชินกับการใช้ข้อเข่าในท่าพับงอจนเต็มที่ เช่น ในการนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ การเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ ,2536:250) การที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุหนึ่งส่งเสริมให้โรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรงเมื่ออายุมากขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

1. อายุ โดยทั่วไปมักพบในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 40 ขึ้นไป (สมชาย อรรถศิลป์ และ อุทิศ ดีสมโชค, 2541:273) และร้อยละ 70-85 พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Felson et al.,1997:728)

2. เพศ พบว่าในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี เพศหญิงจะเป็นโรคข้อเสื่อม และมีความรุนแรงของโรคได้มากกว่าเพศชายถึง 1.5-4 เท่า (Jones et al., 2000:2543) สาเหตุเนื่องมาจากผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าจึงทำให้มีแรงกดลงบนกระดูกอ่อนผิวข้อมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอก

จากนั้นการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นตัวป้องกันความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อในผู้หญิงสูงอายุส่งผลให้การเสื่อมมีความรุนแรงมากขึ้น (Felson and Zhang, 1988:1346)

3. อาชีพ แม้ว่ายังไม่มีหลักฐานที่แน่นอนเกี่ยวกับอาชีพที่ทำให้มีการลงน้ำหนักบริเวณข้อมากและเป็นเวลานาน จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าอาชีพอื่นๆ เช่นต้องแบกหรือยกของหนัก อาชีพที่ต้องนั่งยองๆ (Squatting) (Felson and Zhang, 1998:1348) เป็นต้น นอกจากนั้นวัฒนธรรมและประเพณีของคนไทยซึ่งนิยมการนั่งพับเพียบกับพื้น นั่งยองๆ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิรวมทั้งคนไทยนิยมไปทำบุญที่วัดหรือนั่งฟังเทศน์ซึ่งต้องนั่งกับพื้นนานๆ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ, 2536:250) ข้อเข่าเกิดการพังอ และเกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการขาดเลือดและมีอาหารไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าเกิดขึ้นเร็วกว่าปกติ

4. ความอ้วน เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่รองรับน้ำหนักมากกว่าน้ำหนักตัวได้ถึงถึง 3-8 เท่า มีความเครียดหรือแรงกดทับต่อผิวข้อได้มากถึง 200-800 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ลักษณะของข้อที่เกิดจากปลายกระดูก 2 ชิ้น มาประกบกันเป็นข้อ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหุ้มอยู่โดยรอบ ทำให้ข้อเข่าเกิดความไม่มั่นคงและก่อให้เกิดความเครียดในแนวมุม (Angular stress) ได้ง่าย โดยที่น้ำหนักหรือแรงที่ผ่านมายังข้อเข่า เป็นผลรวมของ 3 แรง คือน้ำหนักตัว แรงจากการหดตัวของกล้ามเนื้อรอบเข่า และแรงที่เกิดจากอัตราการเร่งในการเดินหรือการวิ่ง ความอ้วนและน้ำหนักตัวจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะผู้หญิงซึ่งเชื่อว่าการที่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแรงที่กระทำต่อข้อเข่าเพิ่มขึ้นและคนที่มือน้ำหนักตัวมากขึ้นเมื่ออายุ 20 ปี มีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนปกติถึง 3.5 เท่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมจะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 15.6 และอาจทำให้เกิดข้อสะโพกและข้อมือเสื่อมตามมาได้ (Felson and Zhang, 1998:1349)

โครงสร้างข้อเข่า (Knee Structure)

ข้อเข่าเป็นข้อที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้นมาบรรจบกัน คือ กระดูกต้นขา (Femur) กระดูกปลายขาท่อนใหญ่ (Tibia) และกระดูกสะบ้า (Patella) การเคลื่อนไหวของข้อเข่าเป็นแบบบานพับที่ค่อนข้างซับซ้อน เพราะขณะเหยียดหรืองอข้อเข่าจะมีการหมุนของกระดูกขาาร่วมด้วย ส่วนประกอบข้อเข่าและหน้าที่ (เจริญ โชติกวณิชย์ ,2526:129-130; Byank and Martin, 1991 : 837-883) มีดังนี้ คือ

1. ส่วนที่รับน้ำหนักและแรงกดในข้อเข่า มี 3 ส่วน คือ

1.1 Lateral และ Medial Tibiofemoral Articulations

1.2 Patellofemoral Articulation

1.3 Lateral และ Medial Menisci

2. กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เคลื่อนไหวข้อเข่าและทำให้ข้อเข่าแข็งแรง

2.1 กล้ามเนื้อทำหน้าที่เหยียดข้อเข่าคือ กล้ามเนื้อต้นขาหรือกล้ามเนื้อควอท ไตรเซ็ปส์ เป็นกล้ามเนื้อที่สำคัญที่สุดสำหรับข้อเข่า และใหญ่ที่สุดของร่างกาย อยู่ด้านหน้าของต้นขา ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 4 มัด คือ Rectus Femoris, Vastus Lateralis, Vastus Medialis และ Vastus Intermedius กล้ามเนื้อทั้ง 4 มัดนี้รวมกันเป็นเอ็นเรียก Quadriceps Tendon ไปเกาะที่ปุ่มกระดูก Tibia (Tibial Tubercle)

2.2 กล้ามเนื้อทำหน้าที่งอข้อเข่า คือ กล้ามเนื้อ Hamstring และ Gastrocnemius หรือกล้ามเนื้อน่อง

3. เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อกระดูก (Tendons and Ligaments) ที่ช่วยยึดด้านนอกของข้อเข่าให้มั่นคง ประกอบด้วย

3.1 Patella Tendon

3.2 Fibular (Lateral) Collateral Ligament

3.3 Tibial (Medial) Collateral Ligament

4. เอ็นยึดกระดูกภายในข้อเข่า ที่ยึดข้อเข่าให้มั่นคง ประกอบด้วยเอ็นยึดกระดูก 2 เส้นไขว้กัน คือ

4.1 Anterior Cruciate Ligament ยึดกระดูก Tibia ไม่ให้หลุดไปข้างหน้า

4.2 Posterior Cruciate Ligament ยึดกระดูก Tibia ไม่ให้หลุดไปข้างหลัง

โครงสร้างของ Synovial Joint

Synovial Joint ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ภายในข้อ (อุทิศ ดิสมิทซ์, 2537 : 21- 28) ดังนี้คือ

1. หัวกระดูกส่วนปลาย (Bony Articular End Plate) ยึดติดกับกระดูกอ่อนผิวข้อที่หัวกระดูกส่วนปลายนี้จะมี เส้นประสาท หลอดเลือด และหลอดน้ำเหลืองมาเลี้ยงอย่างสมบูรณ์

2. กระดูกอ่อนผิวข้อ ส่วนใหญ่เป็น Hyaline Cartilage มีสีขาวมันเรียบด้านหนึ่งติดต่อกับหัวกระดูกส่วนปลาย อีกด้านหนึ่งยึดกับ Menisci กระดูกอ่อนผิวข้อเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวได้ดี และเป็นส่วนรับน้ำหนักและถ่ายน้ำหนักไปยังกระดูกใต้ข้อต่อ(Subchondrol Bone) โดยมีเซลล์คอนโดโรไซต์ (cell Chondrocyte) ทำหน้าที่สร้างสารหลายอย่าง เช่น คอลลาเจน และโปรทีโอไกลัยแคน ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อทนต่อแรงกดได้ดี ที่กระดูกอ่อนผิวข้อไม่มีเส้นประสาทมา

เลี้ยง ดังนั้นเมื่อเกิดความเสื่อมในระยะแรกจึงไม่มีอาการปวด นอกจากนี้ยังไม่มีหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองดังนั้นจึงไม่มียาตัวใดที่จะมารักษาความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อได้ จึงเป็นการเสื่อมอย่างถาวร (อุทิศ ตีสุมโชค 2534:201)

3. ช่องข้อ (Joint Space)

4. เยื่อหุ้มข้อ (Joint Capsule) ยึดติดแน่นระหว่างเยื่อหุ้มกระดูก ทำหน้าที่ป้องกันการเคลื่อนไหวของข้อไม่ให้มากเกินไป และสร้างความมั่นคงให้ข้อ

5. เยื่อบุด้านในเยื่อหุ้มข้อโดยไม่บุกระดูกอ่อนผิวข้อ (Synovium) เป็นเยื่อที่ทำหน้าที่สร้างน้ำไขข้อ (Synovial Fluid) ซึ่งเป็นแหล่งอาหารของกระดูกอ่อนผิวข้อและทำหน้าที่หล่อลื่นข้อและเสริมข้อให้มั่นคง

พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

โดยเหตุที่ข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมากตลอดเวลาที่เดินหรือยืน โดยเฉพาะผู้ที่ชอบนั่งยองๆ ปกติผิวข้อจะมีความทนต่อความเครียดได้ประมาณ 200-800 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ผลของการที่เกิดแรงปฏิกิริยามากๆจะทำให้ผิวกระดูกอ่อนมีการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกกระดูกอ่อนผิวข้อจะหนาตัวกว่าปกติ ต่อมาเมื่อพยาธิสภาพยังคงดำเนินต่อไป กระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลง และมีรอยแตกเป็นร่องๆ (Fibrillation) ทำให้พื้นผิวไม่เรียบ บางครั้งจะมีเศษของกระดูกอ่อนผิวข้อหลุดเข้าไปในน้ำไขข้อ (Loose Bodies) ทำให้เพิ่มแรงดันภายในข้อ และ Synovium อักเสบได้ บริเวณขอบของข้อที่เป็นกระดูกอ่อนชนิด Fibrous (Fibrocartilage) จะมีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ได้ (Osteophyte) ทำให้เห็นแสงทึบในภาพถ่ายรังสีมากขึ้นเป็นกระดูกงอกยื่นออกมา กระดูกนี้ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม รอยแตกของกระดูกอ่อนผิวข้อบางส่วนจะลึกลงไปถึงกระดูกใต้ผิวข้อ ทำให้มีการแตกหักของกระดูกนี้เป็นชิ้นเล็กๆภายใน และเห็นเป็นลักษณะถุงน้ำ (Supchondral Bone Cyst) พยาธิสภาพที่เกิดมากขึ้นเพียงไร ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงในความพิการของข้อมากเพียงนั้น มีผลต่อความเจ็บปวดและหน้าที่ของข้อเข่า (เจริญ โชติภวณิชย์, 2526:538; Brandt, 1994:1694; Goldring, M.B., 2000:1917) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ความมั่นคงของข้อเข่าเสียไป ข้อเข่าอาจผิดรูปหรือมีการอักเสบบวม ซึ่งจะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่มีอยู่ตามเยื่อข้อ เยื่อหุ้มข้อหรือเอ็นยึดข้อต่างๆ ทำให้เกิดความเจ็บปวด บุคคลจะปรับตัวโดยการลดการใช้ข้อส่วนนั้น ทำให้กล้ามเนื้อขาดการเคลื่อนไหว เกิดการหดรั้งและข้อเข่าเหยียดตรงไม่ได้มีผลทำให้การเดินผิดปกติไป (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ, 2536:252) ความเสื่อมของข้อเข่ามักค่อยๆเป็นค่อยไปมาเป็นเวลานาน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการเพียงเล็กน้อย มักเป็นอาการขัดยอกในข้อเข่า มีอาการลุกนั่งจากท่านั่งพับเพียบได้ยาก มักต้องใช้มือทำหรือโหนตัวลุกขึ้น ต่อมากล้ามเนื้อต้นขาจะ

คู่มือเล่มเมื่อเทียบกับลำตัวและรู้สึกว้าว้าไม่มีกำลังบางครั้งจะปวดเมื่อยขึ้นมาตามต้นขาจนเกือบถึง สะโพกหรืออาจเจ็บได้ข้อพับ (พงษ์ศักดิ์ และคณะ, 2534:99)

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการ (อุทิศ ดีสมโชค , 2534:1965; ธีรย์ สุภัทรพันธ์, 2535 :249-251; Brandt , 1994:1694)

1. อาการปวดเข่า ตามระยะเวลาการดำเนินของโรค มีอาการปวดเฉพาะบริเวณข้อเข่า ปวดแบบลึก ๆ ปวดมากขึ้นเมื่อใช้ข้อ อาการทุเลาลงหรือหายปวดเมื่อหยุดพักในรายที่มีพยาธิสภาพมากแล้ว อาการปวดจะคงอยู่ตลอดเวลาถึงแม้จะพักอยู่เฉย ๆ
2. อาการตึงในข้อหรือข้อติด (Stiffness) หลังจากการพักข้ออยู่นาน ๆ เช่นหลังจากการนั่งพักข้อหรือหลังตื่นนอนเช้า แต่จะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 3-4 นาที เมื่อเริ่มขยับข้อได้ อาการก็จะหายไป
3. มีเสียงดังในข้อ (Crepitus) เมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อ จะเกิดการเสียดสีกันของผิวข้อที่ไม่เรียบ
4. มีกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อลีบ (Wasting) จากการไม่ใช้ข้อนั้น หรือมีการขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ
5. มีการหลวมคลอนและผิดรูปของข้อ (Subluxation and Joint Deformity) ในระยะสุดท้าย

การรักษา โรคข้อเข่าเสื่อม

แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากไม่มีวิธีการรักษาใดที่สามารถยับยั้งกระบวนการเสื่อมของข้อเข่าที่เกิดขึ้นได้ (Warshaw and Murahy, 1995:195, สมชาย อรรถศิลป์ และ อุทิศ ดีสมโชค, 2541:276-277) วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีดังนี้

1. การปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม 3 ด้าน

1.1 การหลีกเลี่ยงท่าทางที่เพิ่มแรงกดเข่า ได้แก่ การเดินมาก ๆ หรือยืนนาน ๆ ในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมาก การขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ การยกของหนัก ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้มีการงอเข่ามาก ๆ เพราะกิจกรรมเหล่านี้ทำให้กระดูกอ่อนหุ้มข้อถูกทำลายเพิ่มมากขึ้นความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นโอกาสเกิดการกลับซ้ำของโรคได้ (เจริญ โชติกวณิชย์, 2526:142)

1.2 การลดน้ำหนัก การควบคุมน้ำหนักตัวเป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราต่อการเกิดโรคข้อได้ (Felson, 1996:4315) เนื่องจากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 ปอนด์ จะทำให้เกิดแรงกระทำต่อข้อเข้าในขณะยืนเพิ่มขึ้นเป็น 40 ปอนด์ (Felson et al, 1997: 730) ดังนั้นการลดน้ำหนักจะสามารถทำให้อาการข้อเข้าอีกเสบดีขึ้น

1.3 การบริหารการออกกำลังกาย เป็นการรักษาที่สำคัญและควรทำตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค (Warshaw and Murphy, 1995:194)โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรง เล็ก ปริวิสุทธิ (2535:347) กล่าวว่า การบริหารเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่ถูกต้องเป็นหัวใจหรือแกนกลางของความสำเร็จในการรักษาโรคข้อเข้าเสื่อม เมื่อกล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงขนาดของการใช้ยาแก้ปวดจะลดลงไปพร้อมกับการเพิ่มการบริหารเพื่อให้อาการข้อเข้าแข็งแรงขึ้นอีก จนกระทั่งไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวด นอกจากนี้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้ข้อเข้าเสื่อมมากขึ้น เช่น การนั่งพับเพียบ ชัดสมาธิ คุกเข่า คลาน การนั่งยอง ๆ เป็นต้น จะช่วยลดความเสี่ยงของข้อเข้า

2. การใช้ยา การใช้ยาระงับอาการปวดซึ่งเป็นยารับประทานใช้ในรายที่มีอาการปวดข้อเข้าเป็นอย่างมากหรือเป็นเฉียบพลัน เพราะผู้ที่มีอาการปวดไม่นานนักจะหายเองได้ถ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ยาที่ใช้ได้แก่ ยาแก้ปวดชนิด Analgesic และยาแก้อักเสบชนิด Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug (NSAID) ซึ่งมีอยู่หลายชนิด การเลือกใช้ยาชนิดใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนการใช้ยาชนิด Steroid เข้าข้อหัวเข่าอาจทำให้อาการปวดหายไป แต่อาการปวดมักจะหายไปชั่วคราว เมื่อหมดฤทธิ์ยาผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อเข้าและอาการปวดอาจเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจเคลื่อนไหวข้อเข้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การใช้ยาชนิด Steroid เข้าข้อเข่าบ่อย ๆ ทำให้ข้อเข้าที่เสื่อมมีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อรวดเร็วยิ่งขึ้น

3. การใช้วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูการรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการช่วยลดอาการปวด และเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข้าทำให้ข้อเข้าเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ได้แก่

3.1 การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์เพื่อการบำบัดรักษาได้แก่ ความร้อนหรือความเย็นเพื่อลดอาการปวดเข่า และช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ส่วนการกระตุ้นไฟฟ้านั้น เป็นการชะลอการลีบของกล้ามเนื้อที่ไม่ได้ใช้งานจากอาการปวด แต่ไม่ได้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

3.2 การใช้เครื่องช่วยพยุง ได้แก่ สนับเข่า ช่วยให้ข้อเข่ากระชับขึ้นและลดแรงกระทำต่อข้อเข้า

3.3 การใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าเพื่อช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข้าได้ส่วนหนึ่ง

4. การผ่าตัด ทำในผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่าอย่างรุนแรง และ ใช้การรักษาทางกายภาพและยา ไม่ได้ผลมากนัก นอกจากนี้การผ่าตัดใช้ในกรณีที่มีข้อเข่ายังเสี่ยไม่มาก แต่มีความพิการของข้อเข่า แพทย์อาจพิจารณาทำ High Tibial Osteotomy ทำให้ขาตรงขึ้น เพื่อเปลี่ยนแนวแรงของน้ำหนักให้กระจายไปทั่ว ๆ ผิวข้อเข่า แต่ในรายที่มีข้อเข่าเสื่อมมาก แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total Knee Replacement) การรักษาโดยการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และผลของการรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ (เจริญ โชติภวณิชย์ , 2535: 324-325)

ผลของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ซึ่งความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยจากโรคข้อเสื่อมทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการกิจและการทำงาน (Burke and Flaherty, 1993:8) ความเจ็บปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อมอาจมากจนเดินไม่ได้ บางรายอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต่างๆ เช่น ไม้ยันรักแร้ หรือไม้เท้า เพื่อลดแรงกดลงบนหัวเข่า (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2529:363) ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงกว่าปกติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวเพื่อสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่โรคสามารถคงที่หรือดีขึ้นเมื่อสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม สามารถคงไว้ซึ่งภาวะปราศจากการพึ่งพา และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป การปรับตัวตามคำแนะนำต่างๆเช่น การหลีกเลี่ยงการนั่งพับเพียบ นั่งยองๆ การลดน้ำหนักเพื่อลดสาเหตุเสริมที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น รวมทั้งการกระตุ้นให้บริการกล้ามเนื้อคอวทไคร์เซบป์ จะช่วยให้อาการข้อเข่าเสื่อมแข็งแรงพุงข้อเท้า และช่วยลดอาการปวดเข่า (Felson and Zhang, 1998:1351) บรรเทาความรุนแรงของโรค (Jones et al., 2000:2543) คำแนะนำเหล่านี้แม้มีรายงานระบุว่าได้ผลดีต่อผู้ป่วย แต่บางครั้งยังมีปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน เนื่องจากขัดต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และบางครั้งเมื่อไม่มีอาการแสดงผู้ป่วยมักเข้าใจว่าตนเองหายจากโรค จึงละเลยไม่ได้ปฏิบัติตัวในการระวังและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค นอกจากนี้บางช่วงของความเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยเฉพาะความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆได้ (Kee, 1998:23) บางรายจะหยุดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งข้อมีลักษณะผิดรูป เช่น มีขาคดงอ โกง และโป่งนูน จนกระทั่งเกิดความพิการขึ้น จนไม่สามารถรักษาโดยการประคบประครองหรือด้วยยาได้ จำเป็นต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้มีผลในทางลบต่อความมั่นคง (Burckhardt, 1988:230) โดยเฉพาะพยาธิสภาพของโรคซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดข้อ ความรู้สึกทุกข์ทรมานเกิดขึ้นเพราะต้องพยายามตลอดเวลาที่จะควบคุมความเจ็บปวดนั้น เมื่อความปวดไม่สามารถควบคุมได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีอาการของโรคที่เรื้อรังและไม่มีโอกาสหายขาดได้ (Wolfe, 1984:571) นอกจากนี้ผลของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือภารกิจต่างลดลง ส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมาก ทำให้กระทบต่อการประกอบอาชีพ และอาจไม่สามารถทำงานได้ (Burckhardt, 1988:229)

จากพยาธิสภาพข้างต้น เห็นได้ว่าเราไม่สามารถหยุดการเสื่อมของเข่าได้ เนื่องจากมนุษย์มีอายุมากขึ้นมีการใช้งานของข้อเป็นเวลานาน หรือมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในเพศหญิงในช่วงการหมดประจำเดือน ซึ่งเป็นสาเหตุที่เชื่อว่าส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (Felson and Zhang, 1998:1346) โดยที่การเสื่อมของสภาพของผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่า ซึ่งต่อมามีการงอกของกระดูกใหม่ที่มีลักษณะขรุขระ ไม่เรียบ และช่องว่างระหว่างข้อมีขนาดแคบลง ทำให้เกิดการเสียดสีของขอบผิวกระดูกอ่อนขณะที่มีการเคลื่อนไหวข้อขาดความคล่องแคล่ว และเกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรงจนกลายเป็นความทุกข์ทรมาน ซึ่งพบร้อยละ 27 ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (ยงยุทธ วัชรดุลย์, 2526:5) สิ่งเหล่านี้เราไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่น เนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สะดวกซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวโดยพยายามลด หรือหยุดกิจกรรมในการเคลื่อนไหวเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดข้อติดแข็ง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น กล้ามเนื้อลีบ และเกิดความพิการไม่สามารถคงการทำหน้าที่ของร่างกายในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหรือบางรายอาจต้องใช้ไม้ค้ำยัน เนื่องจากเมื่ออยู่ในท่าที่งอเล็กน้อยมักจะเป็นท่าที่สบายที่สุด และเมื่ออยู่ในท่านั้นนานๆ Flexor Muscles เกิดการยึดติด ทำให้ข้อนั้นไม่สามารถเหยียดได้เต็มที่อีก จึงเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2529:363; Hoenberg, 1984 cited in Burke and Flaherty, 1993:8) ซึ่งการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แสดงถึงการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุมองตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม (Kee, 1998:19-26 ; นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2533:74) และเมื่อภาวะของโรครุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดความปวดมากขึ้นแม้ในขณะพักหรือในขณะนอนหลับ ซึ่งจะรบกวนผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ (Wolfe, 1984 ; Gasterline, 1987 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2538:23) รวมทั้งการรักษาที่ซับซ้อนซึ่งประกอบด้วยแผนการรักษาหลายลักษณะ โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา NSAID ซึ่งเป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุในเรื่องผลข้างเคียงของยา (Sager and Bennett, 1992:24-31) และอาจต้องได้รับการรักษา

โดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งมีราคาแพง และไม่สามารถแน่ใจได้ว่าจะสามารถเดินหรือใช้
งานของข้อเข่าได้ปกติ (อานนท์ พงศ์ธรรกุลพานิช, 2542:42) ในขณะที่ผู้สูงอายุเองมีการเปลี่ยนแปลง
เสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆได้ง่าย (จรัสวรรณ เทียน
ประการ ; และพัชรี ต้นศิริ, 2536:93-95) และมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดและปัญหาทางจิตสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่าง
กายและสังคมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะของโรคเรื้อรังจะทำให้มีผลในทางลบต่อความมั่น
คง ความพอใจ และความสุขในชีวิต (Burckhardt, 1988:230) โดยที่การมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน
นอนในอาการของโรค อาการของโรคจะสงบ หรือกำเริบเป็นช่วงๆ พยาธิสภาพของโรคจะเลวลง
เรื่อยๆ ไม่สามารถหาคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษา และไม่สามารถคาดการณ์ผลของการเจ็บ
ป่วยต่อการดำเนินชีวิตได้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
(Mishel, 1984:225) ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะยาว ที่เกิดจากการไม่
สามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และบุคคลต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึก
นี้ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536:ข) ความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยนี้จะเกิดกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยและติดตามไปตลอด (Mishel
and Braden, 1987:43-57) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะขัดขวางการใช้สติปัญญา และการแสดงออก
มีผลต่อการปรับตัว ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความหวังและเป้าหมายใน
ชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง(Mishel, 1984:163-171 ; Christman, 1990:17-20)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ความเรื้อรังและความทุกข์ทรมานจากความปวด ความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม
โดยการสูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นภาระทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ
เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมากทำให้กระทบต่อการประกอบ
อาชีพและไม่สามารถทำงานได้ (Burckhardt, 1988:229) ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ซึม
เศร้าในชีวิต ทำให้มองตนเองด้อยคุณค่า ด้อยสมรรถภาพ ยิ่งอาการของโรคกำเริบมากส่งผลให้เกิด
ความพิการ หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมากเท่าใดยิ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นภาระครอบ
ครัว นอกจากนี้ข้อจำกัดทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรู้สึกแตกต่างจากบุคคลอื่น ต้องแยกจากสังคม
อยู่แต่ในบ้าน (White, Rhichter and Fry, 1992: 220; สุภาพ เอื้ออารี, 2540:17)

เห็นได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างค่อยเป็นค่อยไปทั้ง
ด้านอาการจากความเจ็บป่วย การปรับตัว ทั้งในด้านการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในสังคม ความผาสุก
ในชีวิต ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจาก
ความปวดและความพิการเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดเรื่องการปรับตัว

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984:181) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่างๆในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่จากบุคคลเอง จากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น

รอย (Roy, 1976:35) ได้ให้ความหมายของการปรับตัว หมายถึง สภาวะของความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกบุคคล

นิภา (2530, 2520:7-9) ได้รวบรวมความหมายของการปรับตัว ซึ่งสรุปได้ดังนี้ ดาร์วิน (Darwin) เริ่มใช้คำว่า " การปรับตัว" ในทฤษฎีการวิวัฒนาการในวิชาชีววิทยา ค.ศ. 1959 โดยให้แนวความคิดว่า สิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมของโลกได้จึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ต่อมานักจิตวิทยาได้นำการปรับตัวมาใช้ทางจิตวิทยาและศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในด้านการเกี่ยวกับการปรับตามแรงผลักดัน 2 อย่างคือ

1. แรงผลักดันภายนอก หมายถึง ข้อเรียกร้องที่เกิดจากสภาพแวดล้อมหรือสังคม
2. แรงผลักดันภายใน หมายถึง แรงกระตุ้นที่เกิดจากสภาพทางสรีระภายในร่างกาย และจากประสบการณ์ทางสังคมที่ได้เรียนรู้

ลอบ นูตางกุล (2534:88-91) ได้ให้ความหมายของการปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบมีชีวิตต่อสิ่งเร้า ที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร้องการปรับตัว ได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุกคามคุณภาพ หรือก่อให้เกิดความเครียดต่อระบบของร่างกาย การปรับตัวของบุคคลนั้น เป็นการปรับตัวของคนทั้งคน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม เมื่อเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งจะก่อผลกระทบต่อคนทั้งคน การปรับตัว จึงเป็นการทำหน้าที่อย่างเป็นเอกภาพของชีวิตโดยรวม

มิเชล (Mishel, 1990:257) ได้ให้ความหมายของการปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมทางจิตสังคมขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอน

ดังนั้นการปรับตัวจึงเป็นกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อคงไว้ซึ่งความอยู่รอดปลอดภัย และความสมดุลของชีวิต

การปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ หรือใช้เมื่อต้องเผชิญกับข้อเรียกร้อง หรือแรงผลักดันจากทั้งภายในและภายนอก (Lazarus and Folkman, 1984:182) บุคคลที่จะปรับตัวได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง คือมีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการ (Demand) กับแหล่งประโยชน์

(Resources) รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รวมทั้งรู้จักการจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีต่อตนเอง และควรทราบว่าเมื่อใดควรหยุดความพยายามที่จะบรรลุเป้าประสงค์ที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534:115) โดยที่มิเชล มองการปรับตัวเป็นพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Biopsychosocial Behavior) จากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Uncertainty Event) (Mishel, 1988:252) อากีราและเมสสิก (Aguilera and Messick, 1982:63-64) กล่าวถึงองค์ประกอบที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลดังนี้

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of Event) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องกับความจริงก็สามารถช่วยให้บุคคลหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ความเครียดก็จะหายไป

2. ระบบเกื้อหนุนค้ำจุน (Situational Support) ได้แก่ ญาติ พี่น้อง แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Significant Person) หากสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนค้ำจุนมีเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การใช้กลไกในการเผชิญกับความเครียด (Coping Mechanism) เป็นวิธีขจัดหรือลดภาวะเครียดของแต่ละบุคคล บุคคลจะเรียนรู้จากการเผชิญปัญหาทุกด้านในชีวิตประจำวันและเกิดเป็นสถานการณ์ที่สามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น

กรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัวตามแนวคิดของมิเชลเป็นกระบวนการทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990:257) ซึ่งการปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ โดยมีเชลกล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (Mishel, 1990:259; Lazarus and Folkman, 1984:87-119) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบ เกิดการประเมินซ้ำ และการปรับตัวนี้ยังขึ้นอยู่กับขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอสามารถทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมายในการปรับตัวสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ได้ (Mishel, 1988: 231) คือ ภาวะสมดุล (Mishel, 1990:257) เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถขัดขวางความรู้สึกในความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และขัดขวางการสร้างสมดุล (Mishel, 1990:257) ซึ่งสามารถแสดงออกมาในการปรับตัว 3 ด้าน คือ กาย จิต สังคม (Mishel, 1988:231)

ผลของการปรับตัว

ผลต่อการปรับตัวของบุคคลใน 3 ด้าน (Lazarus and Folkman, 1984:181-225)

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความล้มเหลวและไม่แน่ใจและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลระยะสั้น โดยที่อารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ในชีวิต หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญปัญหาและบรรลุมิติประสงค์ที่ตั้งไว้ ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ โดยที่ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือเป็นไปได้ในชีวิต

3. ภาวะสุขภาพ (Somatic Health) เป็นปฏิกริยาตอบสนองของด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด ซึ่งเซเย่ (Selye, 1976 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2534:114) ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้ โดยความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้นซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไปหากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้ามการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่

3.1 สุขภาพกาย เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการคันกระดูกของกล้ามเนื้อ ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียด ท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ หรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายนอนไม่หลับ ผื่นร้าย หงุดหงิด โกรธง่าย

3.2 พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมถดถอย แยกตัวเองเฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน

3.3 การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ซึ้อจฉา ต่ำหนิผู้อื่นกลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกสติความจำหรือสมาธิเสียไป

3.4 กระบวนทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้

3.5 การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง

3.6 การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำๆ คำพูดอาจเกี่ยวข้องกับหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการพูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป

3.7 การใช้กลไกการป้องกันตัวโดยไม่รู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น

โดยที่การปรับตัวทั้ง 3 ด้าน นี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การมีการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่งได้ดีไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นมีการปรับตัวโดยรวมดี จึงต้องพิจารณาโดยรวมทุกด้าน (Lazarus and Folkman, 1984:225) ซึ่งการปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหามุคลิกภาพ และปัญหาความต้องการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมนั้นได้ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2524:180) ในขณะที่ความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แต่ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว (ทศนีย์ เกริกกุลย์, 2536:23) ผู้สูงอายุจึงอาจประสบปัญหาหรือมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยที่การปรับตัวของบุคคลจะเป็นไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสาเหตุของความเครียด บุคลิกภาพเฉพาะบุคคล การใช้กลไกทางจิตในการแก้ปัญหาและภาวะสุขภาพ (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528:13) ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวได้ดีก็จะมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีปัญหาการปรับตัวก็จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมดังกล่าวจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตสังคม ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้เพราะสุขภาพแต่ละบุคคลในสังคมขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในชีวิต กล่าวคือถ้าบุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จก็จะมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็จะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย (Goosen & Bush, 1979:52)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Collaghan and Morrissey, 1992:226) ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen and Wills, 1985:310-357) แรงสนับสนุนเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่ช่วยในการให้ความหมายของเหตุการณ์และช่วย

ในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสได้รับคำปรึกษาหารือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Mishel, 1988:227-228) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะเครียดโดยเป็นเบาะรองรับความเครียดหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (Buffering Effect) ช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Wills, 1985:310-357) มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ฮับบาร์ด มุลเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown, 1984:266) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น โครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในด้านดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนด้วย

คอบบ์ (Cobb, 1976:300) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น การให้ข้อมูลที่ ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีความรักและสนใจ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพัน

จาคอบสัน (Jacobson, 1986:252) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น แหล่งประโยชน์หรือสัมพันธ์ทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537:96) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลหนึ่งมีบุคคลหนึ่ง (หรือหลายคน) ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแล และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ที่จะให้การดูแลตน และทำให้รู้สึกว่าตนมีค่า และตนเองเป็นคนๆ หนึ่ง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976:300-301) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม(Social Support or Network Support)เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

จาคอบสัน (Jacobson, 1986:252) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotion Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา(Cognitive Support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ(Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

เซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus, 1981:385-386) เชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิสระจากกันมีหน้าที่ให้การสนับสนุน แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพันมั่นใจ เชื่อถือและไว้วางใจบุคคล

2. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและเป็นการให้ข้อมูลป้องกันถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว

3. แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของจะรวมถึงการช่วยเหลือ หรือให้บริการโดยตรง

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการได้รับการตอบสนองของความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่งการตอบสนองของความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน จากแนวคิดของ คอปป์ (Cobb, 1976:300-3001) และจาคอบสัน (Jacobson, 1986:252)

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้าน เงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้ ตลอดจนการช่วยเหลือต่างๆ

3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

4. การตอบสนองของความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. การตอบสนองของความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทาย การแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและให้โอกาสปรับปรุงตน

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

วอทแมน (Wortman, 1984:2532-2534) ได้อธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพว่า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีอิทธิพลต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะได้รับการปกป้องไม่ให้เกิดผลกระทบจากภาวะเครียด หรืออาจจะเกิดปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเครียดได้น้อย

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการประเมินความหมาย หรือความรุนแรงของสถานการณ์ โดยบุคคลจะนำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียด และแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการเผชิญปัญหา มาใช้ในการประเมินเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3. แรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง และอาจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับกลวิธีใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา ซึ่งจะทำให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น

4. แรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้มีการเผชิญภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี

5. แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมีผลต่อการเผชิญภาวะเครียดทางอ้อมโดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โคเฮนและวิลส์ (Cohen and Wills, 1985:310-357) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีนี้จะมีผลต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยมีผลโดยตรงต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทำให้เกิดโรคและตายได้มากขึ้น โดยอธิบายกลไกแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพไว้ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดีที่มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตและ รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ หรือระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในสังคมยังช่วยให้บุคคลต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น

2. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด บุคคลจะมีการปรับตัวต่อภาวะเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียดหรือแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยจะป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและรู้สึกว่าคุณค่าในบุคคลที่มีความเครียดแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลประเมินความเครียดใหม่ และช่วยยับยั้งพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี หรือช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985:310-313) อธิบายการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อมคือ

1. ผลโดยตรงต่อสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อระบบไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น

2. ผลโดยอ้อม แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะวิกฤติในชีวิต โดยเป็นตัวช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี มีสมมติสามารถนำความรู้และทักษะที่มีอยู่ไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมหรือปรับสิ่งแวดล้อมให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดย

2.1 ช่วยให้คุณได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อย เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น จะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง

2.2 ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีผลต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้คุณได้มีการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ความสำคัญของปัญหาซึ่งไม่ผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงต่อภาวะเครียดน้อยลง

ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล (Collaghan and Morrissey, 1992:226) โดยช่วยในการแปลความหมายของเหตุการณ์และช่วยในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Mishel, 1988:288) ส่งผลในการขยายขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคลส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัว (Mishel, 1990:257) และส่งผลทางอ้อมในการปรับเปลี่ยนมุมมองของความจริงในชีวิตที่ยึดมั่นกับความแน่นอน และความสามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งเป็นไปไม่ได้ในการเจ็บ

ป่วยเรื้อรังที่อาการอาจกลับมีความรุนแรง และการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้บุคคลมองเห็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค นำมาสู่ความสมดุล ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mishel, 1990:260)

มิเชล (Mishel, 1990: 256-262) อธิบายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวภายใต้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า

1. ผลทางตรง แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยในการลดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และ ลดความรู้สึกซับซ้อนในการรักษา ทำให้ความเข้มข้นในความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเบาบางลง และลดปฏิกิริยาของการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นไม่สามารถถูกรานไปยังด้านอื่นๆของบุคคลในการดำเนินชีวิต ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงไม่สามารถขัดขวางรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลให้สามารถคงภาวะสมดุลไว้ได้ หากว่าความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานไม่ถูกลดให้เบาบางลง ปฏิกริยาในระบบจะเพิ่มขึ้นโดยปฏิกิริยาตอบกลับในตัวของมันเอง ก่อให้ความเข้มข้นของความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และมีการขยายไปยังส่วนอื่นๆภายในบุคคลเกินขอบเขตขีดจำกัดของบุคคลส่งผลทำให้บุคคลไม่สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลได้ บุคคลไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2. ผลทางอ้อม แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยในการปรับเปลี่ยนมุมมองความจริงในชีวิตในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนที่อยู่ภายในบุคคลสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลไปสู่ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตจากมุมมองใหม่ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีความซับซ้อนมากกว่า นำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิตร่วมกับเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอน โดยที่มุมมองของชีวิตใหม่นี้จะสามารถพัฒนามาจากการแลกเปลี่ยนและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีอิทธิพลในการก่อรูปการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ที่ต้องดำเนินชีวิตกับความเจ็บป่วยและความไม่มั่นคงแน่นอน ในภาวะปกติบุคคลจะรวบรวมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ตนเองประสบเข้าไปในโครงสร้างภายในบุคคล แล้วจึงพยายามรวบรวมให้เป็นหนึ่งเดียวกันและทำการประเมินใหม่ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะมีการดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งผสมผสานกลมกลืนจนเป็นหนึ่งเดียวกระบวนการนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้ถ้าบุคคลมีมุมมองความจริงในแนวคิดของ Mechanistic Paradigm ที่ความรู้สึกไม่แน่นอนต้องได้รับการขจัดไปอย่างเด็ดขาดแต่สามารถได้รับการส่งเสริมได้ในบุคคลที่มีมุมมองความจริงในแนวคิดความน่าจะเป็น (Probabilistic และ Conditional Paradigm) ที่ยอมรับว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความจริงตามธรรมชาติ เป็นท่วงทำนองของธรรมชาติของการดำเนินโรค และสามารถยอมรับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ จะละทิ้งความต้องการคาดการณ์ได้อย่างแน่นอน ทำให้พบทางเลือกที่มีทางเป็นไปได้หลากหลาย

หลาย โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาการของมุมมองของบุคคลต่อความจริงที่ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่มียู่โดยธรรมชาติ และการดำเนินชีวิตไม่สามารถกำหนดได้อย่างเที่ยงตรงและแม่นยำ

แนวคิดเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ลาซารัส และ โพลแมน (Lazarus and Folkman, 1984b: 87-92) ให้ความหมายความไม่แน่นอนว่า เป็นปัจจัยด้านสถานการณ์หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์จะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอนจึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล (Hilton, 1989:41)

มิเชล (Mishel, 1981:258 cited in Mishel, 1988:225) ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายเหตุการณ์ให้สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ซึ่งบุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดตัวชี้แนะที่เพียงพอ

มิเชล (Mishel, 1988:225) ให้ความหมาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาความเจ็บป่วย รวมทั้งที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายและจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เนื่องจากขาดคำแนะนำเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เพียงพอ

ฮิลตัน (Hilton, 1988:217) ให้ความหมาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแยกแยะสภาพความเจ็บป่วยได้ชัดเจน ถ้ามีมากจะทำให้มองความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ความเจ็บป่วยไปในทางร้าย

คริสแมน (Christman, 1990:17) ให้ความหมาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆได้ เนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ หรือความเจ็บป่วยมีมากเกินไปที่ผู้ป่วยจะรับรู้และตัดสินได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2534:13) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจเกิดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ให้สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้เนื่องจากขาดตัวชี้แนะที่เพียงพอ (Mishel, 1981:258,1988:225, 1990:256)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มิเชล กล่าวว่า การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วย การรักษาที่จะได้รับ ผลของการรักษา และการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคอาการของโรคจะสงบหรือกำเริบเป็นช่วงๆ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1984:163-171) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถเข้าสู่ระบบภายในบุคคล (Mishel, 1990:256) ขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก (Mishel, 1984:163-171) ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย (Lambert, 1991:7) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้สามารถขัดขวางการสร้างความสุข (Mishel, 1990:257) ส่งผลต่อการปรับตัว (Mishel, 1990:256)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล พัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้เนื่องจาก ขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นหรือ ความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำ หรือโรคกำเริบมากขึ้น โดยมีแนวคิดพื้นฐานจาก ลาซารัสและโฟคแมน (Lazarus and Folkman, 1984: 87-92) ที่ให้ความหมายของความไม่แน่นอนว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ หรือปัจจัยด้านเหตุการณ์ที่มีบทบาทในการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากความไม่แน่นอนของเหตุการณ์จะทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้นๆว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบเสมอจากการเจ็บป่วยเนื่องจากสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคล ความสนใจทางการแพทย์ที่กำลังพัฒนาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนเริ่มจากที่มิเชลสร้างแนวคิดและทำการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเริ่มจากการศึกษาตัวแปรที่มาก่อน และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ และบุคคลเหล่านี้ประเมินตัดสิน เผชิญปัญหาและการปรับตัวอย่างไรต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

มิเชลอธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจ ความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำหรือโรคกำเริบมากขึ้น (Christman, 1990:17-20, Mishel, 1981:258-263, 1988:225-232, 1990:256-262) ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาได้ไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน ไม่ทราบสาเหตุของอาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษานั้นๆ เนื่องจากขาดประสบการณ์และข้อมูลที่เหมาะสม

2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินว่าขั้นตอน วิธีการรักษา และการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานาน และใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษาตลอดถึงระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการ ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษา การดูแลซับซ้อนจะช่วยให้ตนเองหายได้

3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่得不ตรงกับข้อมูลที่เคยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นได้

4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาได้ เนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ (Mishel, 1988:225-232, Mishel and Braden, 1988:98-127)

1. ปัจจัยด้านรูปแบบของตัวกระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบย่อย 3 ส่วน ได้แก่ รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event Familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event Congruence) ที่ช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยรูปแบบตัวกระตุ้นในทางที่ดีจะ

ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง แต่ถ้ารูปแบบของตัวกระตุ้นไม่เป็นในทางที่ดีจะเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้น

1.1 รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง ระดับของความต่อเนื่อง และความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้และให้ความหมาย ถ้าเป็นรูปแบบที่ชัดเจนจะมีผลทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการแสดงไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือและรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.2 ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event Familiarity) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆจนเกิดความเคยชิน เมื่อบุคคลรู้สึกคุ้นเคยกับเหตุการณ์ เช่น สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล บุคคลจะเกิดการรับรู้และให้ความหมาย คาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ในกรณีที่เป็นความเจ็บป่วยครั้งแรกมักไม่คุ้นเคยต่อโรคและการรักษา รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event Congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังและเหตุการณ์จริงที่บุคคลประสบในการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเข้าใจในเหตุการณ์มากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงก็จะเกิดความคลุมเครือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยด้านความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive Capacity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูล ข่าวสาร เพื่อพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งแตกต่างในแต่ละบุคคล โดยที่ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้เพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสูงจะสามารถรับรู้รูปแบบของอาการแสดงได้ถูกต้อง สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลทางอ้อมต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น

3. ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) หมายถึง ความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ ช่วยบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งแหล่งประโยชน์ดังกล่าวจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงนั้นแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของสถานการณ์ได้ ส่วนทางอ้อมแหล่งประโยชน์จะช่วยให้บุคคลให้ความหมายของรูปแบบอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ประกอบด้วย

1.1 ระดับการศึกษา (Education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่การศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลและการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพและจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายสิ่งต่างที่ต้องเผชิญจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support) สามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุนในแง่การให้ความหมายเหตุการณ์ด้วยการพูดคุยปรึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ทำให้ความคลุมเครือหรือความซับซ้อนของสถานการณ์นั้นมีความชัดเจนขึ้น และสามารถทำนายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้ ซึ่งบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

1.3 เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยที่เชื่อถือได้ (Credible authority) เป็นระดับความเชื่อถือ ไว้วางใจของบุคคลที่มีต่อบุคลากรผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบสิ่งเร้า ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย หรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ วิธีการรับบริการจะช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้องค์กรสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เริ่มต้นโดยมิเชลนั้นไม่สามารถอธิบายได้ในความเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเรียนรู้ในการจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนซึ่งได้จากการรวบรวมประสบการณ์การเจ็บป่วยเข้าไปจัดการกับตนเองใหม่ (Self-organization) และไม่กลับมาเป็นในลักษณะเดิมอีก ในขณะที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะยาวนั้นเกิดจากการที่ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอน และบุคคลต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ มิเชลได้ขยายงานจากทฤษฎีเริ่มต้นมาปรับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประยุกต์ผ่านการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตั้งทฤษฎีใหม่ว่า Reconceptualization of Uncertainty โดยกล่าวถึง การดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนที่ซ้ำซากต่อเนื่องเป็นเวลานานเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยเรื้อรัง จุดสำคัญของทฤษฎีไม่ได้อยู่ที่การจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนโดยการขจัดออกไปดังเช่นทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเริ่มต้น แต่เป็นการรวบรวมความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนี้ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นที่ละเล็กละน้อย มิเชลปรับทฤษฎีโดยกระบวนการ Derivation จาก ทฤษฎีไร้ระบบ (Chaos Theory) โดยอธิบายว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแพร่กระจายเข้าไปในชีวิตของแต่ละบุคคล และบุคคลไม่สามารถขจัดออกไปได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับความจริงของตนเองส่งผลให้เกิดมุมมองชีวิตใหม่เกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ การรับรู้ใหม่นี้ได้รับการมองว่าเป็นความก้าวหน้าของชีวิตทำให้

บุคคลพบทางเลือกที่มากขึ้น ไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะแนวคิดความเป็นเหตุเป็นผล (Cause and Effect Paradigm)

มิเชลมองว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถคุกคามโครงสร้างภายในบุคคลที่มีอยู่เดิมทำให้เกิดความไม่สมดุล (Far-From- Equilibrium System) โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนจะก่อให้เกิดความสับสนภายในระบบ (Mishel, 1990:259) ความรู้สึกสามารถควบคุมสถานการณ์ (Sense of Mastery) ของบุคคลจะลดลง และเพิ่มความรู้สึกว่าเป็นอันตรายเพิ่มขึ้น (Mishel and Sorenson, 1991:167) และส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ (Braden, 1990:42) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเริ่มต้นเพียงในส่วนของบุคคล และสามารถกระจายเข้าสู่ระบบทั้งหมดของบุคคลส่งผลต่อการดำเนินชีวิต โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะแทนที่รูปแบบการทำหน้าที่ปกติของบุคคล ถ้าบุคคลสามารถยอมรับความรู้สึกไม่แน่นอนนี้ได้ความรู้สึกไม่แน่นอนจะไม่รุกรานไปยังส่วนอื่นๆของบุคคลและไม่รบกวนการดำรงอยู่และการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่ถ้าความรู้สึกไม่แน่นอนมีรูปแบบที่ผสมผสานและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจะรุกรานรูปแบบการดำรงอยู่และการดำเนินชีวิตของบุคคลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้จึงมีอิทธิพลที่สามารถนำบุคคลไปสู่ความไม่สมดุล (Far-From- Equilibrium System) โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนสามารถกระตุ้นระบบทำหน้าที่เหมือนตัวเร่งปฏิกิริยาในปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่เป็นเส้นตรงและมีปฏิกิริยาย้อนกลับภายในตนเอง ทำให้ความเข้มข้นของความไม่แน่นอนเพิ่มขึ้นภายในระบบ ปริมาณของความรู้สึกไม่แน่นอนที่อยู่ในส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยเกิดปฏิกิริยาโต้กลับโดยตัวเองก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อความเข้มข้นของความไม่แน่นอนเพิ่มและขยายกว้างจนเกินขีดจำกัดของในระยะวิกฤติก่อให้เกิดความไม่มั่นคงของระบบ

ในกรณีที่ความรู้สึกไม่แน่นอนคงอยู่และไม่สามารถที่จะขจัดออกไปได้บุคคลมีโอกาสดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในช่วงเวลาที่ความรู้สึกไม่แน่นอนมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นบ่อยจะเพิ่มความสับสนภายในระบบกระตุ้นให้ระดับความไม่มั่นคงสูงขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนที่คงอยู่นี้ทำให้สูญเสียการรับรู้ความหมายในเหตุการณ์ประจำวัน นอกจากนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยยังเป็นพลังที่ผลักดันบุคคลจากตำแหน่งเดิมไปสู่จุดที่จะแยกกระหว่างสภาวะเก่า และสภาวะใหม่ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนก่อให้เกิดความสับสนก่อนที่จะดำรงอยู่ในสภาวะใหม่ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่สามารถเห็นด้วยตาเปล่า (Microscopic) ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนอาจเป็นสภาวะที่อยู่ภายในบุคคลที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างการเจ็บป่วยจากมุมมองชีวิตของบุคคลนั้นเป็นช่วงของการจัดระเบียบและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่นี้

มิเชลกล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบนำไปสู่การปรับตัว (Mishel, 1990: 257-259) โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนที่นำไปสู่มุมมองใหม่ของชีวิตขึ้นอยู่กับขีดจำกัดสูงสุดของบุคคลและระยะเวลา ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคลและสถานการณ์ทางคลินิก มุมมองชีวิตใหม่นี้พัฒนามาจากการมีปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ในการก่อรูปมุมมองชีวิตใหม่ผู้ป่วยจะพยายามรวบรวมประสบการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าไปในโครงสร้างภายในของตนเองเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป มีการประเมินซ้ำจากครั้งแรกที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจกลายเป็นโอกาส ด้วยการผสมกลมกลืนและสอดคล้องกันจนกระทั่งรูปแบบการรับรู้เปลี่ยนแปลง ดังนั้นความจริงและรูปแบบการรับรู้บรรลุความสอดคล้องกัน ความสำเร็จจะได้รับการรวบรวมเป็นหนึ่งเดียวเข้าไปในมุมมองตนเองและโลก กระบวนการนี้เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่อาจถูกชลอหรือขัดขวางได้ ในขณะที่แหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้กระบวนการนี้เกิดเปลี่ยนแปลงขึ้น

มิเชลใช้แนวคิดความน่าจะเป็น (Probabilistic และ Conditional Thinking) มาอธิบายพบว่าความแน่นอนไม่ได้เป็นสิ่งที่สมบูรณ์ที่สุด เหตุการณ์ที่ปรากฏอยู่เป็นผลจากความเป็นไปได้ของเหตุการณ์นี้ที่หลากหลายจะพบทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการจัดการตนเองใหม่ โดยปรับเปลี่ยนความรู้สึกอย่างช้าๆและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการแลกเปลี่ยนภายในระบบไปยังสิ่งแวดล้อมจนมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยที่บุคคลจะสามารถคงไว้ในมุมมองชีวิตใหม่นี้ผ่านแรงผลักดันจากแหล่งสนับสนุนและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตใหม่สามารถปรับตัวอยู่กับความไม่แน่นอนเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

การปรับตัวเป็นเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลหลังจากเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการปรับตัวนี้ขึ้นอยู่กับขอบเขตจำกัดของแต่ละบุคคล ถ้าขอบเขตที่มีอยู่เพียงพอทำให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมาย คือ ความสมดุล (Mishel, 1990:257) ก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดี ในขณะที่ถ้าขอบเขตจำกัดของบุคคลไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในบุคคลส่งผลทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งด้านกายจิต และสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล

ในปี ค.ศ. 1980 ซึ่งการสร้างเครื่องมือครั้งแรกนั้น ก่อนสร้างเครื่องมือมิเชลได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื้อหาที่สัมภาษณ์มุ่งเน้นที่ความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดจากกรอบแนวคิดความเครียดและการประเมินตัดสินความเครียด (Cognitive Appraisal Model) ของลาซารัส จึงมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลากรในโรงพยาบาลและการรักษา โดยใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
2. ด้านการขาดความกระจ่างเกี่ยวกับการรักษาและระบบดูแล

มิเชลนำเครื่องมือชุดแรกที่สร้างไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าบางข้อคำถามมีความหมายซ้ำซ้อนจึงได้ลดข้อคำถามจากเดิม 54 ข้อ ให้เหลือ 30 ข้อ และเมื่อนำไปหาความเที่ยง (Reliability) ด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal Consistency of the factor) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronhbach' s alpha coefficient reliability) .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนาย (มีข้อคำถาม 4 ข้อ) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ต่ำ .64

ในปี ค.ศ. 1982 มิเชลได้พัฒนาเครื่องมือสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 4 ข้อ แล้วทำการวิเคราะห์ซ้ำ จำนวนทั้งหมด 34 ข้อ โดยการนำข้อคำถามทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ เพื่อวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในรายด้าน 4 ด้าน แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปใช้โดยผู้วิจัยหลายท่านในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน และได้ใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเครื่องมือมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในปีเดียวกันนี้มิเชลได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเพิ่มขึ้นในทุกๆด้าน มีผู้สนใจนำเครื่องมือนี้ไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษสามารถยืนยันความเที่ยงของเครื่องมือได้ดี แต่มีรายงานบางฉบับพบว่า ความเที่ยงขององค์ประกอบด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง และด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาคต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและไม่คงที่

ในปี ค.ศ. 1986 มิเชลและเอปสไตน์ (Mishel and Epstein, 1990:3) จึงได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยใหม่ พบว่า เครื่องมือชุดนี้ยังคงมีปัจจัย 4 ด้านเช่นเดิม แต่ค่าความเที่ยงของข้อมูลด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคไม่คงที่ เมื่อนำน้ำหนักปัจจัยรายข้อ (Item Loading)

โดยการยอมรับน้ำหนักปัจจัยที่มีค่าตั้งแต่ .30 ขึ้นไป พบว่าในแต่ละข้อมีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .39 ขึ้นไป จากนั้นมีการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง

ในปี ค.ศ. 1989 มิเชลได้นำเครื่องมือมาวิเคราะห์ใหม่โดยการตรวจหาคุณภาพความตรงทางโครงสร้าง (Construct Validity) โดยนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาในกลุ่มที่เป็นที่รู้จักดีอยู่แล้วว่ามีลักษณะตรงตามที่วัด (Known groups technique) ผลการศึกษาเป็นไปตามโครงสร้างทฤษฎีที่คาดคะเนไว้โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน มีข้อคำถาม 32 ข้อ มีข้อคำถามดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน ไม่ทราบสาเหตุของอาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษานั้นๆ เนื่องจากขาดประสบการณ์และข้อมูลที่เหมาะสม มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .91

2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยประเมินว่าขั้นตอน วิธีการรักษา และการดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานาน และใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษาตลอดถึงระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการ ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนการรักษา การดูแลซับซ้อนจะช่วยให้ตนเองหายได้มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .75

3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency) หมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ หรือข้อมูลใหม่ที่ได้ไม่ตรงกับข้อมูลที่เคยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นได้มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .71

4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาได้ เนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .76

การหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

1. ความตรงตามความสอดคล้อง (Convergent Validity) จากสมมติฐานที่ว่า การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล มิเชลได้ทดสอบสมมติฐานนี้ในผู้ป่วยอายุกรรมโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (MUIS) ร่วมกับแบบวัดความเครียดขณะอยู่ในโรงพยาบาลของโวลเลอร์ (Volocer, et al.,1977 cited in Mishel, 1981:262) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติ

ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดซึ่งสอดคล้องตามการทำนายของทฤษฎี

2. วิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง (Know Group Technique) มิเชลได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นที่รู้จักกันดีอยู่แล้วว่ามีลักษณะตรงตามที่ต้องการวัด (Known groups technique) จำนวน 253 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยศัลยกรรม 68 ราย ผู้ป่วยอายุรกรรม 134 ราย และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการวินิจฉัยโรคจำนวน 51 ราย ผลพบว่า ผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัยโรคมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ป่วยศัลยกรรมตามลำดับ เมื่อนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดสอบความตรงตามโครงสร้างซ้ำโดยศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ (cardiac Catheterization) จำนวน 37 ราย กับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (Hemodialysis) จำนวน 18 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจซึ่งยังไม่ได้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้ว (Mishel, 1981:262) พบว่าตรงตามคุณลักษณะของทฤษฎี

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

มิเชลนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal consistency of the factors) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนาย (มีข้อคำถาม 4 ข้อ) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ค่อนข้างต่ำ (.64) ดังนั้นจึงสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 4 ข้อ แล้วทำการวิเคราะห์ปัจจัยซ้ำ โดยใช้แบบสอบถามที่มีข้อคำถาม 34 ข้อ ไปศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 100 ราย ผลพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเพิ่มขึ้นเป็น .72 ผลการศึกษานี้ยืนยันความเที่ยงของเครื่องมือได้ดีขึ้น เมื่อมีผู้สนใจนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างหลายๆกลุ่ม (เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นต้น) ได้รายงานผลเรื่องความเที่ยงขององค์ประกอบด้านการขาดข้อมูลและด้านการทำนายผลของความเจ็บป่วย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและมีค่าไม่คงที่

ดังนั้นในปี ค.ศ.1986 มิเชลและเอปสไตน์ (Mishel and Epstein, 1990 :3) จึงได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยใหม่ โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 616 ราย พบว่าเครื่องมือชุดนี้ยังมีปัจจัย 4 ด้านเช่นเดิม แต่ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้านการขาดข้อมูล และการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยมีค่าไม่คงที่ เมื่อหาหน้าหนักปัจจัยรายข้อ (Item loading) โดยยอมรับข้อที่มีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .30 ขึ้นไป ผลพบว่าในแต่ละข้อมีน้ำหนักปัจจัยตั้งแต่ .39 ขึ้นไป

ในปี ค.ศ. 1989 มิเชลได้นำเครื่องมือชุดเดิมมาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,199 ราย ในกลุ่มโรคต่างๆกัน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเรื้อรัง พบว่ามีปัจจัย 2 ด้าน ที่มีความหมายเปลี่ยนไป คือด้านการขาดข้อมูลเปลี่ยนเป็นการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ส่วนด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรคเปลี่ยนเป็นการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลลัพธ์ของ

การเจ็บป่วยได้ ในการศึกษาครั้งนี้มิเชลได้นำข้อคำถามมาหาคำตอบจากนักวิจัยรายข้อใหม่พบว่าข้อคำถามเพียง 32 ข้อ ที่มีค่านำหนักองค์ประกอบ .38 ขึ้นไป มิเชลจึงคงคำถามไว้เพียง 32 ข้อ หลังจากนั้นได้นำมาหาความเที่ยงโดยรวมของข้อคำถามทั้งหมดพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามทั้งหมด อยู่ระหว่าง .80-.93 ส่วนค่าความเที่ยงรายด้านได้ผลดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .73-.91
2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลเท่ากับ .37-.86
3. ด้านการได้ข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเท่ากับ .55-.91
4. ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยเท่ากับ .21-.74

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

มิเชลและบราเดน (Mishel and Braden, 1987:43-57) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการปรับตัวในสังคมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระบบบอวียวะสี่ป็นันธ์สตรี เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ขณะทำการรักษา และระยะหลังรักษาที่อาการคงที่ โดยเริ่มศึกษาในผู้ป่วย 44 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาได้ข้อมูลสมบูรณ์เพียง 35 ราย ใช้แบบสอบถามของนอร์เบค (Norbeck, 1978) วัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามของมิเชลวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการปรับตัวด้านสังคมของมอโรและคณะ (Morrow et al., 1978) วัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ และผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำจะมีการปรับตัวในสังคมดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูง นอกจากนั้นพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและรูปแบบความรู้สึกไม่แน่นอนจะเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาและการรักษา โดยในระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจะมีความรู้สึกคลุมเครือต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ปรับความเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก มองเหตุการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้มีการปรับตัวที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ในช่วงเวลาของการรักษาแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดจากความซับซ้อนของการรักษา และระบบการให้บริการช่วยให้เกิดความชัดเจน และในระยะอาการคงที่ (8 เดือนหลังการรักษา) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกไม่แน่ใจในอนาคตถึงโอกาสการเกิดซ้ำของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอนาคต และการดำรงชีวิตในสังคม การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามระยะเวลาและการรักษา และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทุกระยะ และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวในแต่ละบริบท

คริสแมนและคณะ (Christman et al., 1988:71-82) ได้ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และภาวะทุกข์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 70 ราย ทำการศึกษาระยะยาว ใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนจำหน่าย 72 ชม และสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการติดตามในระยะหลังได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลับมาเพียง 60 ราย นอกจากนั้นยังศึกษาถึงอิทธิพลของ อายุ การศึกษา และความรุนแรงของโรค วัดตัวแปรต่างๆโดยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981; Mishel et al., 1984) แบบวัดภาวะอารมณ์ของแมคแมร์และคณะ (McMair et al., 1971) เครื่องมือวัดวิธีการเผชิญปัญหาของจารย์โลวีสและพาวเวอร์ (Jalowiec and Power, 1981) ใช้ดัชนีกิจกรรมทางกายภาพของคริสแมนและคณะ (Christman et al., 1984) และดัชนีพยากรณ์โรคของพีล (Peel, 1961) วัดความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษายิ่งสูงความรู้สึกไม่แน่นอนยิ่งต่ำ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะมีภาวะทุกข์มาก และจะเล็งการใช่วิธีการแก้ปัญหา โดยการเผชิญหน้าทั้ง 3 ระยะ เมื่อความรุนแรงของโรคสูงความรู้สึกไม่แน่นอนจะเพิ่มมากขึ้น และอายุยิ่งมากความรู้สึกไม่แน่นอนจะยิ่งน้อย และอายุมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหา คืออายุมากจะยิ่งใช่วิธีการแก้ปัญหาโดยการเผชิญหน้ามากขึ้น สำหรับกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสุขภาพน้อยลงส่วนภาวะทุกข์ไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพทั้ง 3 ระยะ

เวบสเตอร์และคริสแมน (Webster and Christman, 1988:384-400) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอน วิธีการเผชิญกับปัญหา และอารมณ์เครียดที่เกิดจากความวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 ราย โดยใช้เครื่องมือเดียวกันกับการศึกษาข้างต้น เก็บข้อมูลประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายผู้ป่วย จากนั้นตามเยี่ยมในวันที่ 6-10 หลังออกจากโรงพยาบาล พร้อมกับประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และความวิตกกังวลซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมสูงจะมีอารมณ์เครียดสูง และมักใช่วิธีการเผชิญปัญหาโดยการจัดการทางอารมณ์

คริสแมน (Christman, 1990:17-20) ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอน ความหวัง ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมสุขภาพ ต่อการปรับตัวทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 15 คน มะเร็งเต้านม 12 คน มะเร็งรังไข่ 5 คน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 5 คน มะเร็งศีรษะและคอ 3 คน มะเร็งไต 10 คน และมะเร็งที่อื่นๆ 5 คน ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล (Mishel, 1981) เครื่องมือวัดความสิ้นหวังของเบคค์และคณะ (Beck et al., 1974) เครื่องมือ

วัดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยปรับมาจากเครื่องมือของแมคคอร์เกีย์และยัง (McCorkle and Young, 1978) ความสามารถในการควบคุมสุขภาพวัดโดยใช้เครื่องมือของแครนส์และคณะ (Krantz et al., 1980) เครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตของเดอร์โรทิส และโลเปส (Derogatis and Lopez, 1983) วัดตัวแปรทั้งหมดดังกล่าว 3 ครั้ง คือ ก่อนฉายรังสี วันที่ 15 ขณะฉายรังสี และวันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี ผลพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตในวันที่ 15 ขณะฉายรังสี ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากและมีความหวังน้อยจะมีปัญหาในการปรับตัวทางจิต ส่วนความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การปรับตัวทางจิตต่อการรักษายุ่งยากมากขึ้น

มิเชล และ คณะ (Mishel and Sorenson, 1991:167-171; Mishel et al., 1991:236-240) ได้ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบ Uncertainty in Illness Model ในผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่กำลังได้รับการรักษา จำนวน 131 คน เพื่อระบุความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ภายใต้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญปัญหาในการทำหน้าที่เป็นตัวกลางของ Model นี้ พบว่า ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างการประเมินตัดสินใจว่าเป็นโอกาสหรืออันตราย ในขณะที่การเผชิญปัญหาเป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะอารมณ์โศรกเศร้า

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 130 ราย ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionnaire Part II) ของเชฟเฟอร์ คอยน์ และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne and Lazarus) กับเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck) เครื่องมือการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอร์โรทิส (Derogatis) และเครื่องมือวัดภาวะไม่สุขสบายของไวสมาน วอร์ดেন্ট และโซเบล (Weisman, Wordent and Sobel) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำจะมีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงและมีการปรับตัวที่ดี

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100

ราย โดยใช้เครื่องมือวัดการปรับทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดของ เดอโรติสและคณะ เครื่องมือวัดความรุนแรงของโรคของเพลและคณะ แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของมิเชล และเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล พบการ ศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำจะสามารถปรับทางจิตสังคมได้ดี นอกจากนั้น ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง ทำให้มีการปรับทางจิตสังคมไม่ดี

อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 60 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งนำมาจากแบบสัมภาษณ์แหล่ง ประโยชน์ส่วนบุคคลที่ 2 ของ แบรินด์และไวเนิร์ต และดัดแปลงใช้กับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โดย เปรม ฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล และแบบ สัมภาษณ์การปรับตัวทางจิตสังคมของเดอโรเกติส ซึ่งแปลโดยมุกดา คุณาวัดณ์ (2535) การศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคม และแรงสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม

ลินด์เกรน (Lindgren, 1990:456-483) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยหน่ายในผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะไม่สามารถปรับตัวในทางที่ดีได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและเกิดความเหนื่อย หน่ายได้

มินเลอร์, ซาตาเรียโน และแลงฮิวเซอร์ (Minkler, Satariano and Langhuasen cited in Pender and pender, 1987:414) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 678 คน พบ ว่า ความผูกพันในสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือบุคคลที่มีความ ผูกพันทางสังคมมากจะมีภาวะสุขภาพที่ดี

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อัมพร ศิวิลัย (2532) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้ สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมี ความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคข้อเข่าเสื่อมลักษณะอาการปวดจะสงบ หรือกำเริบเป็นช่วงๆ ไม่สามารถทำนายความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆได้เนื่องจากขึ้นอยู่กับอาการปวดและความพิการ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตได้ ร่วมกับภาวะเสื่อมของร่างกายจากภาวะสูงอายุเอง โดยที่ร่างกายของบุคคลจะเริ่มเสื่อมถอยเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพของอวัยวะต่างๆจะเสื่อมถอย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ถึงอย่างไรก็ตามแม้ว่าพยาธิของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุจะเลวลงเรื่อยๆ แต่ความเสื่อมนี้สามารถชดเชยได้ด้วยการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน 3 ด้าน คือ การหลีกเลี่ยงการใช้ท่าที่เพิ่มแรงกดในข้อเข่า การลดน้ำหนักตัว และการบริหารกล้ามเนื้อคอวทไดเซบส์จะสามารถควบคุมอาการปวดเข่าได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด (จารุณี นันทวโนทยาน, 2539:35)

ในขณะที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรักษา และการที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตได้ ร่วมกับเมื่อบุคคลสูงอายุมากขึ้นเซลล์จะมีการเสื่อมถอยเป็นเหตุให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง (ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 12) ทำให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง (Lazarus and Folkman, 1984:91-92) ส่งผลต่อการปรับตัว (กิตติกร นิลมานิต, 2538: 59; ไสว นรสาร, 2540:71; Christman et al., 1988:71-82) โดยบุคคลจะพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมนั้นได้ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536:3) อาการที่ไม่สม่ำเสมอของอาการปวดที่ทุเลาและรุนแรง มีความซ้ำซากต่อเนื่องเป็นเวลานาน ความรุนแรงของโรคมากขึ้น การไม่รู้ที่จะดำเนินชีวิตร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Mishel, 1999:269) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย และติดตามไปตลอด (Mishel and Braden, 1987:43-57) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก (Mishel, 1984:163-171; Christman, 1990:17-20) ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย (Lambert, 1991:7) ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพิกเฉย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ขาดการระวังอันตรายต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ หยุดควบคุมปัจจัยเสี่ยง ขาดความสนใจและเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง บางรายหยุดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น ผลจากความเจ็บป่วยและอาการข้อติดแข็งทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ขาดความคล่องแคล่ว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Patrick, Wood and Craven, 1991:1756) ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะสูญเสียความสามารถใน

การดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยปราศ มองตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ (Kee, 1998:19-26 ; นาเรรัตน์ จิตรมนตรี, 2533:74 ; ยุพิน โกรินทร์, 2538:30-41) เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติภารกิจและการทำงาน (Burke & Flaherty, 1993:8) โดยที่การปรับตัวนี้เป็นผลจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยที่บุคคลจะแสดงออกมาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ในขณะที่การปรับตัวเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุนิยามความสมดุลหลังจากการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1990:253) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อชีวิตและมีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิตตามปกติ (Cohen, 1993b ; Weitz, 1989 Cited in Mishel, 1999:269) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงส่งผลด้านลบต่อการปรับตัว (Christman et al., 1988:71-82) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความปวดและความเสื่อมของข้อเข่า เกิดความทุกข์ทรมาน โรคมีแต่ความเสื่อมลง ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและเป็นภาระผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ได้รับความสนใจเอาใจใส่ต่อบุคคลรอบข้างส่งผลต่อสภาพจิตใจ (Caldwell, 1970 cited in Bloom, 1982:1331) การที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นที่รักและรู้สึกมีคุณค่า จะช่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2531:72) และทำให้ความเข้มข้นในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเบาบางลง โดยลดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และความรู้สึกซับซ้อนในการรักษา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถขัดขวางรูปแบบการดำเนินชีวิตจึงมีผลด้านบวกทำให้สามารถปรับตัวต่อโรคข้อเข่าเสื่อมได้ นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวที่ถูกต้องแล้วนั้น (Lindgren, 1990 :456) แรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้เกิดพัฒนาการในตัวบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537:96) โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การปรับมุมมองความจริงการดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งจะช่วยในการปรับตัวระยะยาว (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536:49) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (Minkler , Satariano and Langhuasen cited in Pender and pender, 1987:414) และสุขภาพจิต (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2531:72)

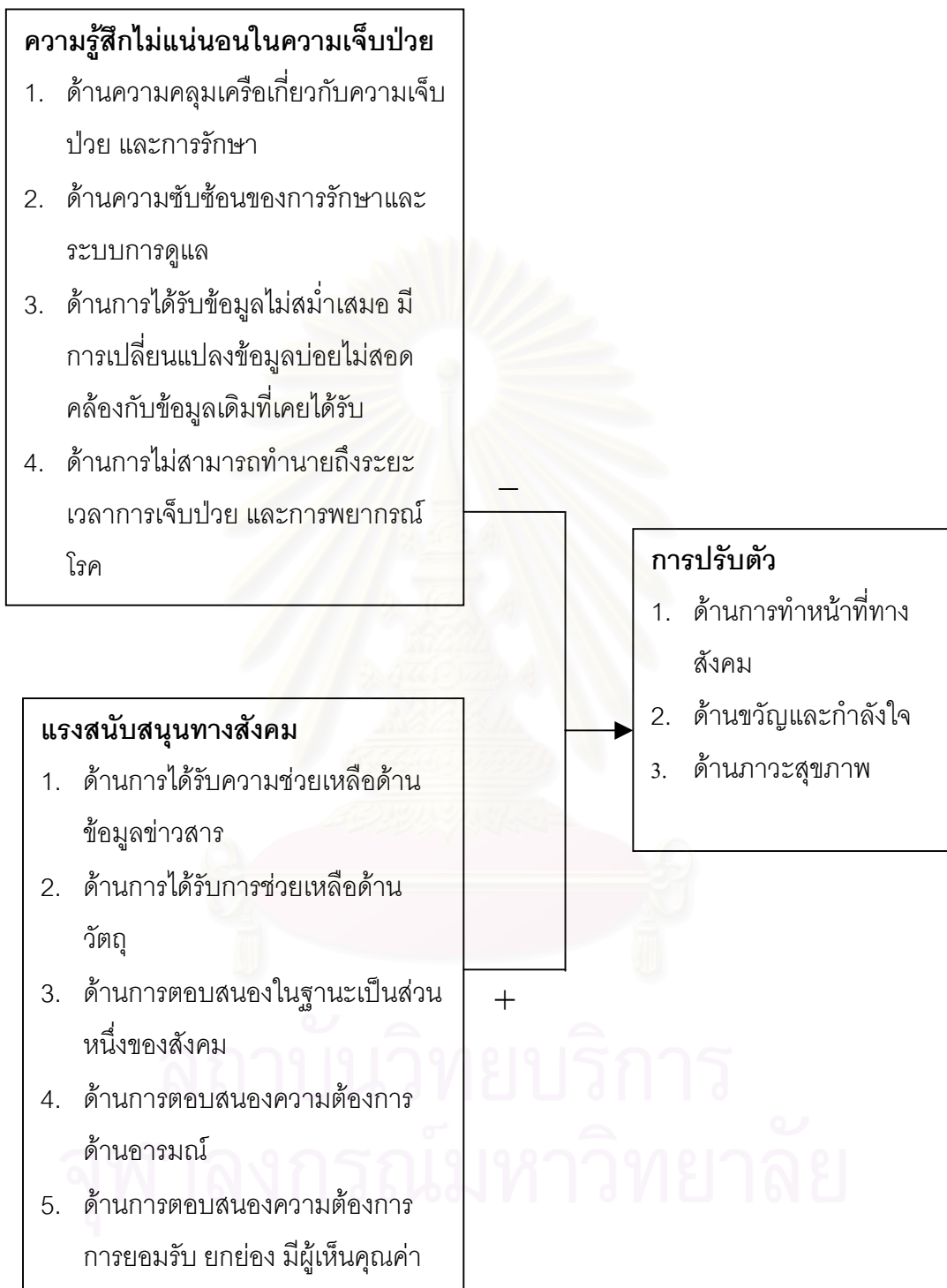
จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเนื่องจากลักษณะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคจะสงบหรือกำเริบเป็นช่วงๆ ไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุล ในขณะที่ความรู้สึกไม่แน่นอนสามารถขัดขวางการรักษาความสมดุล (Mishel, 1990:257)

ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตปกติ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุมองตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม (Kee, 1988:19-26; นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2533:74; ยุพิน โกรินทร์, 2538:30-41) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยส่งเสริมหรือขยายขอบเขตจำกัดของบุคคล และส่งผลทางอ้อมในการปรับเปลี่ยนมุมมองของความจริงในชีวิตในการยึดมั่นกับความแน่นอน และความสามารถคาดการณ์ได้อย่างแน่นอนซึ่งเป็นไปไม่ได้ในการเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาการอาจกลับมีความรุนแรง และการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ส่งผลให้การปรับตัวได้ดีขึ้น นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดไม่ได้เหมาะกับทุกสถานการณ์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นจึงสามารถมีผลต่อการปรับตัวได้เท่านั้น การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อายุตั้งแต่ 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Thorndike (cited in Prescott, 1987:130) โดยใช้สูตร $10K+50$, K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน
2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ จำนวน 8 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2545 ถึง วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2545 วันละ 3-5 คน รวมจำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปรับตัว

การสร้างเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนข้อมูลเรื่อง เพศและระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ส่วนข้อมูลเรื่อง สถานภาพสมรส และรายได้เป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ และข้อมูลเรื่อง ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นข้อความให้เลือก 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. ผู้วิจัยแปลและเรียบเรียงข้อคำถามจากแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in illness) โดยได้รับการอนุญาตจากมิเชลและได้รับการตรวจสอบการแปลจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 2 ท่าน โดยแปลจากภาษาอังกฤษเป็นไทย และจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งข้อคำถามแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 32 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน

1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,8,9,13,14,15,16,17,19,22,23,25

2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 10, 27,30,31,32

3) การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่ได้รับ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,5,11,18,21,28

4) การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 12,20,24,26,29

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยเฉยๆหรือไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ในข้อความที่เป็นบวก ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2,3,4,9,11,12,15,16,17,18,19,20,22,23,24, 26 ให้ค่าคะแนนดังนี้

5	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
4	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
3	หมายถึง	ข้อความนั้นเฉยๆหรือไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเพียงเล็กน้อย
1	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

ในข้อความที่เป็นลบ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1,5,6,7,8,10,13,14,21,25,27,28,29,30,31,32. ให้ค่าคะแนนดังนี้

1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นมาก
3	หมายถึง	ข้อความนั้นเฉยๆหรือไม่แน่ใจ
4	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นเพียงเล็กน้อย
5	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นเลย

การแปลความหมายคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้ (ประจักษ์ กวรณสูต, 2538:77)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด
3.50-4.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง
2.50-3.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง
1.50-2.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย
1.00-1.49	ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์ แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ดัดแปลงแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีของ คอปป์ (Cobb, 1976:300-3001) และจาคอบสัน (Jacobson, 1986:252) มาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง จิวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ได้สร้างขึ้นเพื่อวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน เนื้อหาของแบบสอบถามประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ดังนี้

- 1) ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5
- 2) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-11
- 3) ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-19
- 4) ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20-29
- 5) การตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ

30-37

ลักษณะแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก

3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงปานกลาง
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงเล็กน้อย

การแปลความหมายคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม การพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้

(ประคอง กรรณสูต, 2538:77)

คะแนนเฉลี่ย

2.50-3.00

1.50-2.49

1.00-1.49

การแปลความหมาย

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปรับตัว

1. ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์ การปรับตัว

2. สร้างแบบสอบถามตามแนวคิดของลาซารัสและโฟคแมน (Lazarus & Folkman, 1984:181-225) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 รายด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านขวัญ

และกำลังใจ ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกทีสและคณะ (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) และการปรับตัวด้านด้านภาวะสุขภาพดัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมของ Robert F. Meenan (The Arthritis Impact Measurement Scale, 1982) ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 33 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการปรับตัวใน 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วย
 - 1.1) ข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพการงานจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6
 - 1.2) สภาพแวดล้อมในสังคมจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-12
 - 1.3) สภาพแวดล้อมภายในบ้านจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-20
- 2) ด้านขวัญและกำลังใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-27
- 3) ด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28-33

ลักษณะแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงเล็กน้อย ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

ในข้อความเป็นบวก ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 2,4,7,8,9,10,11,12,13,14,16,29,31,33 ให้ค่าคะแนน ดังนี้

3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงปานกลาง
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงเล็กน้อย

ในข้อความเป็นลบ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 1,3,5,6,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25, 26,27,28,30,32 ให้ค่าคะแนน ดังนี้

1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงปานกลาง
3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงเล็กน้อย

การแปลความหมายคะแนนการปรับตัว การพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ดังนี้ (ประคองกรวรรณสูตร, 2538:77)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
2.50-3.00	การปรับตัวอยู่ในระดับดี
1.50-2.49	การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-1.49	การปรับตัวอยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการปรับตัว และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน พร้อมทั้งกรอบแนวคิดและโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน ที่มีคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก)

- 1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาล เรื่อง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 1 ท่าน
- 1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตสังคม จำนวน 1 ท่าน
- 1.4 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลโรคกระดูกและข้อจำนวน 1 ท่าน
- 1.5 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน
- 1.6 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคกระดูกและข้อจำนวน 1 ท่าน
- 1.7 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 2 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ตัดสินโดยถือเกณฑ์ค่า Content valid index มากกว่า 0.80 ผลปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นชอบและยอมรับแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีค่า Content valid index .82 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1.ปรับปรุงแก้ไขภาษาที่ใช้ในคำถามบางข้อในแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการปรับตัว และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัดข้อคำถามในแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมข้อคำถามที่ 7 เนื่องจากมีค่า Content valid index .60 และเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา พบว่า ข้อคำถามขาดความชัดเจนและ มีความซ้ำซ้อน กับข้อคำถามข้ออื่น

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 9 ท่าน และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน ไปหาความเที่ยง

2.การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการปรับตัว และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน ที่ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวทั้งรายการรวมและรายด้าน (N=150)

แบบสอบถาม	Cronbach' s Alpha Coefficient
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	.85
1.1ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	.78
1.2 ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล	.60
1.3 การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่ได้รับ	.40
1.4 การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย	.56
2. แรงสนับสนุนโดยรวม	.94
2.1 ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	.89
2.2 ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ	.84
2.3 ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.91
2.4 ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	.90
2.5 การตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า	.90

แบบสอบถาม	Cronbach' s Alpha Coefficient
3. การปรับตัวโดยรวม	.91
3.1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	.85
3.2 ด้านขวัญและกำลังใจ	.87
3.3 ด้านภาวะสุขภาพ	.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการปรับตัว และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการ เพื่อขอทราบผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4. หลังจากที่ผ่านมาการอนุมัติจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก ตึก ภ.ป.ร. ชั้น 5

5. ผู้วิจัยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มเลือกตัวอย่างอย่างง่าย

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน โดยใช้เวลาการสอบถามประมาณ 40 นาที โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยอ่านแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมฟัง และผู้สูงอายุเลือกคำตอบบนภาพจัดแบ่งมาตราส่วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ในภาคผนวก)

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามภายในวันเดียวกัน

8. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2545 ถึงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2545 รวมเวลาทั้งสิ้น 2 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 150 คน ข้อมูลมีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้ 150 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับริษของข้อมูลแต่ละข้อ เพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์
2. นำแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จคอมพิวเตอร์ SPSS/ PC⁺ (Statistical Package for the Social Science/ Personal Computer)
3. กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05
4. สถิติที่ใช้ในการคำนวณมีดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละ

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกเป็นรายด้าน แล้วประเมินระดับค่าเฉลี่ย

4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson 's Product moment Correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test Statistic) เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (ถวิชัย งามสันติวงศ์, 2543:478)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.80-1.00	สูง
0.60-0.80	ค่อนข้างสูง
0.40-0.60	ปานกลาง
0.20-0.40	ต่ำ
0.00-0.20	ไม่มี

4.4 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อหาความสามารถในการร่วมพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนี้

4.4.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

4.4.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F- test)

4.4.3 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ (b) ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (Beta)

4.4.4 ทดสอบค่า t เพื่อทดสอบว่า B ของตัวพยากรณ์แต่ละตัวว่าจะส่งผลต่อตัวแปรเกณฑ์หรือไม่

4.4.5 หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์

4.4.6 สร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคกระดูกและข้อ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกตึก ภ.ป.ร. 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2
2. การวิเคราะห์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3-17
3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 18-19
4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอน และสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 20-22

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย (N =150)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	131	87.3
ชาย	19	12.7
อายุ		
60 – 69 ปี	97	64.7
70 – 79 ปี	48	32.0
> 80 ปี	5	3.3
สถานภาพสมรส		
โสด	14	9.3
คู่	92	61.3
หม้าย	8	5.4
หย่า	36	24.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	103	68.7
มัธยมศึกษา	47	31.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
< 1000	18	12.0
1001-2000	19	12.6
2001-3000	16	10.7
> 3000	97	64.7
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
< 1 ปี	29	19.3
1-2 ปี	19	12.7
2-3 ปี	13	8.7
3-4 ปี	14	9.3
> 4 ปี	75	50.0

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ศึกษามีจำนวน 150 ราย เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.3 และ ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ) อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 61.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับมากกว่า 3000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 4 ปี ถึงร้อยละ 50

2. การวิเคราะห์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายด้าน (N = 150)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	3.06	.51	ปานกลาง
ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล	2.52	.47	ปานกลาง
ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ	2.69	.44	ปานกลาง
ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค	2.96	.56	ปานกลาง
รวม	2.81	.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.81$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านต่างก็อยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา สูงสุด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=3.06$) รองลงไป ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค ($\bar{X}=2.96$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.52$)

ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำแนกตาม รายชื่อ

ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บางวันดี บางวันไม่ดี	3.57	1.06	สูง
2. ไม่มีการรับรองผลการรักษาว่าจะได้ผลดีที่สุด	3.48	.97	ปานกลาง
3. การไม่สามารถวางแผนในอนาคตให้กับตนเองได้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย	3.27	1.02	ปานกลาง
4. ความไม่แน่ใจว่าอาการปวดของจะเลวร้ายขนาดไหน	3.25	1.03	ปานกลาง
5. ความไม่แน่ใจว่าบุคลากรในทีมรักษาพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบอะไรบ้าง	3.25	.85	ปานกลาง
6. ความไม่แน่ใจว่าโรคข้อเข่าเสื่อมจะดีขึ้นหรือเลวลง	3.23	1.07	ปานกลาง
7. ความคิดเห็นในเรื่องความเจ็บป่วยที่ได้รับมีความแตกต่างกัน	3.23	1.00	ปานกลาง
8. ไม่สามารถคาดเดาอาการได้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา	3.22	1.07	ปานกลาง
9. ผลตรวจของท่านไม่คงที่แน่นอน	3.08	.90	ปานกลาง
10. การไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการป่วย	2.95	.99	ปานกลาง
11. ความไม่แน่ใจว่าการรักษาหรือยาที่ได้รับจะช่วยให้หายป่วยได้จริง	2.76	.97	ปานกลาง
12. การรักษาที่ได้รับไม่มีความยุ่งยากสามารถเข้าใจได้	2.29	.81	น้อย

ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	\bar{X}	S.D.	ระดับ
13.การไม่รู้ว่า จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อีกเมื่อไรและอย่างไร	2.14	.84	น้อย
รวม	3.06	.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอบางวันดีบางวันไม่ดี อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}= 3.57$) การรักษาที่ได้รับไม่มีความยุ่งยากสามารถเข้าใจได้ และ การไม่รู้ว่า จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อีกเมื่อไรและอย่างไรอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}= 2.29$ และ $\bar{X}=2.14$ ตามลำดับ) ส่วนรายข้ออื่นๆต่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.76-3.48$)

ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายชื่อ

ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการรักษา	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ความไม่แน่ใจว่าแพทย์จะพบความผิดปกติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอีก	2.95	.91	ปานกลาง
2. การไม่สามารถคาดเดาอาการที่ปรากฏว่าจะดีขึ้นหรือเลวลง	2.74	.94	ปานกลาง
3. ความไม่แน่ใจว่าจะสามารถขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ตลอดเวลาที่ต้องการ	2.49	.81	น้อย
4. การไม่รู้จุดหมายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ละครั้งอย่างชัดเจน	2.49	.89	น้อย
5. การไม่รู้ว่าจะอะไรคือความรุนแรงของอาการป่วย	2.39	.90	น้อย
6. คำอธิบายทุกอย่างที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน	2.35	.82	น้อย
7. การไม่ทราบถึงอาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย	2.26	.77	น้อย
รวม	2.52	.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.52$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความไม่แน่ใจว่าแพทย์จะพบความผิดปกติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอีก และการไม่สามารถคาดเดาอาการที่ปรากฏว่าจะดีขึ้นหรือเลวลงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.95$ และ $\bar{X}=2.74$ ตามลำดับ) ส่วนรายข้ออื่นๆต่างอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.26 - 2.49$)

ตารางที่ 6. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เพียงพอ	3.85	.81	สูง
2. การไม่รู้ล่วงหน้าว่าวันนี้จะดีหรือไม่ดี	3.21	1.00	ปานกลาง
3. การไม่รู้ว่าจะดูแลตัวเองอย่างไรเมื่ออยู่บ้าน	2.76	1.09	ปานกลาง
4. สิ่งที่แพทย์บอกนั้นแปลความหมายได้หลายอย่าง	2.73	1.00	ปานกลาง
5. คำอธิบายของแพทย์และพยาบาลในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษาที่ได้รับไม่ชัดเจน	2.36	.90	น้อย
6. การรักษาที่ได้รับไม่มีการยืนยันว่าได้ผลดีระดับหนึ่ง	2.27	.73	น้อย
7. การไม่รู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร	1.61	.98	น้อย
รวม	2.69	.44	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.69$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เพียงพออยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.85$) คำอธิบายของแพทย์และพยาบาลในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษาที่ได้รับไม่ชัดเจน การรักษาที่ได้รับไม่มีการยืนยันว่าได้ผลดีระดับหนึ่ง การไม่รู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคอะไรอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.36$, $\bar{X}=2.27$ และ $\bar{X}=1.61$ ตามลำดับ) ส่วนรายข้ออื่นๆต่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.73 - 3.21$)

ตารางที่ 7. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายชื่อ

การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ความไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยจะสิ้นสุดเมื่อใด	3.85	.72	สูง
2. การไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยต่อไปจะเป็นอย่างไรในอนาคต	3.54	.95	สูง
3. การไม่รู้ว่าเมื่อไรจะสามารถดูแลตนเองได้	3.11	1.1	ปานกลาง
4. เป็นเพราะการรักษาทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ	2.31	.91	น้อย
5. แพทย์ไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน	1.98	.91	น้อย
รวม	2.96	.56	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.96$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยจะสิ้นสุดเมื่อใด และการไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยต่อไปจะเป็นอย่างไรในอนาคตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.85$ และ $\bar{X}=3.54$ ตามลำดับ) เป็นเพราะการรักษาทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติและแพทย์ไม่ได้บอกการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.31$ และ $\bar{X}=1.98$ ตามลำดับ) การไม่รู้ว่าเมื่อไรจะสามารถดูแลตนเองได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.11$)

ตารางที่ 8. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายด้าน (N = 150)

แรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ	1.91	.69	ปานกลาง
ด้านข้อมูล ข่าวสาร			
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ	2.16	.61	ปานกลาง
ด้านวัตถุ			
ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.09	.62	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	2.32	.54	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	2.25	.59	ปานกลาง
รวม	2.15	.52	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.15$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.32$) รองลงไป ได้แก่ ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า ($\bar{X}=2.25$) ส่วนด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.91$)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การได้รับความช่วยเหลือด้าน ข้อมูลข่าวสาร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.การมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนที่เหมาะสม	1.99	.80	ปานกลาง
2.การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนอย่างเพียงพอ	1.95	.81	ปานกลาง
3.ความรู้สึกว่าได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่ทันสมัย	1.94	.85	ปานกลาง
4.มีผู้ชี้แจงข้อมูลข่าวสารเมื่อ ต้องการ	1.88	.83	ปานกลาง
5.มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าว สารกับผู้อื่น	1.80	.83	ปานกลาง
รวม	1.91	.69	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.91$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง การมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=1.99$) รองลงไป ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างเพียงพอ ($\bar{X}=1.95$) และการมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.80$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การได้รับความช่วยเหลือด้าน วัตถุ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพมีผู้คอยช่วยเหลือ	2.27	.78	ปานกลาง
2. เมื่อมีปัญหาด้านการเงิน จะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน	2.26	.78	ปานกลาง
3. การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน	2.21	.81	ปานกลาง
4. มีบุคคลที่จะไปไหนด้วยเมื่อท่านต้องการ	2.14	.80	ปานกลาง
5. เมื่อออกนอกบ้านจะมีคนดูแลบ้านให้ท่าน	2.05	.86	ปานกลาง
6. มีผู้ช่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.04	.86	ปานกลาง
รวม	2.16	.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพมีผู้คอยช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} =2.27$) รองลงไป ได้แก่ เมื่อมีปัญหาด้านการเงินจะมีผู้คอยช่วยเหลือ ($\bar{X}=2.26$) และมีผู้ช่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.04$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักมักักทักทายกันเสมอ	2.44	.76	ปานกลาง
2. การรับรู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ	2.25	.79	ปานกลาง
3. เมื่อมีเวลาชอบที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น	2.24	.77	ปานกลาง
4. มีการร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมกับบุคคลรอบข้าง	2.15	.83	ปานกลาง
5. ได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น	2.05	.83	ปานกลาง
6. มีความรู้สึกที่ตนเองมีส่วนร่วมสร้างสรรค์สังคมให้ดีขึ้น	1.97	.77	ปานกลาง
7. เมื่อมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามวัยจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น	1.91	.80	ปานกลาง
8. การใช้เวลาวางส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม	1.71	.78	ปานกลาง
รวม	2.09	.62	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.09$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพบปะเพื่อนฝูงหรือบุคคลที่รู้จักมักมีการทักทายกันเสมอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.44$) รองลงไป ได้แก่ การรับรู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ ($\bar{X}=2.25$) และ การใช้เวลาวางส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมทางสังคม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.71$)

ตารางที่ 12. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การตอบสนองของความต้องการ ด้านอารมณ์	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. บุคคลรอบข้างทำให้มีความรู้สึก อบอุ่นและปลอดภัย	2.43	.68	ปานกลาง
2. มีความมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วย เหลือเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้นกับท่าน	2.42	.68	ปานกลาง
3. เมื่อมีความทุกข์ทางใจมีความ แน่ใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจาก บุคคลรอบข้าง	2.39	.69	ปานกลาง
4. บุคคลรอบข้างทราบปัญหาและ ความต้องการของท่านดี	2.33	.76	ปานกลาง
5. บุคคลรอบข้างมักแสดงให้ท่านรู้ สึกว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดกับท่าน	2.33	.76	ปานกลาง
6. มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและ สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆที่ สำคัญได้	2.32	.80	ปานกลาง
7. ไม่รู้สึกว่าคุณทอดทิ้งหรืออยู่ อย่างโดดเดี่ยว	2.32	.81	ปานกลาง
8. บุคคลรอบข้าง ญาติมิตรหรือ บุตรหลานไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำ ให้หมดกำลังใจ	2.31	.78	ปานกลาง
9. การได้รับการเห็นอกเห็นใจจาก ผู้อื่นเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ	2.26	.69	ปานกลาง
10. มีผู้รับฟังเรื่องที่ทำให้ไม่สบาย ใจ	2.12	.79	ปานกลาง
รวม	2.32	.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้าน
อารมณ์ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.32$) เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบ
ว่า ทุกรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง บุคคลรอบข้างทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยมีค่าเฉลี่ย
มากที่สุด ($\bar{X}=2.43$) รองลงไป ได้แก่ ความมั่นใจว่าต้องมีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้น
($\bar{X}=2.42$) และมีผู้รับฟังเรื่องที่ไม่สบายใจ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.12$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การตอบสนองความต้องการ การยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. มีผู้ให้ความเคารพยกย่องไม่ดูแคลน	2.46	.69	ปานกลาง
2. การได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานบ้านที่สามารถทำได้	2.37	.78	ปานกลาง
3. มีผู้ให้กำลังใจให้ทำกิจกรรมเพื่อตนเอง	2.30	.77	ปานกลาง
4. ได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม	2.29	.74	ปานกลาง
5. มีโอกาสตัดสินใจในกิจกรรมของครอบครัว	2.23	.81	ปานกลาง
6. มีผู้บอกหรือแสดงให้รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	2.21	.74	ปานกลาง
7. บุคคลรอบข้างคอยให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงเพื่อให้กระทำในสิ่งที่เหมาะสมขึ้น	2.17	.74	ปานกลาง
6. มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำ	2.01	.81	ปานกลาง
รวม	2.25	.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.25$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง มีผู้ให้ความเคารพยกย่องไม่ดูแคลนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.46$) รองลงไปได้แก่ การได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานบ้านที่สามารถทำได้ ($\bar{X}=2.37$) และมีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.01$)

ตารางที่ 14. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามโดยรายด้าน (N = 150)

การปรับตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	2.24	.40	ปานกลาง
ด้านขวัญและกำลังใจ	2.45	.51	ปานกลาง
ด้านภาวะสุขภาพ	2.42	.48	ปานกลาง
รวม	2.37	.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.45$) รองลงไป ได้แก่ การปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ ($\bar{X}=2.42$) และการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.24$)

ตารางที่ 15. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

การทำหน้าที่ทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวยังคงเหมือนกับเมื่อก่อน การเจ็บป่วยครั้งนี้	2.56	.67	ดี
2.การเจ็บป่วยไม่ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ร่วมงาน	2.55	.71	ดี
3.ความสนใจในการใช้เวลาว่างหรือทำงานอดิเรกเหมือนที่เคยทำมาก่อนการเจ็บป่วย	2.55	.69	ดี
4.การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินภายในครอบครัว	2.52	.73	ดี
5.ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	2.45	.74	ปานกลาง
6.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยทำให้ต้องขาดงาน	2.44	.76	ปานกลาง
7.ความสนใจในการใช้เวลาว่างร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเหมือนเดิม เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย	2.43	.77	ปานกลาง
8.ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวเหมือนเดิม เช่นเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย	2.39	.79	ปานกลาง
9.ขณะเจ็บป่วยถ้ามีปัญหาในการทำงานบ้านสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ	2.29	.80	ปานกลาง
10.การทำกิจกรรมต่างๆในการใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกได้ตามปกติ	2.26	.81	ปานกลาง

การทำหน้าที่ทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
11. การเจ็บป่วยไม่ทำให้ต้องเปลี่ยนเป้าหมายในการทำงาน	2.24	.83	ปานกลาง
12. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่เคยทำเมื่อก่อนการเจ็บป่วย	2.23	.83	ปานกลาง
13. ความสนใจการมีกิจกรรมในสังคมเหมือนเดิมเช่นเดียวกับช่วงก่อนการเจ็บป่วย	2.18	.82	ปานกลาง
14. มีความรู้สึกเหมือนคนที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกันที่มักต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2.13	.74	ปานกลาง
15. อาชีพของในขณะนี้มีความสำคัญเช่นเดียวกับเมื่อก่อนเจ็บป่วย	2.03	.94	ปานกลาง
16. การร่วมกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนดังที่เคยทำเมื่อก่อนการเจ็บป่วย	1.97	.86	ปานกลาง
17. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานประจำและงานบ้าน	1.94	.77	ปานกลาง
18. ขณะนี้ไม่มีปัญหาในการทำงานถึงแม้ท่านจะเจ็บป่วย	1.87	.83	ปานกลาง
19. การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่เป็นอุปสรรคในการทำงาน	1.85	.81	ปานกลาง
20. สัมพันธภาพกับสามีหรือภรรยา ยังคงเหมือนกับเมื่อก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้	1.85	.89	ปานกลาง
รวม	2.24	.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.24$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวยังคงเหมือนกับเมื่อก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ การเจ็บป่วยไม่ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ร่วมงาน ความสนใจในการใช้เวลาว่างหรือทำงานอดิเรกเหมือนที่เคยทำมาก่อนการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ทำให้เกิดปัญหาการเงินในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.56, \bar{X}=2.55, \bar{X}=2.55$ และ $\bar{X}=2.52$ ตามลำดับ) ส่วนรายข้ออื่นๆต่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.85 - 2.45$)

ตารางที่ 16. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

ขวัญและกำลังใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกไร้ค่า	2.69	.61	ดี
2. ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือหมุดหวังในชีวิต	2.62	.64	ดี
3. ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด หรือควบคุมตนเองไม่ได้	2.53	.63	ดี
4. ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกตำหนิตนเอง รู้สึกผิด หรือทำให้คนอื่นเป็นทุกข์	2.49	.66	ปานกลาง
5. ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกกลัว ตึงเครียด ตกใจง่าย หรือกังวลใจ	2.45	.70	ปานกลาง
6. ในระยะนี้ไม่เคยรู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยทำให้รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไปหรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป	2.21	.71	ปานกลาง
7. ในระยะนี้ท่านไม่มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือเรื่องอื่นๆ	2.17	.77	ปานกลาง
รวม	2.45	.51	ปานกลาง

ตารางที่ 16 การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.45$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกไร้ค่า ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกเศร้าไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือหมัดหวังในชีวิต และในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด หรือควบคุมตนเองไม่ได้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.69$, $\bar{X}=2.62$ และ $\bar{X}=2.53$ ตามลำดับ) ส่วนรายข้ออื่นๆ ต่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.17 -2.49$)

ตารางที่ 17. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามรายข้อ

ภาวะสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ไม่มีความรู้สึกหดหู่ และเศร้าหมอง	2.57	.67	ดี
2. ความสามารถรับประทานอาหารได้เหมือนที่เคยรับประทานได้ก่อนการเจ็บป่วย	2.55	.68	ดี
3. ไม่มีความรู้สึกกระวนกระวายไม่สามารถอยู่นิ่งได้	2.53	.65	ดี
4. ในระยะนี้ไม่มีความรู้สึกโกรธง่ายหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายกว่าปกติ	2.41	.68	ปานกลาง
5. ยังคงมีความรู้สึกตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเหมือนที่เคยเป็น	2.23	.78	ปานกลาง
6. มีความรู้สึกว่าได้พักผ่อนอย่างเต็มที่หลังตื่นนอน	2.22	.77	ปานกลาง
รวม	2.42	.48	ปานกลาง

ตารางที่ 17 การปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} =2.42$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ไม่มีความรู้สึกหดหู่ และเศร้าหมอง ความสามารถรับประทานอาหารได้เหมือนที่เคยรับประทานได้ก่อนการเจ็บป่วย และไม่มีความรู้สึกกระวนกระวายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.57$, $\bar{X}=2.55$ และ $\bar{X}=2.53$ ตามลำดับ) ส่วนรายข้ออื่นๆ ต่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.22 - 2.41$)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้วิจัยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่18-19

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (N = 150)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-Value
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	-.453	.000
ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล	-.332	.000
ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ	-.370	.000
ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค	-.397	.000
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	-.498	.000

จากตารางที่ 18 พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลาง กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.498, -.453$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล ด้านการได้รับข้อมูลไม่

สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคมีความสัมพันธ์ในทางลบ อยู่ในระดับต่ำกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.332, -.370$ และ $-.397$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 19. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (N = 150)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-Value
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล	.460	.000
ข่าวสาร		
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ	.588	.000
ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.545	.000
อารมณ์		
ด้านการตอบสนองความต้องการด้าน	.648	.000
อารมณ์		
ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า	.659	.000
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.685	.000

จากตารางที่ 19 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ และด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .685, r = .648$ และ $r = .659$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ และด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .460, .588,$ และ $.545$ ตามลำดับ)

4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอนและสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวแปร	(1)	(2)	(3)
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม(1)	-		
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม(2)	-.425**	-	
การปรับตัว(3)	-.498**	.685**	-

**p<.01

จากตารางที่ 20 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.498$) ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($r=.685$)

ตารางที่ 21. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(R) ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าอำนาจพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F	P-Value
1. (แรงสนับสนุนทางสังคม)	.685	.470	.470	131.052	.000
2. (แรงสนับสนุนทางสังคม) (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)	.722	.522	.052	80.258	.000

จากตารางที่ 21 พบว่า ในขั้นที่ 1 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจพยากรณ์เท่ากับ .470 นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความแปรปรวนร่วมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 47 และในขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเข้าไป พบว่า ค่าอำนาจพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .522 คือ สามารถเพิ่มอำนาจพยากรณ์ได้ .052

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความแปรปรวนร่วมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 52.2

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความ รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	p-Value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.388	.042	.578	9.176	.000
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.256	.064	-.253	-4.012	.000
Constant	68.443	7.902		8.661	.000

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) = .578 หมายถึงเมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีผลทำให้การปรับตัวเพิ่มขึ้น .578 คะแนน และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) = -.253 หมายความว่าเมื่อคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีผลทำให้การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง .253 คะแนน

สร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดังนี้

1. สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม = 68.443 + .388(แรงสนับสนุนทางสังคม) - .256 (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

2. สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม = .578(แรงสนับสนุนทางสังคม) - .253(ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
5. ศึกษาความสัมพันธ์แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
6. ศึกษาอำนาจในการพยากรณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อายุตั้งแต่ 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการผ่าตัด

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (Cited in Prescott, 1987:1) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปรับตัว แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in Illness Scale: MUIS) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจหาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85, .94 และ .91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science / Personal Computer) หาความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรง

สนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test Statistic) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบเพิ่มขั้นตอนที่คำนวณได้โดยใช้สถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test Statistic) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (B) ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test Statistic)

สรุปผลการวิจัย

1. การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.81$)
2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.15$)
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.37$)
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = -.498$, $-.453$ ตามลำดับ) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแลด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับบ่อย และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคมีความสัมพันธ์ในทางลบ อยู่ในระดับต่ำกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.332$, $-.370$ และ $-.397$ ตามลำดับ)
5. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า และด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .685$, $r = .659$ และ $r = .648$ ตามลำดับ) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .460$, $.588$, และ $.545$ ตามลำดับ)

6. การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มขึ้นตอนระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงแสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงแสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 52.2 ($R^2 = .522$) สร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม = .578 (แรงแสนสนับสนุนทางสังคม) - .253 (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นพบว่าเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3) สอดคล้องกับที่โจนส์ (Jones, 2000:2543) กล่าวว่า เพศหญิงจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและมีความรุนแรงของโรคได้มากกว่าเพศชาย 1.5:4 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่า จึงทำให้แรงกดกระดูกอ่อนผิวข้อมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นตัวป้องกันความเสื่อมของกระดูกผิวข้อในผู้สูงอายุเพศหญิงส่งผลให้การเสื่อมของข้อเข่ารุนแรงมากขึ้น (Felson and Zhang, 1988:1356) นอกจากนี้ผลการศึกษานภาพร ชิโยววรรณ และคณะ ปี พ.ศ. 2531 พบว่า สภาวะสุขภาพชายดีกว่าหญิง (อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2542:104) และผู้สูงอายุเพศชายนิยมซื้อยามากกว่าที่จะมารักษาในโรงพยาบาล (นภาพร ชิโยววรรณ และจอห์น โนเวล , 2539 อ้างถึงใน บรรลุศิริพานิช, 2542:117)

การศึกษาค้นพบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.7) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ (2542:18-19) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 51.5 อาจเนื่องมาจากแต่เดิมการศึกษาภาคบังคับของประเทศไทยเพียงประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 3000 บาทต่อเดือนร้อยละ 64.7 สอดคล้องกับการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2537 พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีรายได้พอเพียง คือมีสัดส่วนร้อยละ 61.8 (อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2542:135) เนื่องจากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ทำการศึกษามีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.3) ทำให้ได้รับรายได้จากบุตรเป็นไปตามการศึกษาของ นภาพร ชิโยววรรณ ปี พ.ศ. 2531 ที่พบว่าแหล่งรายได้สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเลี้ยงชีพคือรายได้ที่มาจากบุตร (อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2542:137)

ในเรื่องระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม มากกว่า 4 ปี ร้อยละ 50 เนื่องจากลักษณะของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าค่อยเป็นค่อยไป ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (อุทิศ ดีสมโชค, 2536:4) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมเท่ากับ 2.81 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (\bar{X} =3.25 และ 3.26) การศึกษาของกิตติกร นิลมานันต์ (2538) ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (\bar{X} =3.47) การศึกษาของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (\bar{X} =2.84) และการศึกษาของเบญจวรรณ เอกะสิงห์ (2541) ในหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (\bar{X} =4.33) เห็นได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าในการศึกษาที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจเนื่องมาจากโรคมะเร็ง การติดเชื้อเอชไอวี โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่อาจทำอันตรายต่อชีวิต มีผลทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถคาดการณ์อนาคต และการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ได้รับการยืนยันว่าจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ นอกจากนี้การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมักมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วยได้เนื่องจากการเจ็บป่วยเหล่านี้มีความซับซ้อน รวมทั้งการที่บุคคลมองความเจ็บป่วยในทางร้าย (Hilton, 1988:217) ในขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ทำอันตรายถึงชีวิตแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื่องจากขีดจำกัดหรือปัญหาในการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและความปวด (สุภาพ เอื้ออารี, 2544:ก) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าในการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวข้างต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุร่วมกับระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 4 ปีเป็นส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยอมรับในความเจ็บป่วยได้บางส่วน และผู้ป่วยเหล่านี้ยังเป็นผู้ที่มาตรวจตามนัด ทำให้มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้คุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพ และมีโอกาสได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าในการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ยังพบว่าแต่ละการศึกษาที่กล่าวมามีการใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลโดยมีจำนวนข้อคำถามไม่เท่ากัน อาจทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษามากที่สุด (\bar{X} =3.06) สอดคล้องกับที่มิเชล (Mishel, 1988:227) กล่าวว่า ระยะเวลาที่บุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการสนใจสิ่ง

ต่างๆจะแคบลง โดยจะสนใจเฉพาะสิ่งที่มีความหมายความสำคัญที่เด่นชัดมากที่สุด คือ สนใจในสาเหตุของความเจ็บป่วยและผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยและการรักษาไม่ชัดเจน ไม่แน่นอน ต้องใช้เวลานานในการรักษา ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม อาการที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยโดยเฉพาะอาการปวดเข่าจึงทำให้บุคคลไม่สามารถทราบแบบแผนของอาการแสดงที่ชัดเจน ข้อมูลและประสบการณ์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะของโรค และภาวะสูงอายุเองทำให้การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุลดน้อยลง การประสานและร่วมมือกับกัลลัมเนื้อก็ลดลง รวมทั้งความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542:63) และความเข้าใจว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสของการได้รับข้อมูลข่าวสารลดลง ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีคะแนนความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาสูงกว่าด้านอื่นๆ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}=2.96$) อาจเนื่องมาจากโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นตามความเสื่อมของวัยจึงไม่รู้สึกรู้สึคนเคย ไม่สามารถรับรู้และให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ไม่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบของอาการแสดง ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าตนจะหายจากโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากลักษณะของโรค การตอบสนองต่อวิธีการรักษาในแต่ละคนรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาจึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค

ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับมีคะแนนเฉลี่ยลำดับที่ 3 ($\bar{X}=2.69$) และด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.52$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายประเมินขั้นตอน วิธีการรักษาและการดูแลไม่มีความยุ่งยากจากระบบการดูแลเป็นลักษณะที่ตรงไม่ตรงมารวมถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน รวมทั้งการใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษามีไม่มากนัก และการมาตรวจแต่ละครั้งมักใช้เวลาไม่นานมากนักจากความคาดหวังของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาจึงคุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพ จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแลต่ำกว่าด้านอื่นๆ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า เป็นไปตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1981:258-263, 1983:324-330, 1988:225-232, 1990:256-262) กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งการที่บุคคลไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นๆ หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป การกลับเป็นซ้ำหรือโรคกำเริบมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.15$) สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.32$) รองลงไป ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ ($\bar{X}=2.25$ และ $\bar{X}=2.16$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรม (2530) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มากที่สุด ซึ่ง คอปป์ (Cobb, 1979:300-304) กล่าวว่า การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์เป็นข้อบ่งชี้ว่า บุคคลนั้นได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย จากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยยังคงอยู่ร่วมกับครอบครัวถึงร้อยละ 95.6 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542:146) ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงอยู่อาศัยร่วมกับคู่สมรส บุตร หลาน และญาติ ซึ่งภภาพร ชโยวรรณ และ คณะ ปี พ.ศ. 2535 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 96 อาศัยอยู่กับครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร และญาติ ผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีโอกาสติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในบ้านเดียวกันที่มีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมกับในลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความนับถือและยอมรับผู้สูงอายุอยู่ (อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2542:142) และผู้สูงอายุมักพึงพอใจในการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน เนื่องจากในลักษณะการช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุต้องการไม่ใช่การตอบ

ที่ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.24$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนอาชีพการงาน ลดเป้าหมายหรือให้ความสำคัญของการทำงานน้อยลง ลดการมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับความเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงกว่าปกติ ส่งผลให้การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และถึงแม้ว่าความเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง เสื่อมลง และความเปลี่ยนแปลงจากสังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลมาจากการที่ต้องออกจากงาน รายได้ลดน้อยลง การลดความสัมพันธ์เพื่อนฝูงและชุมชนลดลง การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่ตนรัก ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ในขณะที่ผู้สูงอายุมักเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาจากการศึกษาของ นิตา ชูโต ปี พ.ศ. 2525 พบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาถึงร้อยละ 64.6 (อ้างถึงใน บรรลุ ศิริพานิช, 2542:153) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมีวิธีการต่างๆ ที่จะสามารถควบคุมตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับสภาพทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือเป็นไปได้ในชีวิต การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจจึงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดร่วมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ต้องการที่จะเป็นภาระของครอบครัวและบุตรหลานจึงมีความพยายามเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ ปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยโดยเฉพาะอาการปวดเข่าที่เป็นปัญหาที่สำคัญ ร่วมกับความรับผิดชอบในหน้าที่ที่เคยทำเช่นงานประจำลดลงทำให้การปรับตัวด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.498$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของคริสแมน (Christman, 1990:17-20) ที่ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และการศึกษาของจันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวทางจิตสังคมในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจวาย และการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำจะมีการปรับทางจิตสังคมดี เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนใน

ความเจ็บป่วยสูงจะมีความเศร้าเกี่ยวกับอนาคต คาดหวังอนาคตในทางลบ แรงจูงใจที่จะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง ทำให้มีแนวโน้มในการปรับตัวได้น้อยลง (Mishel, 1984:295) โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อบุคคลสามารถส่งผลคุกคามโครงสร้างภายในบุคคลทำให้เกิดความไม่สมดุล (Far-From Equilibrium System) ความรู้สึกไม่แน่นอนจะก่อให้เกิดความสับสนในระบบ (Mishel, 1990:225) ทำให้ความรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ลดลงของบุคคลลดลง (Sense of Mastery) และเพิ่มความรู้สึกเป็นอันตรายเพิ่มขึ้น (Mishel and Sorenson, 1991:167) และส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ (Braden, 1990:225) ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลทำให้ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง

เมื่อพิจารณาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นรายด้านพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย $r=-.453$ ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล $r=-.332$ ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ $r=-.370$ และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรค $r=-.397$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จากลักษณะโรคข้อเข่าเสื่อมอาการปวดจะสงบหรือกำเริบเป็นช่วงๆ ไม่สามารถคาดการณ์ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้เนื่องจากขึ้นอยู่กับอาการปวดและความพิการ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ผลของความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะเสื่อมของร่างกายจากภาวะสูงอายุเอง พยาธิสภาพมีแนวโน้มเลวลง อาการที่ไม่สม่ำเสมอ ซ้ำซากต่อเนื่องเป็นเวลานาน ความรุนแรงของโรคมากขึ้น การไม่รู้ที่จะดำเนินชีวิตร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากทั้ง 4 ด้าน ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอน โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะขัดขวางการใช้สติปัญญาและการแสดงออก (Mishel, 1984:163-171; Christman, 1990:17-20) ก่อให้เกิดความคิดอย่างไม่มีเหตุผลในการปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย (Lambert, 1991:7) ส่งผลต่อการปรับตัว ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล

5. ความสัมพันธ์แรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.685$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติ

ฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมิเชลและบราเดน (Mishel & Braden, 1987:43-57) ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมทางบวกต่อการปรับตัว การศึกษาของมอสเซอร์ และคณะ (Moser, et al., 1993:1398-1405) ในผู้ป่วย Systemic Sclerosis พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม การศึกษาของลินด์แกรน (Lindgren, 1990:456-483) ในผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะไม่สามารถปรับตัวในทางที่ดีได้ และการศึกษาของฉวีวรรณ แก้วพรหม (2531) ในผู้สูงอายุพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของอ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม อัมพร ศิวิลัย (2532) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความเข้มเข้าน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสามารถในการลดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และลดความรู้สึกซับซ้อนในการรักษาทำให้ความเข้มข้นในความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเบาบางลง และช่วยในการปรับเปลี่ยนมุมมองความจริงในชีวิต ในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่นำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมและความรู้สึกไม่แน่นอน สามารถยอมรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ได้ทำให้พบทางเลือกที่เป็นไปได้ในการดำเนินชีวิตที่หลากหลายส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี

เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน (ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร $r=.460$ ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ $r=.588$ ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม $r=.545$ ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ $r=.648$ และการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า $r=.659$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในลักษณะความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบกับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้อย่างครอบคลุม (อัปสร รังสิปการ, 2539: 38) ดังนั้นบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่าง

เพียงพอจะช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบเพิ่มขึ้นตอนในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมได้รับเลือกเข้ามาในสมการเป็นอันดับแรก สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .578 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้รับเลือกเข้ามาในสมการทำนายเป็นอันดับ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 5.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.253 และทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 52.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ มอสเซอร์ และคณะ (Moser et al., 1993:1398-1405) ในผู้ป่วย Systemic Sclerosis พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากการปรับตัวเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมในขั้นสุดท้ายที่บรรลุความสมดุลภายหลังเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Mishel, 1990:257) ซึ่งการปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวเข้ากับสถานการณ์โดยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (Mishel, 1990:259; Lazaris and Folkman, 1984:87-119) โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะแพร่กระจายเข้าไปในชีวิตของแต่ละบุคคลและบุคคลไม่สามารถขจัดออกไปได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้สามารถคุกคามโครงสร้างภายในบุคคลที่มีอยู่สามารถขัดขวางการสร้างสมดุล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความสับสนภายในระบบความรู้สึกสามารถควบคุมสถานการณ์ลดลง ส่งผลต่อความสามารถจัดการกับสถานการณ์ ในขณะที่การปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้หรือใช้เมื่อต้องเผชิญกับข้อเรียกร้อง หรือแรงผลักดันจากทั้งภายในและภายนอก (Lazarus and Folkman, 1984:182) ซึ่งมีเชลมองว่า การปรับตัวเป็นพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตสังคมจากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Uncertainty Event) (Mishel, 1988:252) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถทำให้ความเข้มข้นในความรู้สึกไม่แน่นอนที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยลดลงและปรับเปลี่ยนมุมมองความจริงในชีวิตในการ

ดำเนินชีวิตร่วมกับโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยและความรู้สึกไม่แน่นอน บุคคลจะพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองให้เหมาะกับสภาพแวดล้อม เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมนั้นได้ (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536:3) ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการพยากรณ์การปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องการแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 51.5 ส่วนที่เหลือร้อยละ 48.5 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาสูงสุด พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลในการจัดหาวิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษาแก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด

1.2 จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารต่ำสุด จึงควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูล ข่าวสารที่มีความเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ

1.3 จากผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นควรนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นแนวทางให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในการวางแผน และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากเป็นโรคที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่เหมาะสม ควรมีการจัดดำเนินการดังนี้

1.1.1 จัดการให้ความรู้และความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา ตลอดจนวิธีการดูแลตนเอง โดยการจัดโครงการเสริมสร้างความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ จัดทำข้อมูลในลักษณะของภาพและเสียงในเรื่องโรคและการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ขั้นตอนการรักษา การดูแลสุขภาพ ซึ่งมีการจัดกระทำซ้ำเป็นระยะเหมาะสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากภาวะสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง

แปลงของความสามารถในการจำซึ่งเป็นลักษณะของกระบวนการชราแต่การเปลี่ยนแปลงนี้จะไม่รุนแรงและไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตในสังคม โดยที่ความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุจะด้อยลงบ้างแต่ความจำทันทีและความจำระยะยาวยังคงปกติ และให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ลดความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล ลดการที่ผู้สูงอายุจะรับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอหรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และลดการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค รวมทั้งสร้างความคุ้นเคยต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสมลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ และไม่เกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง

1.1.2 ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีขึ้น โดยการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม และค้นหาแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบชมรมต่างๆ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การตอบสนองด้านอารมณ์ และการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพยากรณ์การปรับตัวในผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังอื่นๆ

2.2 ควรมีการพิจารณาตัวแปรพยากรณ์ไปใช้ในการศึกษาทดลองหารูปแบบในการพยาบาลในลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งเสริมการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ. **สุขภาพจิตในโรงเรียน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มกุฏราชวิทยาลัย, 2524.

กิตติกร นิลมานต์. **ความรู้สึกละอายใจในผู้ป่วย และวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

เกษม ต้นติผลาชีวะ และ กุลยา ต้นติผลาชีวะ. **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์ , 2528.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ต้นศิริ. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

จุฬารักษ์ กรวีวิชัย. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2536.

เจริญ โชติกวนิชย์. **ข้อเข่าเสื่อม** ใน. ยงยุทธ วัชรดุลย์ (บรรณาธิการ). **โรคข้อเสื่อม**, หน้า 129-146. กรุงเทพมหานคร : ไทศาลศิลป์การพิมพ์ , 2526.

เจริญ โชติกวนิชย์. **การตรวจกายภาพทางออร์โธปิดิกส์**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ฉวีวรรณ แก้วพรหม. **ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

ยงยุทธ วัชรดุลย์. **โรคข้อเข่าเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: ไทศาลศิลป์การพิมพ์, 2526.

ยุพิน โกรินทร์, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และ ฉวีวรรณ ธงชัย. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.

พยาบาลสาร 22(มกราคม – มีนาคม 2538):30-41.

วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์. **การพยาบาลออร์โธปิดิกส์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2539.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 8(เมษายน – มิถุนายน 2533): 74-81.

นิภา นิธยาน. **การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2530.

ณัฐนาฏ ไชยศิริ และ จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 4 (มีนาคม 2535): 77-85.

ทัศนีย์ เกริกกุลธร. **การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. **ผลของการใช้ระบบการพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ธวัชชัย วรพงศธร. **หลักการวิจัยทางสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2540.

ธันย์ สุภัทรพันธุ์. Degenerative Joint disease ใน สมชาย ปรีชาสุข (บรรณาธิการ) **ออร์โธปิดิกส์**. หน้า243-253. กรุงเทพมหานคร : ไทศาลศิลป์การพิมพ์, 2535.

บรรลุ ศิริพานิช. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย, 2542.

เบญจวรรณ เอกะสิงห์. **ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ประคอง กรวรรณสุด. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.

ประนอม โอทกานนท์. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุไทย : บทวิจารณ์ข้อเสนอ
แนะเชิงการวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสัมมนา เรื่องวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุไทย
 หน้า 121-124. 16 ตุลาคม 2538 หอประชุมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 กรุงเทพมหานคร.

ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. รายงานการวิจัย เรื่อง **ความต้องการการ
 พยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์.** ทูนิวิจัยงบประมาณแผ่นดิน
 ,2537.

ปราณี กาญจนวรรณศรี. **คุณภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

พงษ์ศักดิ์ดา วัฒนา, ธวัช ประสาทฤทธา และ วัลลภ สำราญเวทย์. **การวินิจฉัยและการรักษาโรค
 ข้อที่พบบ่อย.** กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด นำอักษรการพิมพ์, 2533.

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ พรรณวดี พุฒวัฒน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผล
 จากการหกล้มในผู้สูงอายุ. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2**(เมษายน –
 มิถุนายน 2534): 16-22.

ลออ หุตางกูร. **การปรับตัวของมนุษย์ หลักฐานเพื่อการพยาบาลชีวิตสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 1.
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา, 2534.

เล็ก ปริวิสุทธิ. **การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ในการประชุมฟื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 33 เพื่อ
 เทอดพระเกียรติสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร์อดุลยเดชวิกรมพระบรมชนก**
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ ,2535: หน้า 341-348.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. **การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ .**กรุงเทพมหานคร:
 วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

สมจิต หนูเจริญกุล. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์.** กรุงเทพมหานคร:
 บริษัทวิศิฏสิน , 2534.

สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยใน
 ผู้ป่วยมะเร็งรักษา. **วารสารพยาบาล 40** (มกราคม-มีนาคม 2534) : 11-26.

สมชาย อรรถศิลป์ และ อุทิศดีสมโชค **โรคข้อเข่าเสื่อม ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และสุรวุฒิ ปรีชา
 นนท์ (บรรณาธิการ) คู่มือโรคข้อ** หน้า 272 - 277. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว
 การพิมพ์, 2541.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคนอื่นๆ. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: ไสลิสติค
 พับลิชชิง จำกัด,2542.

- สุภาพ อารีเชื้อ. **ความเครียดการเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- สุทธินันท์ น้ำเพชร. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ไสว นรสาร. **ความรู้สึกไม่แน่นอน การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- อัปสร รั้งลีปราการ. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- อัมพร ศิวิลัย **ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางแค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- อานนท์ พงศ์ธรรกุลพานิช. Knee osteoarthritis : the critical reappraisal of pathogenesis and conservative treatment. **จุลสารรูมาติสซิม 1 (สิงหาคม 2542) : 36-47.**
- อุทิศ ดีสมโชค. **การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- อุทิศ ดีสมโชค. **อาการทางข้อและโรคข้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. จุลสารรูมาติสซิม 4 (พฤศจิกายน 2536) : 2-8.**
- อุทิศ ดีสมโชค. **การเรียนการสอน วิชาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซั่ม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

ภาษาอังกฤษ

- Aguilera, D.C. & Messick, J.A. **Crisis intervention: theory and metadology**. 4th ed. St Louis: Mosby, 1982.
- Altizer, L.L. Degenerative disorder. In Maher, A.B., et al (2nd ed), **Orthopaedic Nursing**. pp. 480-544. Pennsylvania: WB. Saunders Company, 1998.
- Bloom, J.R. Social support accommodation to stress adjustment to breast cancer. **Social Science Medicine** 16 (1982): 1329-1338.
- Braden,C.J. A test of the self-help model learned response to chronic illness experience. **Nursing Research** 39 (January -February 1990):42-46.
- Brandt, K.D. Osteoarthritis. In Isselbacher, K.J., et al. (13th ed), **Harrison' s Principles of Internal Medicine Volume 2**, pp. 1692-1698. New york: McGraw Hill, Inc.1994.
- Burckhardt, C.S. Quality of Life for Women with Arthritis. **Health Care Women International** 9 (1988): 229-238.
- Burke, M. and Flaherty, M.J. Coping strategies and health status of elderly arthritis women. **Journal of Advanced Nursing** 18(January 1993): 7-13.
- Byank, R.P. and Martin, D.F. Exercise - related musculoskeletal problems. In Barker, L.R., et al. (3rd ed), **Principles of ambulatory medicine**. pp.836-856. Bultimore: Williams & Wilkins, 1991.
- Callaghan, P. and Morrissey, J. Social support and health: a review. **Journal of Advanced Nursing** 18 (June 1992): 203-210.
- Christman,N.J. Uncertainty and adjustment during radiotherapy. **Nursing Research** 39 (January-February 1990): 17-20.
- Christman,N.J., et al. Uncertainty, Coping, and distress following myocardial infarction from hospital to home. **Research in Nursing & Health** 11 (April 1988): 17-82.
- Cobb ,S. Social support as a Moderator of Life stress. **Psychosomatic Medicine** 38 (September-October 1976):300-313.
- Cohen, S. and Wills, T.A. Stress, social support and the buffer hypothesis. **Psychological Bulletin** 98 (September 1985): 310-357.
- Davis,P.S. **Nursing the Orthopaedic Patient**. Singapore:Longman Singapore Publisher, 1994.

- Derogatis, L.R. The psychosocial adjustment to illness scale. **Journal of Psychosocial Research** 30 (1986): 77-91.
- Felson, D.T. Weight and osteoarthritis. **American Journal Clinical Nutrition** 63 (January - March 1996): 4305-4325.
- Felson,D.T ,et al. Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in elderly. **Arthritis & Rheumatism** 40 (April 1997):728-733.
- Felson,D.T.and Zhang,Y. An update the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. **Arthritis & Rheumatism** 1(August 1998):1343-1355.
- Goldring, M.B. The role of the chondrocyte in osteoarthritis. **Arthritis & Rheumatism**.43 (September 2000): 1916-1926.
- Goodsen, G.M. & Bush, H.A. Adaptation: a feedback process. **Advances in Nursing Science** 1 (July 1979): 51-64.
- Hilton,B.A. The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. **Issue in Mental Health Nursing** 9(March 1988): 217-238.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F., and Brown, N. The relationship between social support and selfcare practice. **Nursing Research** 33(September – October 1984): 266-269.
- Jacobson ,E.D. Type and timing of social support. **Journal of Health and Social Behavior** 27(September 1986): 250-264.
- Jones,G., et al. Sex and site differences in cartilage development. **Arthritis & Rheumatism** 43 (November 2000):2543-2549.
- Kee, C.C. Living with osteoarthritis: insiders' views. **Applied Nursing Research** 11 (February 1998): 19-26.
- Lambert, V.A. Arthritis. **Annual Review of Nursing Research** 9 (1991): 3-19.
- Lazarus,R.S. and Folkman,S. **Stress , apraisal, and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- Lee,H.J. Comparison of selected health behavior variables in elderly woman with osteoarthritis in difference enviroment. **Arthritis Care & Research** 6 (March 1993): 31-37.
- Lindgren, C.L. Burnout and social support in family caregivers. **Western Journal Nursing Research** 12 (1990): 469-487.

- Mishel,M.H. The measurement of uncertainty in illness. **Nursing Research** 30(September -October 1981) :258-263.
- Mishel,M.H. Perceived uncertainty and stress in illness. **Research in Nursing and Health** 7(1984):163-171.
- Mishel,M.H. Uncertainty in illness. **Image Journal of Nursing Scholarship** 20 (winter 1988): 225-232.
- Mishel,M.H. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. **Image Journal of Nursing Scholarship** 22 (winter 1990):256-262.
- Mishel,M.H. Uncertainty in acute illness. **Annual Review of Nursing Research** 15 (1997):57-80.
- Mishel, M.H. **Uncertainty in Illness scales manual**. USA: University of North Carolina, 1997. (Mimeographed)
- Mishel,M.H. Uncertainty in chronic illness. **Annual Review of Nursing Research** 17 (1999): 269-290.
- Mishel,M.H. and Braden,C.J. Uncertainty a mediator between support and adjustment. **Western Journal of Nursing Research** 9(February 1987): 43-57.
- Mishel,M.H. and Braden,C.J. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. **Nursing Research** 37(March/April 1988):98-127.
- Mishel,M.H. and Epstein,D. **Uncertainty in illness scales manual**. College of University of Arizona, 1990.
- Mishel,M.H. and Sorenson,D.S. Uncertainty in gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. **Nursing Research** 40 (May -June 1991):167-171.
- Mishel,M.H. ;Padilla,G.; Grant,M. and Sorenson,D.S. Uncertainty in illness theory: a replication of the mediating effects of mastery and coping. **Nursing Research** 40 (Jully - August 1991):236-240.
- Moser,D.K., Climents,P.J, Brecht,M.L. and Weiner,SR. Predictors of psychosocial adjustment in systemic sclerosis. **Arthritis & Rheumatism** 30(March 1993):1395-1404.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. Self-esteem, social support, and positive health practices. **Nursing Research** 35 (November-December 1986) : 334-338.

- Pallock, S.E., Christian, B.J. and Sands,D. Responses to chronic illness: analysis of psychological and physiological adaptation. **Nursing Research** 39 (September/October 1990): 300-304.
- Patrick, M.L., Wood, S.L. and Craven, R.F. **Medical - surgical nursing: pathophysiological concepts**. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1991.
- Pender, N.J. and Pender, A.R. **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed Norwalk: Appleton & Lange, 1987.
- Prescott, P.A. Multiple regression analysis with samples: caution and suggestion. **Nursing Research** 36 (March - April 1987): 130-134.
- Roy, S.C. **Introduction to nursing: an adaptation model**. New Jersey: Prentice - Hall, 1976.
- Sager, D.S. and Bennett, R.M. Individualizing the risk / benefit ratio of NSAIDs in older patients. **Geriatrics** 47 (August 1992): 24-31.
- Shaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. The health related function of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4 (March – December 1981): 381-405.
- Small,S.P. and Graydon,J.E. Perceived uncertainty , physical symptom, and negative mood in hospitalized patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Heart&Lung** 21(November/December 1992): 568-573.
- Webster, K.K. and Christman, N.J. Percieved uncertainty and coping post myocardial infarction. **Western Journal of Nursing Research** 10 (1988): 384-400.
- White, R.E. and Frasure – Smith, N. Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. **Heart & Lung**. 24(January – February 1995): 19-27.
- White, R.E., Richter, J.M. and Fry, C. Coping social support and adaptation to chronic illness. **Western Journal of Nursing Research** 14 (April 1992): 211-224.
- Wortman, C.B. Social support and the cancer patient: concept and metadological issues. **Cancer** 15 (May 1984): 2339-2537.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



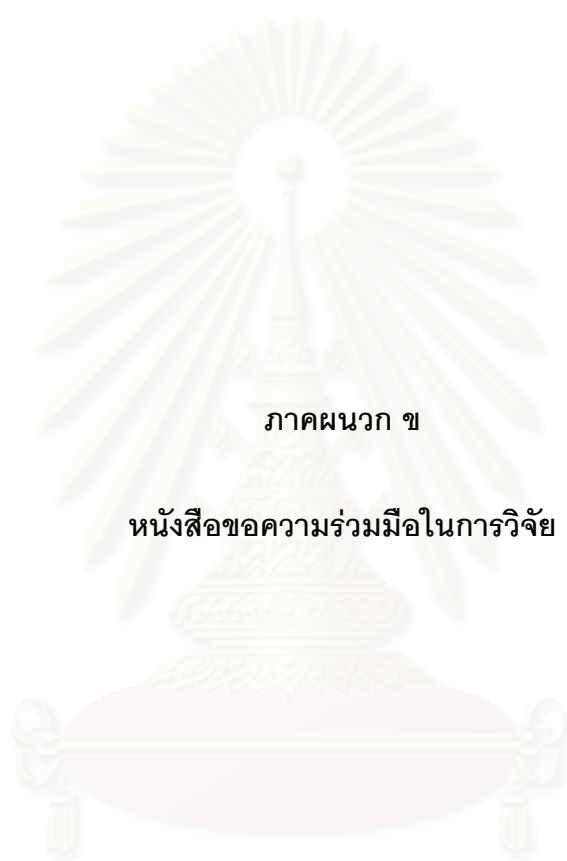
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. ศาสตราจารย์. ดร. ประพนอม โอทกานนท์ | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. อาจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. อาจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัศรา ศิริรินทร์ภาณุ | ภาควิชาการพยาบาลจิตวิทยาและ
สังคม
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 6. นางอารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ | พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 7. น.ส. ประภาพรรณ ทองรัตน์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกเจริญ-สมศรี
รัชตภาคย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 8. อาจารย์ น.พ.อารี ตनावลี | คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9. อาจารย์ จิรินทร์รา ศรีอุทัย | คณะอักษรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. อาจารย์ ไมเคิล แคปทรี | คณะอักษรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

ที่ ทม 0342/1618

๔ ธันวาคม 2544

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์

เนื่องด้วย นางสาวสุณี สุวรรณพสุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๑๕/๑๒/๒๕๔๔

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอคค่าดี)

รอง คณบดีฝ่ายการจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ โทร. 02-2189813

นางสาว สุณี สุวรรณพสุ โทร. 01-915-1210

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2544

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุณี สุวรรณพสุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ 1) นางสาวประภาพรพรณ ทองรัตน์ และ 2) นางอารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคคลข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายการจัดการศึกษาและกิจกรรมนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้มาเรียน

1) นางสาวประภาพรพรณ ทองรัตน์ 2) นางอารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์

งานจัดการศึกษา

โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ โทร.02-2189813

ชื่อนิสิต

นางสาว สุณี สุวรรณพสุ โทร. 01-9151210



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2544

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวสุณี สุวรรณพสุ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนอันในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์นายแพทย์ อารี ตनावลี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รอง คณบดีฝ่ายการจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้อำนวยการเรียน

นายแพทย์ อารี ตनावลี

งานจัดการศึกษา

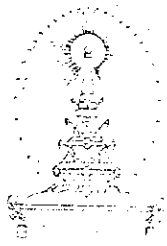
โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-218980

รายชื่ออาจารย์ผู้ประสานงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์ โทร.02-2189813

ชื่อนิสิต

นางสาว สุณี สุวรรณพสุ โทร. 01-915-1210



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกคค ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2544

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางสาวสุณี สุวรรณพสุ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ 1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด และ 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายการจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ
งานจัดการศึกษา	โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806
รายชื่ออาจารย์ผู้ประสานงาน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ โทร. 02-2189813
ชื่อนิสิต	นางสาว สุณี สุวรรณพสุ โทร. 01-915-1210

Request Form - MUIS-C

I request permission to copy the Adult Uncertainty in Illness Scale (Community Form) for use in my research entitled,

Relationships between Uncertainty in illness, Social Support, and Adaptation of Elderly with Knee Osteoarthritis

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr. Mishel, upon completion of the study a printout of the uncertainty data on a 3.5 inch disk containing the data with the data dictionary. The data must contain information on each subject's age, sex, education, and diagnosis, along with data on each subject's response to each item on the *Uncertainty Scale*. This data will be used to establish a normative data base for clinical populations. No other use will be made of the data submitted. Credit will be given to me in reports of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analyses. Credit will be given to me in any reports referring to my findings.

Sun Sungs

(Signature)

July 06, 2001

Date

Positions and full address of Investigator

Ms. Sunec Suvanpasu
92 Dinso Road, Asochingcha
Panakon, Bangkok, Thailand
10200

Permission is hereby granted to copy the MUIS for use in the research described above.

Merle H. Mishel

Merle H. Mishel

(Date)

Please send two signed copies of this form to Merle H. Mishel, PhD, FAAN; School of Nursing, CB #7460 Carrington Hall, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, 27599-7460



ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach ' s Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

เมื่อ	α	คือ	สัมประสิทธิ์ครอนบาค
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_T^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรค

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	คือ	ค่าร้อยละ
	f	คือ	แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ	จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าเฉลี่ยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	คือ	ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
	ΣX	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	N	คือ	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S.D.	คือ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ΣX	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	ΣX^2	คือ	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	คือ	จำนวนข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

4. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้วิธีเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{n\Sigma xy - (\Sigma x)(\Sigma y)}{\sqrt{[n\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][n\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	คือ	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	Σx	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
	Σy	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
	Σxy	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
	Σx^2	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
	Σy^2	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
	n	คือ	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวพยากรณ์ โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้รับการคัดเลือกเข้าสมการพยากรณ์ตัวแรก และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ตัวที่สอง

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ \hat{y} = คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์
 a = ค่าคงที่
 b_1, b_2, \dots, b_k = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
 x_1, x_2, \dots, x_k = คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\frac{\hat{y}}{Z_y} = \downarrow_1 Z_1 + \downarrow_2 Z_2 + \dots + \downarrow_k Z_k$$

เมื่อ $\frac{\hat{y}}{Z_y}$ คือ คะแนนมาตรฐานของตัวแปร
 $\downarrow_1, \downarrow_2, \dots, \downarrow_k$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
 Z_1, Z_2, \dots, Z_k คือ คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) สูตรที่ใช้ดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_1}}$$

เมื่อ R^2 คือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
 SS_{reg} คือ ความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรพยากรณ์
 SS_1 คือ ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบฟอร์มใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย
ใบยินยอมของผู้ร่วมโครงการวิจัย**

เลขที่คนไข้.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยซึ่งได้ลงนามท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาของโครงการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม”

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะที่เป็นข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าสามารถออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อข้าพเจ้าต้องการ โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ข้าพเจ้าสมควรที่จะได้รับ

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้

_____ (ลงนาม) _____

สถานที่ / วันที่

ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย

_____ (ลงนาม) _____

สถานที่ / วันที่

ผู้วิจัย

_____ (ลงนาม) _____

สถานที่ / วันที่

พยาน

รูปภาพมาตราส่วน

3

สาม

2

ภาพกลาง

1

หอ

5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 เห็นด้วย

3 เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ

2 ไม่เห็นด้วย

1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถาม

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับ
การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัว

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่าง หรือ แสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ ปี เดือน

3. สถานภาพสมรส

โสด คู่

หย่า ม่าย

4. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

5. รายได้ที่ท่านได้รับต่อเดือนประมาณเท่าใด

ต่ำกว่า 1000 บาท 1001 - 2000 บาท

2001 - 3000 บาท มากกว่า 3000 บาท

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

น้อยกว่า 1 ปี 1 - 2 ปี

2 - 3 ปี 3 - 4 ปี

มากกว่า 4 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งหมด 32 ข้อ

2. ผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วให้ผู้รับตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับข้อความในแต่ละข้อคำถามดังนี้

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ ไม่เห็นด้วย เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ ไม่แน่ใจ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ เห็นด้วย เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านส่วนใหญ่

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆหรือ ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	5	4	3	2	1
ด้าน ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา					
1. ท่านไม่แน่ใจว่าโรคข้อเข่าเสื่อมของท่านดีขึ้นหรือเลวลง					
2. ท่านไม่แน่ใจว่าอาการปวดของท่านจะเลวร้ายขนาดไหน					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการปรับตัว

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวมีทั้งหมด 33 ข้อ

2. ผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับข้อความในแต่ละข้อความ ดังนี้

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง น้อย เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้น

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ปานกลาง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มาก เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นบ่อย

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อความ	ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	3	2	1
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม			
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นอุปสรรคในการทำงานของท่าน			
2. ขณะนี้ท่านไม่มีปัญหาในการทำงานถึงแม้ท่านจะเจ็บป่วย			
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยทำให้ท่านขาดงาน			
4. อาชีพของท่านในขณะนี้มีความสำคัญต่อท่านเช่นเดียวกับเมื่อก่อนเจ็บป่วย			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีทั้งหมด 37 ข้อ

2. ผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องซึ่งตรงกับข้อความในแต่ละข้อความ ดังนี้

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง น้อย เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้น

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ปานกลาง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง

* โปรดแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง มาก เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นบ่อย

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ข้อความ	ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	3	2	1
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร			
1. ท่านมีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมต่อท่าน (เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น)			
2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างเพียงพอ			
3. มีผู้ชี้แจงข้อมูลข่าวสารเมื่อท่านต้องการ			

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว สุณี สุวรรณพสุ เกิดวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2507 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2528 เข้าศึกษาต่อใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย