

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
จังหวัดนนทบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

กัลยา จิระนกร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

ตุลาคม 2547

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.7223

ก 398 พ

ร. 3

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ของ

กัลยา จิระนคร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

ตุลาคม 2547

กัลยา จิระนคร

28 ม.ค. 2548

กัลยา จิระนคร. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาล
พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. ปรินท์งานพิมพ์ วท.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี
ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค
ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถ
ตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 314 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ
(Accidental Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้น สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t - test)
ทดสอบค่าเอฟ (F - test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยใช้โปรแกรมประมวล
ผลสำเร็จรูป

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี มีเจตคติ
ต่อโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง มีความคาดหวัง
ในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการป่วย
เป็นโรค ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ดัชนีมวลกาย ต่างกัน
มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถ
ตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดู
แลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

SELF CARE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS
AT PANANGKLAO HOSPITAL, NONTABURI PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
KALAYA CHIRANAKORN

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 2004

Kalaya Chiranakorn. (2004). *Self Care Behavior of Patients with Knee Osteoarthritis at Panangklaao Hospital, Nonthaburi Province*. Master thesis, M. Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University.
Advisor Committee : Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri, Assist. Prof. Venus Pattamapaspong.

The objectives of this survey research were to study and compare self care behavior of patients with knee osteoarthritis at Panangklaao Hospital, Nonthaburi Province. The studied variables were sex, age, educational level, marital status, occupation, income, duration of illness, body mass index, knowledge of osteoarthritis, attitude to osteoarthritis, perceived self-efficacy and perceived outcome expectation. Three hundred and fourteen patients with knee osteoarthritis were selected by accidental sampling. Questionnaires constructed by the researcher were used to interview the patients for all data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient were used to analyse the data by a computer program.

The results were as follows :

1. The patients with knee osteoarthritis had good level of self care behavior.
2. The patients with knee osteoarthritis had good level of knowledge of osteoarthritis, good level of attitude to osteoarthritis, high level of perceived self-efficacy and high level of perceived outcome expectation.
3. The patients with knee osteoarthritis who were different in age, educational level, occupation and duration of illness had significant differences in self care behavior at .05 level.
4. The patients with knee osteoarthritis who were different in sex, marital status, income and body mass index had no significant differences in self care behavior.
5. Knowledge of knee osteoarthritis, attitude to knee osteoarthritis, perceived self-efficacy and perceived outcome expectation correlated positively with self care behavior at .05 level.

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากรองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ และ อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำปรึกษา คำชี้แนะต่าง ๆ และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ดุลวิทย์ ตปนียากร นายแพทย์สถาพร เหลืองอร่าม อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้ นางสาวรุ่งเพชร แสงจันทร์ และนางนาตยา เกรียงชัยพฤกษ์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ แก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้คำแนะนำ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดียิ่ง ในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ปทุมธานีทุกท่าน และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มการพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการ รวมทั้งการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่แผนก ผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูกและข้อที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์ ขอขอบคุณ นางเบญจวรรณ พูลช่วย หัวหน้าหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกชาย ที่ให้ การส่งเสริมสนับสนุน และให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อจนจบปริญญาโท และขอขอบคุณ พี่ น้อง หน่วยงานศัลยกรรมกระดูกชายทุกท่าน ที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ เพราะคณาจารย์ทุก ๆ ท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ให้คำปรึกษา และชี้แนะ รวมทั้งให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง สำหรับพระคุณ คุณพ่อสัมพันธ์ คุณแม่รังสิมา จิระนคร พี่สาว น้องสาว ซึ่งเป็นผู้อยู่เบื้องหลัง แห่งความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

กัลยา จิระนคร

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
	ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม.....	12
	แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม.....	35
	แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถตนเอง.....	42
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	47
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	54
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	54
	งานวิจัยในประเทศ.....	55
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	61
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	62
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	62
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	63
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	63
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	65

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
(3 ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	97
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	97
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	97
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	97
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	98
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	100
อภิปรายผล.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	114
บรรณานุกรม.....	116
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก.....	127
ภาคผนวก ข.....	134
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	150

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย....	76
2	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม.....	80
3	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับ โรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถ ตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี.....	82
4	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามเพศ.....	83
5	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ.....	84
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ.....	84
7	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ.....	85
8	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	86
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	86

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	87
11	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	88
12	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	88
13	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	89
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	89
15	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ.....	90
16	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้.....	91
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้.....	92
18	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	92

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
19	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	93
20	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายคู่ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	94
21	จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	95
22	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	95
23	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ในผลลัพธ์ของ การดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	96
24	แสดงค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม.....	145
25	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เจตคติ ต่อโรคข้อเข่าเสื่อม.....	146
26	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ ความสามารถตนเอง.....	147
27	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง.....	148
28	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	149

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 ส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน.....	16
3 พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม.....	17
4 ลักษณะข้อเข่าและภาพรังสีข้อเข่าที่เป็นโรคข้อเสื่อม.....	17
5 ขั้นตอนการเกิดข้อเข่าเสื่อม.....	19
6 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าขาทำนั่ง.....	33
7 ออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาทำนอน.....	34
8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ.....	37
9 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	44
10 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	45

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากสภาพปัญหากลุ่มโรคติดต่อไปสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อมากขึ้น เนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารผิดหลักโภชนาการ การบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การบริโภคสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การบริโภคสารปนเปื้อน การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด โรคไขมันอุดตัน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคกระดูก โรคต่าง ๆ เหล่านี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าหากมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ซ่อนเร้นเนื่องจากการที่โรคไม่ได้ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต พบมากในผู้สูงอายุและส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง แต่ การเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมิแนวโน้มที่จะเกิดความเครียด และปัญหาทางจิตสังคมมากอยู่แล้ว (สุภาพ อารีเอื้อ. 2540 : 2 ; อ้างอิงจาก ญัฐนาฏ ไชยศิริ และจินตนา ยูนิพันธ์. 2535. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. หน้า 77 ; Roberts. 1990 : 1031) โรคข้อเสื่อม หรือ Osteoarthritis (OA) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีการอักเสบ (Non inflammatory joint disease) โดยมีพยาธิสภาพที่สำคัญอยู่ที่กระดูกอ่อน (Articular cartilage) แล้วทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น โรคนี้มีชื่อเรียกอยู่หลายอย่าง บางครั้งเรียกว่า Osteoarthrosis โรคข้อเสื่อมเป็นโรคที่พบได้มากทั้งในเพศชายและเพศหญิง มักพบในคนสูงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และพบได้มากกว่าร้อยละ 80-90 ในคนอายุมากกว่า 75 ปี (สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค. 2541 : 272) ในประเทศไทยพบว่าประชาชนป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาก คิดเป็นร้อยละ 60-70 และเมื่อบุคคลมีอายุ 65 ปีขึ้นไป (วัลลภ สำราญเวช. 2533 : 93) ข้อเข่าเป็นข้อซึ่งมีโครงสร้างและการทำงานที่สลับซับซ้อนมากที่สุดข้อหนึ่งของร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อเข่ามีความสัมพันธ์กับกระดูก Femur และ Tibia เอ็นต่าง ๆ ทั้งในข้อและนอกข้อ ร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ รอบข้อเข่า ซึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์ ต้องใช้ในการยืน เดิน หรือวิ่ง ข้อเข่าจึงเป็นข้อที่ถูกใช้งานอย่างหนักทุกวัน ความเครียด อุบัติเหตุ และ

โรคต่าง ๆ จึงมีโอกาสดังเกิดขึ้นแก่อ่อนวัยได้บ่อย อาการปวดข้อเข่าจึงเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดในแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ และเป็นสาเหตุที่สำคัญซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานไม่สามารถยืนเดินช่วยเหลือตนเอง หรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ (ไพจิตร อัครนบตี. 2541 : 126) โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายบริเวณผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าและแตกหลุดเป็นเศษเล็ก ๆ ตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อ ต่อมาบริเวณขอบกระดูกจะมีการงอกของกระดูกใหม่ (Osteophyte) เกิดขึ้นทำให้ผิวกระดูกไม่เรียบขรุขระ ช่องว่างระหว่างข้อเข่ามีขนาดแคบลง เมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อจะมีการเสียดสีของขอบผิวที่ขรุขระจึงมีเสียงดังในข้อ (Crepitus) กระดูกที่งอกขึ้นมาใหม่เมื่อมีการเจริญไปติดกับเอ็นรอบ ๆ ข้อเข่าทำให้รูปร่างของข้อเข่ามีการเปลี่ยนแปลง โดยข้อเข่ามีขนาดใหญ่อขึ้น (Joint enlargement) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีการดำเนินการของโรคต่อไปเรื่อย ๆ เศษกระดูกที่แตกหลุดตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อจะเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายมีกลไกกำจัด โดยอาศัยกระบวนการอักเสบจึงทำให้เกิดการอักเสบของข้อเข่าตามมา ขณะเดียวกันจะมีการสร้างหรือผลิตน้ำไขข้อ (Synovial fluid) เพิ่มขึ้นเกิดข้อบวมน้ำ (Joint effusion) (Miller. 1987 : 42-45)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดข้อและเคลื่อนไหวข้อได้ไม่เต็มที่ โดยในระยะแรกเริ่มจะมีอาการปวดเมื่อยเมื่อยืนหรือเดินนาน ๆ เมื่อหยุดพักอาการก็หาย และมีอาการข้อขัดตึงขยับไม่ค่อยสะดวก เวลาลุกจากท่านั่งเป็นทำยืน หรือหลังจากพักการใช้ข้อนาน ๆ ซึ่งอาการจะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อโรคดำเนินไปเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้รับการดูแล ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดมากและบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก เมื่อนั่งแล้วอาจลุกไม่ขึ้นต้องให้คนช่วยพยุงและอาจต้องอาศัยไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดินจะเดินระยะไกลไม่ได้ จะมีอาการปวดตลอดเวลาใช้ข้อและพักข้อ หรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหวและอาจปวดเวลากลางคืนจนทำให้ต้องตื่น (แหวดาว ทวีชัย. 2543 : 2 ; อ้างอิงจาก ยุงยุทธ วัชรดุลย์ และเล็ก ปรีวิสุทธิ. 2535. โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. หน้า 110-116.) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมบางรายอาจเกิดการหดรั้งของกล้ามเนื้อต้นขา และมีความผิดปกติของรูปร่างข้อเข่า เช่น ขาโก่ง (Genu varus) ขาฉิ่ง (Genu valgus) ทำให้ความสามารถในการเดินลดลงจากการที่ไม่สามารถเหยียดเข่าได้เต็มที่ เสียสมดุลในการทรงตัว ขาดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องอยู่ในสภาพพึ่งพาผู้อื่น (แหวดาว ทวีชัย. 2543 : 2 ; อ้างอิงจาก Jette, Branch & Berlin. 1990. *Journal of Gerontology*. p m203) อาการปวดเข่า โดยทั่วไปจะเกิดขณะใช้งาน เช่น เวลาเดินขึ้น-ลงบันได ปั่นจักรยาน เวลานั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบหรือนั่งยอง ๆ อาการปวดจะลดลงหรือหายไปเวลานอนหรือนั่งเก้าอี้ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทั่วไปจะใช้วิธีอนุรักษ์ (Conservative) ได้แก่ การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา การใช้ยา และการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู อาจพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด และข้อเข่าสูญเสียความสามารถในการทำงาน ในการใช้ชีวิตประจำวันถึงแม้จะได้รับการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์ดังกล่าว

แล้วก็ตาม ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมประสบปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร การรับประทานยาและการบริหารข้อเข่าเป็นประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บปวดบริเวณข้อเข่ามากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของ แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน แบนดูรา เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณั้ นั้น ๆ นั่นเอง คือ ถ้าเรามีความเชื่อว่ามีความสามารถเราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์. 2544 : 33 ; อ้างอิงจาก สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. หน้า 58) ดังนั้น การที่บุคคลสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องปฏิบัติได้ เมื่อปฏิบัติแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม แบนดูรา ได้อธิบายถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectation) แบนดูรา กล่าวว่า การตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่เขาปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากที่กล่าวถึง ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแต่ละคนจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองว่า จะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมคิดว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องการควบคุมการบริโภคอาหาร โดยคาดหวังในผลลัพธ์ว่าเมื่อควบคุมการบริโภคอาหารตามแพทย์สั่งก็จะทำให้ตนเองไม่อ้วน และไม่ปวดข้อเข่ามากขึ้น เป็นต้น จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจะขึ้น

กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งจะขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เดิมเป็นวัดร้าง ชื่อ “วัดเทพธูรมังค์” (วัดหัวเมือง) เริ่มก่อตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2500 เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2500 ชื่อ “โรงพยาบาลนนทบุรี” และต่อมาได้รับการเปลี่ยนแปลงชื่อใหม่ พ.ศ. 2532 เป็น “โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า” มีเนื้อที่ทั้งหมด 21 ไร่ 1 งาน 90 ตารางวา ด้านหน้าติดถนนนนทบุรี 1 ด้านหลังติดแม่น้ำเจ้าพระยา ส่วนด้านข้างทั้ง 2 ด้านติดชุมชน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑล ระหว่างจังหวัดนนทบุรี กับกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีการคมนาคมสะดวก จึงทำให้มีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ จากการดำเนินงานในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ที่แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ มีผู้มารับบริการเกี่ยวกับโรคกระดูกและข้อ จำนวน 35,845 คน (โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี. 2545 : 17) จากสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า โรคระบบกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่ออักเสบเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 4 ใน 10 อันดับแรกรองจากโรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร และโรคระบบไหลเวียนโลหิต และจากสถิติผู้ป่วยนอกแผนกออโรโธปิดิกส์ ในปี 2545 มีผู้มารับบริการตรวจ แบ่งตามตำแหน่งที่ปวดมีดังนี้ ปวดเข่าจากข้อเข่าเสื่อม จำนวน 2,302 คน คิดเป็นร้อยละ 49.54 ปวดเอว จำนวน 984 คน คิดเป็นร้อยละ 21.11 กระดูกสันหลังเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 15.98 ปวดหลัง จำนวน 410 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 และปวดคอ จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 4.61 และประกอบกับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าได้มีการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้ป่วยตลอดเวลาที่มารับบริการ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมขาดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การบริหารข้อเข่า อย่างถูกต้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ในการมาตรวจแต่ละครั้งส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง ไม่มีญาติ หรือบุคคลในครอบครัวมาเป็นเพื่อน จึงทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนไม่มารับบริการตามแพทย์นัด และบางราย พบว่า รับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่งและขาดการบริหารข้อเข่า เป็นต้น

ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เพื่อต้องการทราบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไรเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำมาวางแผนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและบรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อ-โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาการจัดรูปแบบการให้สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมารับการตรวจรักษา ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องผ่าตัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 1,454 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 314 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากสูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1967 : 886) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่

- 1.1.1 เพศ
- 1.1.2 อายุ
- 1.1.3 ระดับการศึกษา
- 1.1.4 สถานภาพสมรส
- 1.1.5 อาชีพ
- 1.1.6 รายได้
- 1.1.7 ระยะเวลาของการเป็นโรค
- 1.1.8 ดัชนีมวลกาย

1.2 ปัจจัยจิตลักษณะ ได้แก่

- 1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- 1.2.2 เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

1.3 ความสามารถตนเอง

- 1.3.1 การรับรู้ความสามารถตนเอง
- 1.3.2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง การกระทำที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันในรูปของการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกดบริเวณข้อเข่า การรับประทานยา ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. อายุ

หมายถึง จำนวนปีที่เกิดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม นับจากวันที่เกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล โดยแบ่งเป็นช่วงอายุดังนี้คือ

- 2.1 41 - 50 ปี
- 2.2 51 - 60 ปี
- 2.3 61 - 70 ปี
- 2.4 มากกว่า 70 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งออกเป็น 6 ระดับ คือ

- 3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา
- 3.2 ประถมศึกษา
- 3.3 มัธยมศึกษาตอนต้น
- 3.4 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า
- 3.5 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า
- 3.6 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

4. สถานภาพสมรส

หมายถึง ตำแหน่ง หรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 4.1 โสด
- 4.2 คู่
- 4.3 ม่าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

5. อาชีพ

หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำเป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

- 5.1 เกษตรกรรม
- 5.2 ค้าขาย หรือธุรกิจ
- 5.3 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 5.4 รับจ้าง
- 5.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน แม่บ้าน)
- 5.6 ข้าราชการบำนาญ

6. รายได้

หมายถึง รายได้ประจำรวมถึงรายได้พิเศษเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ คือ

- 6.1 น้อยกว่า 5,000 บาท
- 6.2 5,000 - 10,000 บาท
- 6.3 10,001 - 15,000 บาท
- 6.4 15,001 - 20,000 บาท
- 6.5 20,000 บาทขึ้นไป

7. ระยะเวลาของการเป็นโรค

หมายถึง ช่วงเวลาที่นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จนถึงปัจจุบัน แบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ คือ

7.1 ต่ำกว่า 1 ปี

7.2 1-4 ปี

7.3 5-8 ปี

7.4 9-12 ปี

7.5 มากกว่า 12 ปีขึ้นไป

8. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)

หมายถึง การประเมินน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย ที่ใช้กับชาย หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ค่าดัชนีมวลกายจะบอกสภาวะของร่างกาย คือ

ต่ำกว่า 18.5 กก./ม ²	แสดงว่า ผอมไป
18.5 – 24.9 กก./ม ²	แสดงว่า น้ำหนักตัวเหมาะสม
25 – 29.9 กก./ม ²	แสดงว่า น้ำหนักตัวเกิน
ตั้งแต่ 30.0 กก./ม ²	แสดงว่า เป็นโรคอ้วน

9. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ความสามารถในการจดจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกี่ยวกับรายละเอียด หรือข้อเท็จจริงของสาเหตุ อาการ การป้องกัน การรักษา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

10. เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความสนใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

11. การรับรู้ความสามารถตนเอง

หมายถึง ความรู้สึกเข้าใจ มั่นใจ และความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมว่าสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองในการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกดบริเวณข้อเข่า

12. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

หมายถึง การประมาณค่า หรือผลที่คาดว่าจะได้รับการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกดบริเวณข้อเข่า ภายหลังจากได้ปฏิบัติไปแล้ว จะทำให้อาการไม่ปวดข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น

13. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ผู้ที่เข้ามารับบริการตรวจรักษาที่แผนกออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ครั้งที่ 2 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องผ่าตัด

14. แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์

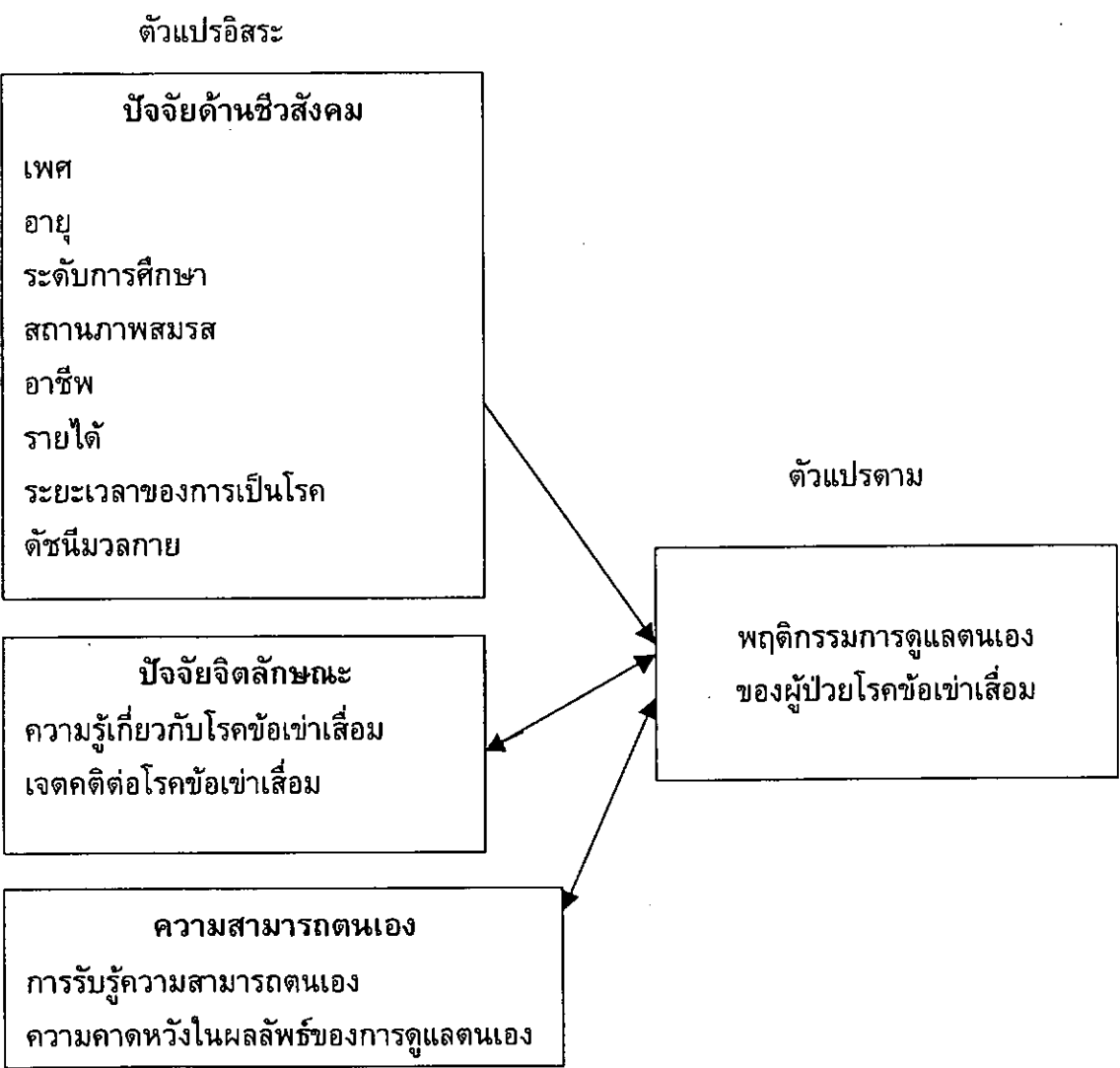
หมายถึง หน่วยที่รับตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคทางระบบกระดูกและข้อ โดยที่แพทย์ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

15. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

หมายถึง สถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งอยู่ที่ 206 หมู่ 1 ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และที่สำคัญผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมขาดการรับรู้ความสามารถตนเอง และขาดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
10. เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
11. การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
12. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนการศึกษา ค้นคว้า โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถตนเอง
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเสื่อม หรือ Osteoarthritis (OA) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการอักเสบ (Non inflammatory joint disease) โดยมีพยาธิสภาพที่สำคัญอยู่ที่กระดูกอ่อน (Articular cartilage) แล้วทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น โรคนี้มีชื่อเรียกอยู่หลายอย่าง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีอาการอักเสบ บางครั้งจึงเรียกว่า Osteoarthrosis และสำหรับคำว่า Degenerative joint disease (DJD) เป็นชื่อที่ใช้สื่อความหมายถึง ภาวะเสื่อมของข้อทั่วไป ส่วน OA มักใช้กับข้อชนิด Synovial joint ถ้าเป็นที่บริเวณกระดูกสันหลังที่ตำแหน่ง Intervertebral disc เรียกว่า Synovial joint และโรคข้อเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยมาก โดยพบได้ในเพศชาย และเพศหญิง มักพบในคนสูงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และพบได้มากกว่าร้อยละ 80-90 ในคนอายุมากกว่า 75 ปี (สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค. 2541 : 272)

โครงสร้างของข้อเข่า

ข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่ มีโครงสร้างและการทำงานที่สลับซับซ้อนมากที่สุดข้อหนึ่งของร่างกาย มีหน้าที่สำคัญในการรับน้ำหนักตัว และมีบทบาทเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

ในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าจะมีความสัมพันธ์กับกระดูกต้นขา กระดูกหน้าแข้ง เอ็นต่าง ๆ ทั้งในข้อและนอกข้อรวมกับการทำงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ รอบข้อเข่า ข้อเข่าประกอบขึ้นจากข้อต่อ 2 ข้อ คือ ข้อหลังสะบ้า และข้อเข่าหลัก ข้อเข่ามีกระดูกที่เป็นส่วนประกอบอยู่ 3 ชิ้น คือ ส่วนปลายของกระดูกต้นขา ส่วนหัวของกระดูกหน้าแข้ง และกระดูกสะบ้า ซึ่งอยู่ด้านหน้าของเข่า (เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544 : 10-11)

หน้าที่ของข้อเข่า

ข้อเข่าเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญสำหรับการใช้เดิน ข้อเข่ามีหน้าที่ดังนี้ (เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544 : 11-12)

หน้าที่หลักของข้อเข่าคือ งอและเหยียดเข่าโดยตรง มีการหมุนตัวได้เล็กน้อย ส่วนของปลายกระดูกแข็งที่มาบรรจบกันจะมีกระดูกอ่อนหุ้มอยู่ ซึ่งทำหน้าที่เป็นหมอนรองรับแรงสั่นสะเทือนหรือรับน้ำหนักที่กระทบกระแทกผ่านเข่า และผิวกระดูกอ่อนเป็นมันเรียบทำให้มีการเคลื่อนไหวที่นุ่มนวลปราศจากแรงเสียดสี นอกจากนี้ระหว่างกระดูกอ่อนที่ปลายกระดูกแข็งนั้นยังมีกระดูกอ่อนครึ่งวงกลมอยู่อีก 2 ชิ้น ทำหน้าที่เป็นหมอนรองรับน้ำหนักและแรงกระแทกอีกชั้นหนึ่ง ในรายที่เข่าได้รับแรงกระแทกที่รุนแรงหรือบาดเจ็บ จะมีการแตกหรือฉีกขาดของกระดูกอ่อนครึ่งวงกลมที่ขวางอยู่ระหว่างข้อนี้ได้ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการข้อเข่าสะดุดเข่าอ่อน หรือข้อเข่าพับทันที ในขณะที่กำลังเดินหรือวิ่งอยู่ได้ กระดูกของเข่าและกระดูกอ่อนครึ่งวงกลมถูกยึดให้กระชับแข็งแรงอยู่ได้โดยอาศัยเส้นเอ็นยึดข้อมากมาย ทั้งภายในข้อและที่อยู่รอบ ๆ ข้อ นอกจากนี้กล้ามเนื้อของข้อเข่ารอบด้านยังมีหน้าที่ช่วยเสริมความแข็งแรงของข้ออีกด้วย

กล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (Quadriceps) ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 4 มัดใหญ่ ยึดติดกับเข่าโดยอาศัยเส้นเอ็นกล้ามเนื้อซึ่งยึดติดกับกระดูกสะบ้าแล้วต่อไปที่ปุ่มกระดูกหน้าแข้ง กล้ามเนื้อกลุ่มนี้มีความสำคัญยิ่งในการเสริมสร้างความแข็งแรงของข้อเข่า โดยทำหน้าที่เหยียดหรือล็อกข้อเข่าให้ตรง ถ้ากล้ามเนื้อกลุ่มนี้อ่อนกำลังเวลาเดินเข่าจะงอหรือล้มพับลงได้ง่าย และเมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ จะทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้น เป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของข้อเข่าในลักษณะมีข้อเข่าโก่งออกด้านนอก ทำให้เดินด้วยความยากลำบากและเกิดอาการเจ็บปวดได้ง่าย ดังนั้น จะเห็นได้ว่ากล้ามเนื้อกลุ่มนี้เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในผู้ที่จะมีหรือไม่มีอาการปวดเข่า

กล้ามเนื้อต้นขาส่วนหลัง (Hamstrings) ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 3 มัด ใหญ่ยึดติดกับด้านหลังของกระดูกหน้าแข้ง ทำหน้าที่เป็นบานพับของข้อเข่าและช่วยเสริมความแข็งแรงให้ข้อเข่าเพื่อให้เกิดความสมดุลกับกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า ถ้ากล้ามเนื้อกลุ่มนี้อ่อนกำลังลงจะทำให้มีการแอ่นของข้อเข่าไปด้านหลังได้ง่าย หรือเกิดการฉีกขาดของเอ็นยึดข้อเข่าได้ง่ายเช่นกัน

เยื่อข้อเข่า ทำหน้าที่ผลิตน้ำหล่อข้อหรือไขข้อซึ่งเป็นของเหลวเมือก ๆ ฉาบบนผิวกระดูกอ่อน ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ราบรื่น คล่องตัว เหมือนน้ำมันหล่อลื่นของเครื่องจักร และยังมีหน้าที่นำอาหารมาหล่อเลี้ยงกระดูกอ่อนของเข่าอีกด้วย

ถุงน้ำ (Bursa) บริเวณข้อเข่ามีหลายถุงด้วยกัน แต่ละถุงจะอยู่ระหว่างกระดูกกับเส้นเอ็น กล้ามเนื้อที่มายึดเกาะที่กระดูก โดยมีหน้าที่เป็นหมอนรองรับป้องกันไม่ให้เกิดแรงถูไถหรือเสียดสีระหว่างเส้นเอ็นและกระดูกมากเกินไป

ความหมายของข้อเสื่อม

อุทิศ ดีสมโชค (2534 : 168) ได้กล่าวว่า ข้อเสื่อม คือ โรคข้อเรื้อรังชนิดหนึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคข้อจำพวกที่ไม่มีการอักเสบของข้อ โดยมีพยาธิสภาพของโรคอยู่ที่เยื่อข้อ และที่ปลายหัวกระดูกของข้อทำให้เกิดการเจ็บปวด สูญเสียการทำงานของข้อ หรือเกิดความพิการของข้อได้

จิตติเวทย์ ตุมราศวิน (2538 : 360) ได้ให้ความหมายของ ข้อเสื่อม หมายถึง โรคข้อชนิดที่ไม่มีการอักเสบของข้อจำพวก Synovial joint มักเกิดในวัยกลางคน หรือผู้สูงอายุ โรคนี้ทำให้เกิดความผิดปกติที่กระดูกอ่อนผิวข้อ

ธัญย์ สุภัทรพันธ์ (2538 : 321) ได้ให้ความหมายของ ข้อเสื่อม หมายถึง ความผิดปกติแบบกระบวนการที่ไม่มีการอักเสบ พบได้ในข้อที่มีเยื่อข้อ เช่น ข้อเข่า ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก ซึ่งเกิดขึ้นและดำเนินต่อไปจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของข้อ

ข้อเสื่อม (Osteoarthritis) คือ โรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีการเสื่อมสึกหรือของข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายภายหลังจากการใช้งานมานานหลายสิบปี ภาวะข้อเสื่อมตามสภาพร่างกายนั้นจึงเกิดแก่ทุกคน เช่นเดียวกับการที่ผิวหนังเหี่ยวย่น หรือผมหงอกที่เกิดขึ้นตามวัย แต่อาการปวดข้อจากการเสื่อมไม่ได้เกิดขึ้นทุกรายในผู้สูงอายุ ดังนั้น โรคข้อเสื่อมจึงเป็นคำที่ใช้เรียกภาวะข้อเสื่อมที่ทำให้เกิดอาการปวดข้อเท่านั้น ข้อเสื่อมที่ไม่มีอาการปวดไม่ถือว่าเป็นโรค (กาญจนา คุ่มภัย. 2544 : 12)

จากที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายของ ข้อเสื่อม สรุปได้คือ ข้อเข่าเสื่อมเกิดจากความผิดปกติที่เกิดกับข้อ โดยไม่มีการอักเสบของข้อเข่าร่วมด้วย และมักเกิดกับข้อที่ได้มีการเคลื่อนไหวบ่อย ๆ หรือใช้งานบริเวณนั้นบ่อยมาก ทำให้ข้อเสียหายที่

ยงยุทธ วัชรดุลย์ (2526 : 110) กล่าวว่า ภาวะข้อเสื่อมเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากขึ้น อาการข้อเสื่อมพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอัตราส่วนประมาณ 3 : 1 เพศหญิง และเพศชาย ที่มีอายุเท่ากัน โรคข้อเสื่อมในเพศหญิงมักจะรุนแรงกว่าในเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากโครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อ ในเพศหญิงมักไม่ค่อยออกกำลังกายหนักเหมือนเพศชาย ความอ้วนบวกกับความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณข้อต่อเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงเป็นโรคข้อเสื่อม และมีอาการปวดข้อรุนแรงกว่าโรคข้อเสื่อมในเพศชาย

เจริญ โชติภาณิชย์ (2526 : 131-132) กล่าวว่า ข้อเข่าเสื่อมเกิดได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) เป็นการเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ปัจจัยบางประการที่เอื้ออำนวยต่อการเสื่อมของข้อเข่าเสื่อม เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก เป็นต้น ลักษณะของความเสื่อมที่เกิดขึ้นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป

2. การเสื่อมชนิดทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) เป็นการเสื่อมของข้อเข่าที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของข้ออยู่ก่อนแล้ว หรืออาจมีปัจจัยบางอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องกับตัว เช่น กระดูกหักผ่านข้อและไม่ได้รับการรักษาจัดกระดูกให้เข้าที่ดังเดิม ทำให้ผิวข้อเสื่อมนุ้รระเกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปลักษณะทางกายวิภาคและชีวภาคและชีวกลศาสตร์ของข้อทำให้มีการทำลายของผิวกระดูกอ่อนได้ง่าย ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมในเวลาต่อมา นอกจากนั้นภายหลังเกิดการติดเชื้อภายในข้อเข่า อาจเป็นวัณโรคกระดูก หรือจากจุลินทรีย์ชนิดอื่น ๆ ก็จะมีการทำลายของผิวข้อ เมื่อหายแล้วเกิดการซ่อมแซมผิวกระดูกอ่อนที่ไม่สมบูรณ์ก็จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมได้ง่ายเช่นกัน

สมชัย ปรีชาสุข วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ (2538 : 321) กล่าวว่า การจำแนกชนิดของโรคข้อเสื่อม มี 2 ชนิดคือ

1. โรคข้อเสื่อมแบบปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) หมายถึง โรคข้อเสื่อมที่ไม่มีเหตุอื่นนำในกลุ่มนี้แต่เดิมจัดอยู่ในกลุ่มไม่รู้สาเหตุ (Idiopathic) แต่ในปัจจุบันเชื่อว่ามีปัจจัยร่วมหลายประการ ข้อที่พบว่ามีปัญหามาก ได้แก่ ข้อเข่า ข้อนิ้วมือ หลัง และข้อสะโพก

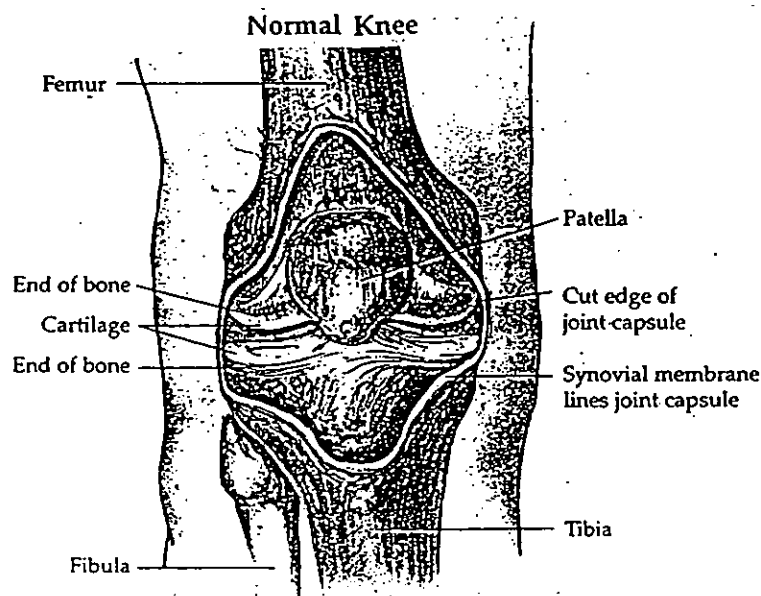
2. โรคข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) หมายถึง ข้อเสื่อมที่มีสาเหตุจากภาวะหรือปัจจัยอื่นนำ ทำให้มีความผิดปกติของโครงสร้างเกิดขึ้น เช่น การมีกระดูกหักผ่านผิวข้อ หรือมีภาวะข้อเคลื่อนหลุดมาก่อน การเกิดการตายของหัวกระดูก การติดเชื้อภายในข้อ ความผิดปกติของข้อแต่กำเนิด

พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

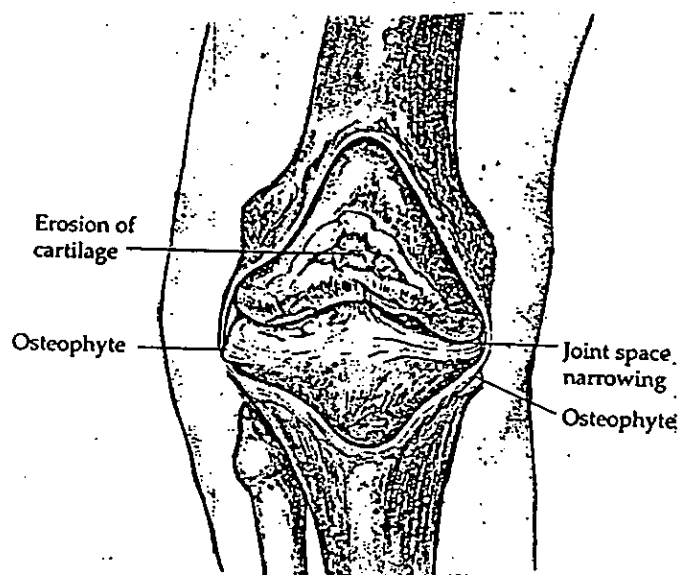
ข้อเข่าเป็นข้อที่เกิดจากกระดูก 2 ชิ้นประกบกัน (Diathrodial) เพื่อให้การเคลื่อนไหวของข้อมีความราบรื่นขจัดแรงเสียดสีและแรงกระแทกที่มีต่อกระดูกโดยตรง ส่วนปลายของกระดูกแข็งจะมีกระดูกอ่อนที่มีความยืดหยุ่นดีมากหุ้มอยู่ทั้งสองด้านพื้นผิวของกระดูกอ่อนซึ่งมองด้วยตาเปล่าจะมีลักษณะเรียบสีขาว มีความลื่นเป็นเงามัน และมีน้ำหล่อลื่นฉาบอยู่ตลอด เรียกว่า “น้ำหล่อข้อหรือน้ำไขข้อ” (Synovial fluid) เป็นของเหลวมีลักษณะเหนียวคล้ายไข่ขาวดิบ ทำหน้าที่หล่อลื่นและหล่อเลี้ยงกระดูกอ่อนพร้อม ๆ กับการแบ่งกระจายแรงกดหรือแรงกระแทกที่ผ่านข้อให้ทั่วถึง น้ำไขข้อนี้สร้างขึ้นโดยเยื่อข้อ (Synovial membrane) ซึ่งเป็นเยื่อบาง ๆ บูรอบบริเวณภายในข้อยกเว้นส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน ดังภาพประกอบ 2-3 (Warren Linda. 2000 : unpagged) และภาพประกอบ 4 (อาทรี อาหารธรรุสุข. 2522 : 96)

ยงยุทธ วัชรดุลย์. (2526 : 111) การเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อม จะเกิดขึ้นภายหลังที่ข้อถูกใช้งานเป็นสิบ ๆ ปี โดยเฉพาะบริเวณผิวของกระดูกอ่อนส่วนที่ถูกแรงกระแทกหรือแรงเสียดสีมากที่สุด ในระยะแรกของการเสื่อมของกระดูกจะเริ่มมีสีเหลืองขุ่น บางส่วนมีลักษณะอ่อนนิ่ม (Malacia) มีผิวขรุขระจากรอยแตกและผิวบางส่วนเป็นรอยบวมจากแรงกด ซึ่งเกิดสลับกับบริเวณกระดูกอ่อนที่มีลักษณะปกติ ในระยะหลังของการเสื่อม ผิวของกระดูกอ่อนจะลู่ที่ขอบ (Frayed) และเริ่มแตกเป็นเส้นเล็ก ๆ (Fibrillate) ขณะเดียวกันก็จะมีรอยแตกลึกลงไปเนื้อของกระดูกอ่อน บางครั้งจะมีเศษกระดูกอ่อนที่แตกหลุดออกไปอยู่ในน้ำไขข้อ ซึ่งจะทำให้เยื่อข้อเกิดการอักเสบ (Acute synovitis) ได้บริเวณกระดูกอ่อน (Subchondral bone) ตรงบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวลงไปจะมีการสร้างกระดูกใหม่เกิดขึ้น ทำให้เมื่อถ่ายภาพรังสีจะมองเห็นกระดูกงอกหรือติ่งกระดูก (Osteophyte spur) ผิวของกระดูกอ่อนและผิวของกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน จะมีลักษณะหนาที่บวม มีถุงน้ำ (Subchondral bone cyst) เกิดขึ้นบริเวณใกล้ข้อเข่า ซึ่งเกิดจากน้ำไขข้อที่มีปริมาณมากขึ้นเนื่องจากการอักเสบของเยื่อข้อ

ส่วนประกอบของข้อเข่าปกติ พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม และลักษณะข้อเข่า และรังสีข้อเข่าที่เป็นชนิดข้อเสื่อม สามารถแสดงดังภาพประกอบ 2, 3 (Warren Linda. 2000 : unpagged) และภาพประกอบ 4 (อาทรี อาหารระสุข. 2522 : 96)



ภาพประกอบ 2 ส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน



ภาพประกอบ 3 พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม



ภาพประกอบ 4 ลักษณะข้อเข่า และภาพรังสีข้อเข่าที่เป็นโรคข้อเสื่อม

มณฑา ลิ้มทองกุล และสมพร ชินโนรส (2543 : 51-52) กล่าวว่า โรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบของข้อ ดังนี้

1. ผิวกระดูกอ่อนที่เคยเป็นมันและมีสีฟ้าอ่อน จะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองขุ่น ผิวข้อไม่เรียบ แตกเป็นร่อง หรือกระดูกอ่อนหลุดล่อนออกเป็นหลุมเล็ก ๆ การเปลี่ยนแปลงนี้จะขยายออกไปเรื่อยตามความรุนแรงของโรค ในขณะที่ผิวกระดูกอ่อนมีการบวม น้ำ ขุ่นมัว และมีลักษณะนุ่ม เรียกว่า ภาวะกระดูกอ่อนนุ่ม (Chondromalacia) เมื่อโรคเป็นมาก กระดูกอ่อนแตกแยก และใย collagen แยกออกกันมีลักษณะเป็นปุยเรียกว่า Fibrillation เมื่อโรคดำเนินต่อไป รอยแตกจะลึกลงไปจนสุดความหนาของกระดูกอ่อนผิวข้อเรียกว่า fissuring และในที่สุดกระดูกอ่อนผิวข้อจะหลุดล่อนหมด จนเห็นผิวกระดูก Subchondral ที่ถูกเสียดสีมีสีเหลืองมันเหมือนงาช้าง เรียกว่า Eburnation

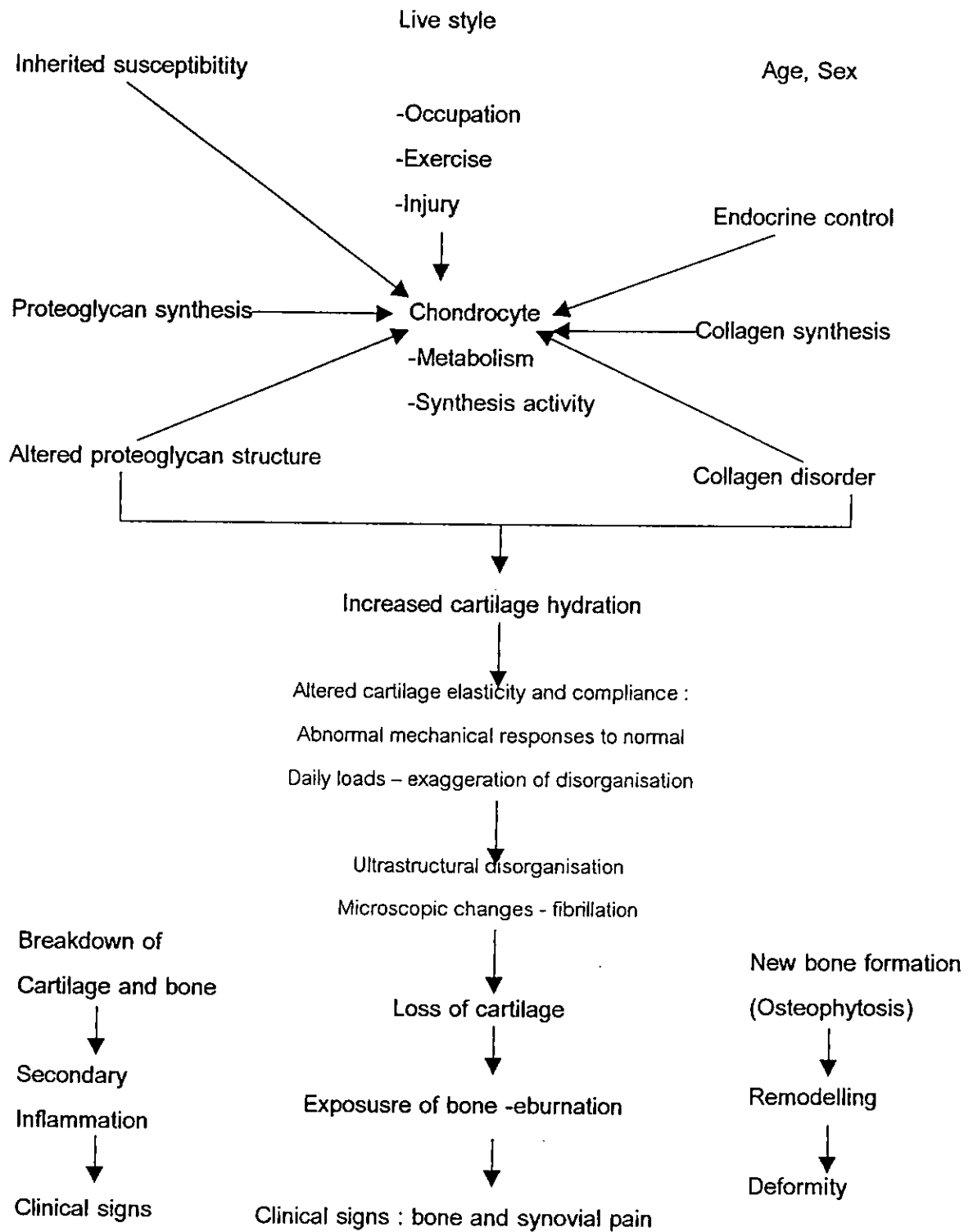
2. เมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อสึกกร่อนไป ทำให้ข้อเสียดความมันคงและมีการกระตุ้น Chondrocyte ที่อยู่รอบข้อ ทำให้มีกระดูกอ่อนงอกขึ้นมาตามขอบของกระดูกอ่อนผิวข้อ ต่อมาจะมีสารแร่มาเกาะและกลายเป็นกระดูกเรียกว่า กระดูกงอก ถ้ากระดูกงอกนี้มีขนาดใหญ่จะขัดขวางการเคลื่อนไหวของข้อ ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง

3. การเกิดเป็นถุงน้ำ (Cyst formation) บริเวณกระดูก Subchondral สาเหตุเกิดจากการที่กระดูกได้รับแรงกดอัดมากเกินไป จนมีการแตกทำลายเฉพาะที่ของกระดูก และมีการเสื่อมสภาพแบบ Mucoïd และ Fibrinosis บางครั้งถุงน้ำนี้ต่อกับผิวกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้น้ำเลี้ยงข้อเข้าไปอยู่ในถุงน้ำ

4. Secondary synovitis and capsulitis ในข้อที่มีการเสื่อมมากจะมีผลึกเกลือ Enzyme หรืออื่น ๆ ที่ออกมาจากกระดูกก่อนผิวข้อที่ถูกทำลายไป สารเหล่านี้จะระบวณและทำลายเยื่อข้อ ทำให้เยื่อข้ออักเสบ การระบวณต่อเยื่อข้อดังกล่าว ยังทำให้เยื่อข้อหลังน้ำเลี้ยงข้อมากขึ้น ในขณะเดียวกันน้ำเลี้ยงข้อยังมี Hyarulonate มากกว่าปกติ จึงมีความหนืดสูง ประกอบกับถุงหุ้มข้อหนาขึ้นและหดแคบ ผลที่ตามมาคือ ข้อฝืด และเคลื่อนไหวได้ลดลง

ภาพถ่ายทางรังสีของข้อเข่าเสื่อม จะบอกให้ทราบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมเล็กน้อยเพียงใด สามารถดูจาก Osteophyte และช่องแคบของข้อ และได้มีผู้จัดความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมออกเป็นเกรดได้ 5 เกรด เกรด 0 หมายถึง ไม่มีลักษณะของข้อเสื่อม เกรด 1 หมายถึง มี Osteophyte เล็กน้อย เกรด 2 หมายถึง มี Osteophyte แต่ Joint space ไม่ถูกทำลาย เกรด 3 หมายถึง ช่องแคบของข้อลดลงปานกลาง เกรด 4 หมายถึง ช่องแคบของข้อลดลงมากร่วมกับมี Sclerosis ของ Subchondral bone ผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมคือ ผู้ที่มีระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม โดยดูจากภาพถ่ายทางรังสีของข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่เกรด 2 (Cooper. 1998 : 21)

การ์ตเนอร์ (Gardner. 1983 : 418-424) ได้อธิบายการเกิดข้อเข่าเสื่อม ตามภาพประกอบ 5 ดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการเกิดข้อเข่าเสื่อม

จากภาพประกอบ 5 สามารถอธิบายได้ว่า กรรมพันธุ์ เพศ อายุ อาชีพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ฮอรโมนในร่างกาย และการได้รับบาดเจ็บที่เข่า เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของเซลล์กระดูก (Chondrocyte) ในการสร้างสารที่เป็นโครงสร้างของกระดูกอ่อน เช่น การสร้างเส้นใยคอลลาเจน (Collagen) การสร้างโปรตีโอไกลแคน (Proteoglycan) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการคงรูปของกระดูกอ่อน และการยืดหยุ่นต่อการรับน้ำหนัก เมื่อข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากกว่าปกติอันเนื่องมาจาก ความอ้วน ความผิดปกติของข้อเข่า เช่น ขาโก่ง ออกนอก หรือโก่งเข้าใน เป็นต้น มีผลทำให้เกิดแรงที่มากระทบต่อข้อเข่ามากกว่าปกติ (Abnormal mechanical responses to normal daily loads) จึงทำให้เกิดความผิดปกติของผิวกระดูกอ่อน เกิดการแตกและหลุดเป็นเส้น ๆ (Fibrillation) มีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (Loss of cartilage) ที่ปกคลุมกระดูก ทำให้กระดูกเกิดการเสียดสี สึกกร่อน (Exposure of bone-on-bone) ผลที่เกิดขึ้นมาก็คือ จะเกิดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดข้อ ปวดกระดูก เกิดการอักเสบ และอาจเกิดการสร้างกระดูกใหม่ขึ้นมาแทนที่ (Remodelling) ซึ่งทำให้กระดูกผิดรูปไปจากเดิมได้ (Deformity)

ฟาร์คิล (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 15 ; อ้างอิงจาก Frankel. 1982. *Instructional Course Lectures*. p152-166) กล่าวว่า อัลลแบค (Ahlback) ได้แบ่งระยะการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็น 5 ระยะ โดยสามารถพิจารณาจากภาพรังสีเข่าในท่ายืนลงน้ำหนัก ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 Narrow Joint line คือ มีระยะห่างระหว่างกระดูกต้นขา (Femur) และกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) แคบกว่าปกติ มีการสูญเสียกระดูกอ่อนมากกว่า ร้อยละ 50

ระยะที่ 2 Abent joint line คือ ไม่สามารถมองเห็นรอยต่อ หรือระยะห่างระหว่างกระดูกต้นขา (Femur) และกระดูกหน้าแข้ง (Tibia)

ระยะที่ 3 Minor bone attrition คือ เริ่มมีการสึกกร่อนของกระดูกเล็กน้อย

ระยะที่ 4 Moderate bone attrition คือ มีการสึกกร่อนของกระดูกปานกลาง โดยมีการสึกกร่อนของกระดูก (Bone loss) 0.5-1 เซนติเมตร

ระยะที่ 5 Gross bone attrition คือ ระยะที่มีการสึกกร่อนของกระดูกอย่างมาก และพบว่าการเคลื่อนหลุดของข้อเข่าได้บ่อย ๆ

สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

โกลดิง (Goding. 1973 : 110-115) และทูเร็กซ์ (Turex. 1977 : 1216) เชื่อว่ามีปัจจัยบางประการที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม มีดังนี้คือ

1. อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมของร่างกายต่าง ๆ โดยเฉพาะเอ็นกล้ามเนื้อที่ยึดจับกระดูกจะเสื่อมคุณสมบัติ เอ็นซึ่งเคยมีความเหนียวแน่นยืดหยุ่นจะหย่อน

เกิดการหลวมของข้อและทำให้เกิดความผิดปกติของข้อเข่า ส่วนใหญ่มักจะเริ่มเมื่ออายุตั้งแต่ 40-45 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบัน พบว่า ความเสื่อมของข้อเข่าอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุน้อย โดยอาจมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งนำหน้ามาก่อนแล้ว

2. เพศ พบว่า เพศหญิงเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย
3. น้ำหนักตัว น้ำหนักเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ถ้าน้ำหนักตัวมาก จะทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากขึ้นทำให้เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนได้ง่าย
4. ความผิดปกติของข้อเข่ามีลักษณะโก่งออกนอก (Genu varum) หรือโก่งเข้าในซึ่งจะทำให้แรงกดมากทางด้านตรงข้ามกับที่โก่งออก แรงที่มากกระทำต่อข้อเข่านี้จะไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนเพิ่มมากขึ้น
5. อากัปกิริยาที่กระทำบ่อย ๆ ได้แก่ การขึ้นลงบันได การเดิน การยืน การนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ และนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน ๆ และเป็นประจำ จะทำให้ผิวกระดูกถูกเสียดสีและแตกสลายได้ง่าย
6. การได้รับบาดเจ็บรายต่อข้อเข่า เช่น กระดูกเข่าแตกหัก (Fracture) การเคลื่อนหลุดของข้อเข่า (Dislocation) และการเคลื่อนที่ของข้อเข่าเป็นบางส่วน (Subluxation) เป็นต้น
7. ฮอร์โมนและสารต่าง ๆ ในร่างกาย (Metabolic and endocrine factor) พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในหญิงวัยหมดประจำเดือน หรือผู้ที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูง
8. สภาพอากาศ พบว่า ผู้ที่อยู่ในแถบที่มีอากาศหนาวจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มาก
9. อาหาร พบว่า ในประเทศไซบีเรีย (Siberia) ผู้ที่รับประทานข้าวเกรน (Grain) ซึ่งมีสารฟูซาเรีย (Fusaria) อยู่ในเมล็ดข้าวจะมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

สมชัย ปรีชาสุข วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วณะวิศิษฐ์ (2538 : 323-234) กล่าวถึง สาเหตุของการเกิดข้อเสื่อม ว่ามีหลายปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดโรคข้อเสื่อม

1. การเปลี่ยนแปลงทางชีวกลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นได้จาก

1.1 น้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาทางระบาดวิทยาในโรคข้อเสื่อมแบบปฐมภูมิ พบว่า ความอ้วนและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะในผู้หญิง คนที่เริ่มมีน้ำหนักตัวมากเมื่ออายุ 20 ปี จะมีโอกาสเกิดข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า

1.2 สภาพะการทำงาน หรือเล่นกีฬา ที่ต้องใช้ข้อมาก ๆ จะมีโอกาสเกิดข้อเสื่อมมากกว่าคนปกติ ยกตัวอย่างในคนที่ทำงานใช้เครื่องเจาะถนน มีโอกาสเกิดการเสื่อมของข้อนิ้วมือและข้อศอกมากกว่าคนปกติ เป็นต้น

2. อายุ ลักษณะการเสื่อมของข้อจะพบมากขึ้นเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับกระดูกอ่อนในคนวัยหนุ่มกับคนมีอายุพบว่า มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้คือ

2.1 Chondrocyte จะมีขนาดใหญ่กว่าปกติ 2 ถึง 3 เท่า ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการสะสม Intracellular lysosomal enzyme มากขึ้น เป็นผลให้เกิดการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อน นอกจากนั้นพบว่า Chondrocyte ในคนสูงอายุมากจะไม่มี การแบ่งตัว (Mitosis) และไม่มี การสร้าง DNA

2.2 เมื่ออายุมากขึ้น อัตราส่วนของ Chondroitin Surface ต่อ Keratan sulfate จะมีการเปลี่ยนแปลงจาก 12 ต่อ 1 เมื่อแรกเกิด เป็น 2 ต่อ 1 เมื่ออายุมากขึ้น (Keratan sulfate จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น แต่ Chondroitin 4- sulfate จะลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น ส่วน Chondroitin 6-sulfate จะมีปริมาณค่อนข้างคงที่)

2.3 Collagen จะมี Termal stability มากขึ้น แต่ Solubility ลดลงทำให้มีความแข็งแรงมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าการสังเคราะห์ Collagen ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

3. กรรมพันธุ์ ในผู้ป่วยพวกที่มีอาการเสื่อมของข้อหลาย ๆ ข้อ พบว่ามีความสัมพันธ์กับลักษณะทางกรรมพันธุ์

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ประจักษ์ เทียนบุญ (2534 : 6) กล่าวถึง อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่า ซึ่งเป็นอาการแรกที่ยังบอกถึงการมีปัญหของโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนี้จะมีลักษณะของอาการปวดไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของข้อ อาจปวดทั้งเข่า ด้านหน้า ด้านหลัง ด้านใน หรือด้านนอก ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งอาการปวดชัดเจนแน่นอน สามารถวินิจฉัยได้ง่าย โดยดูว่ามีอาการบวมและกดเจ็บมากกว่าปกติหรือไม่ ส่วนใหญ่แล้วอาการเจ็บปวดมักจะเริ่มเป็นที่ด้านในของข้อเข่าก่อน เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนักมากที่สุด กลุ่มของเนื้อเยื่อที่อาจจะเกิดอาการมีหลายลักษณะ ตั้งแต่เส้นเอ็นต่าง ๆ ลึกเข้าไปจนกระทั่งถึงหมอนรองเข่าและตัวกระดูก ความเสื่อมที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของเนื้อเยื่อต่าง ๆ นั้น การตรวจจะสามารถทราบได้โดยการกดดูว่าเจ็บที่จุดใด ผู้ป่วยบางรายอาจจะกดเจ็บหลาย ๆ จุด หรืออาจจะไม่มีจุดกดเจ็บเลย และอาจจะคลำได้ถึงกระดูกที่งอกออกมาไม่ว่าจะเป็นที่กระดูกสะบ้า (Patella) หรือที่ขอบของเข่า บางรายอาจจะมึนในข้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในรายที่มีอาการมากอาจจะมีอาการอักเสบได้บ้างแต่ไม่มากนัก ไม่มีลักษณะแดงร้อนเหมือนกับการอักเสบอื่น ๆ อาจจะคลำได้เพียงอุ่น ๆ เล็กน้อยเท่านั้น ในคนที่เป็นมากและเป็นมานานลักษณะเข่าอาจจะบวมขึ้นจากการหนาตัวของเยื่อข้อ ส่วนใหญ่การเคลื่อนไหวของเข่ามักจะเป็นปกติ ยกเว้นในขณะที่กำลังปวดมาก ๆ เท่านั้น ในรายที่ผิวกระดูกอ่อนเสียไปมาก ๆ จนถึงขั้นผิวของกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อนอาจจะได้ยินเสียงกระดูกเสียดสีกัน และอาจจะพบว่า เข่าเหยียดไม่สุดหรือเข่ายึดติดไม่สามารถขยับได้ สาเหตุนี้อาจจะเกิดจากหมอนรองเข่าเข้าไปขวางได้ กระดูกอ่อนและกระดูกซึ่งอยู่ใต้กระดูกอ่อนที่เสียไปมาก ๆ

จนทรุดตัวลง จะทำให้เกิดความพิการในลักษณะของเข่าโก่ง อันมีผลไปถึงข้อซึ่งจะหลวมมากกว่าปกติด้วย

อาการของข้อเข่าเสื่อม

1. ข้อฝืด ข้อติด หรือข้อแข็ง (Stiffness) เป็นอาการเริ่มแรกของข้อเข่าเสื่อม โดยผู้ป่วยมีอาการข้อฝืดประมาณ 3-4 นาที อาการข้อฝืดจะทุเลาเมื่อ ขยับ ไขข้อ หรือใช้ข้อติดต่อกันนาน ๆ และอาการข้อฝืดจะหายไปเมื่อได้พัก (ธัญย์ สุภัทรพันธ์. 2538 : 324)
2. ความปวด (Pain) ความปวดเป็นอาการแสดงของข้อเข่าเสื่อมที่พบได้บ่อยที่สุด (McCarthy. 1994 : 389) และเป็นอาการแสดงที่สำคัญที่สุดที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ (ธัญย์ สุภัทรพันธ์. 2538 : 324) ความปวดขึ้นอยู่กับข้อที่เป็น ระยะเวลา และความรุนแรงของโรค ความปวดระยะแรกคือ ความปวดเล็กน้อยบริเวณข้อที่มีการเสื่อมเกิดภายหลังการใช้ข้อ และบรรเทาอาการปวดลงด้วยการพักข้อ เมื่อข้อเสื่อมมากขึ้นความปวดอาจเกิดขึ้น แม้ระหว่างการพักของข้อ หรือเวลานอนหลับ (Brandt. 1985 : 1433)
3. การบวม (Swelling) การบวมมี 2 แบบคือ การบวมจากเนื้อเยื่ออ่อน ซึ่งเกิดจากการอักเสบของเยื่อข้อ ทำให้มีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อมากขึ้น และการบวมจากกระดูกที่มีการสร้างกระดูกขึ้นใหม่
4. การเคลื่อนไหวของข้อลดลง (Limitation of motion) ซึ่งเกิดจากผิวหน้าของข้อ ขรุขระ กล้ามเนื้อเกร็งตัวและหดรั้ง มีกลไกกีดขวางการทำงานของข้อ เช่น Chondrophyte และ Osteophyte (Moskowitz. et al. 1993 : 1743)
5. การผิดรูปร่างของข้อ (Deformity) เกิดจากการที่กระดูกอ่อน กระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนถูกทำลายไปมาก มีถุงน้ำในข้อ ร่วมกับมีกล้ามเนื้อลีบ จึงทำให้ข้อเข่าผิดรูปร่าง และมีขาโก่ง เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย

ประกิจ เทียนบุญ (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 18 ; อ้างอิงจาก ประกิจ เทียนบุญ. 2534. จุลสารรูมาติสซั่ม. หน้า 7) ได้กล่าวถึง การตรวจเพื่อช่วยวินิจฉัยข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี ทั้งการตรวจต่าง ๆ ทางห้องทดลอง การตรวจภาพรังสีธรรมดา และการตรวจพิเศษอื่น ๆ ผลการตรวจเลือดทางห้องทดลองมักให้ผลปกติทั้งหมด รวมทั้งการตรวจวิเคราะห์ของเหลวในข้อด้วย นอกจากนี้การพิสูจน์ผลชิ้นเนื้อก็ไม่สามารถบอกพยาธิสภาพที่แน่นอนได้ เพียงแต่บอกว่าไม่มีโรคอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุเท่านั้น ซึ่งก็คือใช้หลักการแยกโรคอื่น ๆ ออกไป การตรวจด้วยภาพรังสีดูจะเป็นวิธีที่ให้ผลชัดเจนมากที่สุด แต่ก็ไม่สามารถแสดงถึงความเสื่อมที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ โดยจะแสดงเฉพาะกับส่วนที่เป็นกระดูกเท่านั้น โดยพบลักษณะต่าง ๆ

ตั้งแต่เริ่มแรกคือ ช่องในข้อเข่าแคบลง ซึ่งอาจจะดูยากในรายที่เป็นน้อย โดยต้องเทียบกับช่องในข้อเข่าด้านตรงข้ามด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีกระดูกงอกหรือเดือยกระดูกโดยช่องในข้อเข่ายังคงปกติอยู่ กระดูกที่งอกออกมาอาจจะเป็นที่ขอบของข้อหรือเป็นที่กระดูกหน้าแข้งตรงทibia สไปน์ (Tibia spines) ถ้าอาการมากขึ้นจะพบลักษณะการแข็งกระด้าง (Sclerosis) บริเวณกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน และบางรายอาจจะมีถุงน้ำเกิดขึ้นด้วย ในรายที่เป็นมากแล้วจะพบว่า เข่าโก่ง กระดูกหน้าแข้งตรงมีเดือย ทibia พลาโท (Medial tibia plateau) หดต่ำลงมา

เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้มีการใช้วิธีการที่เรียกว่า “อาร์โทรสโคป” (Arthroscope) ซึ่งเป็นการส่องเข้าไปในข้อเข่าโดยตรง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผิวกระดูกอ่อนว่ามีการแตกและหลุดเป็นเส้น ๆ หรืออื่น ๆ หรือไม่ ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะยังไม่มีการแสดงจากภายนอกที่ข้อเข่าแต่อย่างไร

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

อุทิศ ดีสมโชค (2534 : 201) ได้กล่าวถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีจุดมุ่งหมาย ดังนี้คือ

1. บรรเทาอาการปวดเข่า
2. เพื่อให้ข้อเข่าทำหน้าที่ได้ตามปกติ
3. ป้องกันข้อเข่าพิการ

การรักษาโรคข้อเข่า มีดังนี้ (อุทิศ ดีสมโชค 2534 : 201-205)

1. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั่วไปที่เหมาะสม มีความสำคัญมาก เช่น การลดน้ำหนักตัว ถ้าอ้วนควรหลีกเลี่ยงท่าทางในชีวิตประจำวัน que เพิ่มแรงกดในข้อเข่า เช่น การนั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า การขึ้นบันไดบ่อย ๆ ฯลฯ
2. การรักษาทางยา จะใช้ยาแก้ปวด ในกลุ่มของยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และการฉีดยาพวกสเตียรอยด์เข้าข้อ (Intra-Articular Steroid Therapy) ซึ่งจะให้อาการปวดดีขึ้นในสัปดาห์แรก แต่เมื่อผ่านพ้น 4 สัปดาห์ ผลไม่แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้ฉีดโดยแพทย์จะใช้เมื่อมีอาการอักเสบรุนแรง แต่ไม่ควรใช้ซ้ำ
3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีความจำเป็น แนะนำวิธีการง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านได้ มีหลักคือ การใช้ความร้อนความเย็นประคบ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และฝึกบริหารกล้ามเนื้อควอดโทรเซ็ปส์ให้แข็งแรง
4. การรักษาโดยวิธีผ่าตัด เมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับข้อเข่ามาก การผ่าตัดมีหลายแบบ คือ

4.1 การผ่าตัดเปลี่ยนจุดรับน้ำหนัก (High tibial osteotomy)

4.2 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (Total knee replacement)

4.3 การทำผ่าตัดเชื่อมข้อ (Arthrodesis)

ประกิจ เทียนบุญ (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 19-21 ; อ้างอิงจาก ประกิจ เทียนบุญ. 2534. จุลสารรูมาติสซั่ม. หน้า 7-9) การรักษาข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงที่ปรากฏออกมาว่ามากน้อยแค่ไหน โดยไม่ควรรักษาผู้ป่วยตามลักษณะที่เห็นจากภาพรังสี แต่อาจใช้เป็นส่วนประกอบเพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยทั่วไปแล้วแนวทางการรักษาให้พิจารณาจาก

1. อาการเจ็บปวด
2. อาการแสดง และความพิการ
3. ลักษณะความผิดปกติจากภาพรังสี
4. สภาพจิตใจของผู้ป่วย

วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

1. การรักษาทางยา
2. การทำกายภาพบำบัด
3. การผ่าตัด
4. วิธีอื่น ๆ เช่น การพักการใช้งานของข้อเข่า (Rest) หรือการใส่เฝือก (Splint)

อาการเจ็บปวดข้อเข่าเกือบทั้งหมดสามารถบำบัดรักษาให้หายได้ หรืออย่างน้อยก็ดีขึ้นจนสามารถดำเนินชีวิตปกติประจำวันได้ โดยพยายามแก้ไขให้ตรงจุดหรือตรงกับสาเหตุของโรค เพราะฉะนั้นก่อนที่จะทำการรักษาต้องทราบสาเหตุแน่นอนของโรคก่อนว่าเป็นอะไร และอยู่ที่ตำแหน่งใดของข้อเข่า อาการเจ็บปวดรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่ามาก อาจจะต้องพักการใช้งานของข้อเข่าสักระยะหนึ่ง การพักเข่าอาจจะมีหลายวิธีตั้งแต่ไม่ให้นั่งน้ำหนัก ให้เฉพาะงอเข่าเหยียดเข่า หรือใส่เฝือกตามไวชั่วคราว เป็นเวลา 1-3 สัปดาห์ ความเจ็บปวดจากการอักเสบของเส้นเอ็นจะค่อย ๆ หายไปได้เองหรือร่วมกับการรับประทานยา จะช่วยให้การอักเสบและเจ็บปวดอย่างมาก ๆ ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว การเลือกยาสำหรับใช้ในการรักษาข้อเข่าเสื่อมมียามากชนิดให้เลือกในปัจจุบันมีทั้งยารับประทาน ยาทา หรือยานวด ยาฉีดทั้งชนิดเข้ากล้ามเนื้อและเข้าข้อ (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 20)

กายภาพบำบัด เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผลการรักษาดีและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถ้าทำอย่างถูกต้องและระมัดระวัง จุดประสงค์ในการทำกายภาพบำบัด นอกจากจะทำให้ลดอาการเจ็บปวดแล้วยังต้องการให้กล้ามเนื้อเข่าแข็งแรงมากขึ้น การเคลื่อนไหวของเข่าเป็นปกติและเป็นการป้องกันความพิการมิให้เกิดขึ้นหรือให้เกิดซ้ำลง การแก้อาการเจ็บปวดสามารถทำได้โดยใช้ความร้อน หรือความเย็น แต่นิยมใช้ความร้อนซึ่งเป็นทั้งชนิดการใช้ความร้อนในระดับลึกจากผิวหนัง (Deep heat) หรือการใช้ความร้อนในระดับผิวหนัง (Superficial heat) โดยอาศัย

เครื่องมือที่เป็นแหล่งความร้อนต่าง ๆ เช่น อัลตราซาวด์ (Ultra sound) เป็นต้น

ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการปวดเข่ารุนแรงเหมือนกับอาการปวดเข่าที่มีสาเหตุจากอย่างอื่น อาการปวดเข่ามักจะเริ่มอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ยกเว้นบางรายที่เอ็นรอบเข่ามีการอักเสบอย่างฉับพลัน เพราะฉะนั้นการใส่ฝืดข้อเข่าจึงไม่ค่อยมีความจำเป็น พบว่า การรักษาทางยา ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดก็สามารถที่จะช่วยรักษาอาการเจ็บปวด รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วยได้เป็นอย่างดี ยกเว้นในรายที่มีความเสื่อมของเข่ามาก ๆ

การผ่าตัด เป็นวิธีการอันหนึ่งซึ่งไม่ใช่วิธีการสุดท้ายดังที่เข้าใจกันในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะไม่ใช่หมายความว่าหลังการผ่าตัดแล้ว อาการปวดเข่าหรือความพิการของข้อจะเป็นปกติเหมือนเดิม การรักษาทางยาและการทำกายภาพบำบัดยังคงมีความจำเป็นอยู่มาก ทั้งในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ ๆ และระยะท้าย ๆ เมื่อความเสื่อมเริ่มเกิดขึ้นอีก แต่การผ่าตัดก็เป็นวิธีการที่ได้ผลการรักษาดีอีกวิธีหนึ่ง

การเปลี่ยนข้อเข่าเป็นทางเลือกสุดท้ายในกรณีที่ไม่สามารถทำอย่างอื่นให้ดีขึ้นได้ เมื่อความเสื่อมเกิดขึ้นอย่างมากกับข้อเข่า ปัญหาคือความเสื่อมมากแค่ไหน จึงจะเหมาะสมกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ดังนั้น มีข้อบ่งชี้ควรพิจารณาดังนี้

1. มีความเสื่อมเกิดขึ้นกับข้อเข่าทั้งสองข้างมาก บริเวณช่องในข้อทางด้านในและด้านนอก รวมทั้งกระดูกสะบ้าด้วย
2. พบที่ตรวจพบว่ามีกระดูกเคลื่อนของข้อเข่าบางส่วน
3. อายุมากตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
4. ไม่ควรอ้วนมากเกินไป โดยทั่วไปน้ำหนักไม่ควรเกิน 80 กิโลกรัม
5. ความเสื่อมของข้อเข่าที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุจากโรคติดเชื้อของข้อเข่า
6. ไม่มีโรคที่อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อต่อข้อเข่าได้ง่าย เช่น มีบาดแผลเรื้อรังที่เท้า เป็นต้น

7. เข่าที่จะนำมาเปลี่ยนข้อเข่านั้น ควรจะมีช่วงการเคลื่อนไหวเป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติก่อนผ่าตัด เข่าที่เสื่อมติดแข็งแล้วนำมาผ่าตัดวิธีนี้ หลังการผ่าตัดไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดีเท่าที่ต้องการ

ความอ้วนและการลดน้ำหนักด้วยอาหาร

ความอ้วน เกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องของบุคคล โดยมีการรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปจนความต้องการของร่างกาย เมื่อรับประทานอาหารเข้าไปเป็นจำนวนมาก และประกอบกับร่างกายไม่ได้เผาผลาญอาหารที่เป็นส่วนเกิน จึงทำให้เกิดความอ้วน หรือเรียกว่า ภาวะโภชนาการเกิน เป็นต้น

สุชาติ โสมประยูร (จารุณี นันทวโนทยาน. 2539 : 15 ; อ้างอิงจาก สุชาติ โสมประยูร. 2528. สุขวิทยา. หน้า 64) ได้ให้ความหมาย ของ ความอ้วน หมายถึง สภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการสะสมของไขมันปริมาณมากเกินไป และกล่าวว่าสาเหตุของความอ้วนมี 3 ประการ คือ กรรมพันธุ์ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และการรับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายต้องการ

คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติการกับอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีคนไทย (2543 : 35) ได้กล่าวถึงการประเมินความสมส่วนของร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) การประเมินว่า น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์โดยคำนวณจากสูตรดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ค่าดัชนีมวลกายจะบอกสถานะของร่างกาย คือ

ต่ำกว่า 18.5 กก./ม ²	แสดงว่า ผอมไป
18.5 – 24.9 กก./ม ²	แสดงว่า น้ำหนักตัวเหมาะสม
25 – 29.9 กก./ม ²	แสดงว่า น้ำหนักตัวเกิน
ตั้งแต่ 30.0 กก./ม ²	แสดงว่า เป็นโรคอ้วน

2. อัตราส่วนความยาวเส้นรอบเอวต่อ ความยาวของเส้นรอบสะโพก

การดูแลสุขภาพตนเอง อีกวิธีหนึ่งคือ การวัดความยาวของเส้นรอบเอวและความยาวของเส้นรอบสะโพก แล้วนำไปคำนวณหาค่าอัตราส่วนของเส้นรอบเอว คือ เส้นรอบสะโพก (Waist Hip Ratio, WHR) ค่าที่เหมาะสมสำหรับผู้ชายไม่ควรเกิน 1.0 และผู้หญิงไม่ควรเกิน 0.8 ถ้าผู้ใดได้ค่าเกินกว่าที่กำหนด แสดงว่า อ้วนลงพุง (Abdominal type) มีการสะสมไขมันบริเวณช่องท้องมาก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าโรคอ้วนแบบอื่นๆ การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถกระทำได้โดยการกำหนดปริมาณของพลังงานที่ได้รับจากอาหาร

การลดน้ำหนักด้วยอาหาร คือ การลดปริมาณของอาหารลง แต่อาหารยังมีความครบถ้วนของสารอาหารที่ร่างกายต้องการ และในขณะเดียวกันต้องสร้างนิสัยการบริโภคให้ดีขึ้น พรหมิล หลวงอินทิม และวลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2534 : 826-828) ได้แนะนำการลดน้ำหนักตัว คือ

1. เลือกรับประทานอาหารพลังงานต่ำ แต่เป็นอาหารครบมาตรฐาน
2. ไม่รับประทานอาหารชนิดหนึ่งชนิดใด เพื่อลดน้ำหนักตัวโดยเฉพาะ เช่น เนื้ออย่างโยเกิร์ต ไข่ต้ม ส้ม หรือผัก เพราะทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้
3. ควรดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
4. อาหารหวานและมันทุกชนิดควรหลีกเลี่ยง
5. การประกอบอาหารควรใช้วิธี นึ่ง ปิ้ง ย่าง หรือต้ม

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมขณะที่มีอาการปวดเข่า ส่วนใหญ่จะเป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (จารุณี นันทวโนทยาน. 2539 : 17 ; อ้างอิงจาก Clark, Queener & Karb. *Pharmacological basis of nursing practice*. 1990. p 372-374) คือ

1. กลุ่ม Aspirin และ Sylicylate ได้แก่ Aspirin dolobid uromide
2. กลุ่มไม่ใช่ Salicylates ได้แก่ Diclofenac (Voltaren), Indomethacin (Idocid, Indocin), Ketoprofen (Orudis), Mefenamic Acid (Ponstan), Naproxen (Naprosyn), Phenylbutazone (Butazone), Piroxicam (Feldene), Sulindac (Clinoril), Tiaprofenac Acid (Surgam)

ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ทุกตัวมีประสิทธิภาพในการลดการอักเสบไม่แตกต่างกัน ใช้น้ำบดอาการปวดเท่านั้น ไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมของเนื้อเยื่อได้ ดังนั้นควรเลิกใช้เมื่อไม่มีอาการ (พรเพ็ญ เปรมโยธิน และคนอื่น ๆ. 2534 : 105-106) และกลไกการออกฤทธิ์ของยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ออกฤทธิ์ด้านการอักเสบโดยการยับยั้งการสร้าง Enzyme cyclooxygenase ทำให้ Prostaglandins สร้างไม่ได้ ซึ่งสาร Prostaglandins เป็นสารสื่อกลางในการกระตุ้นการอักเสบ

ผลข้างเคียงและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์. 2534 : 43)

1. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีอาการ จุก แน่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก และมีแผลในกระเพาะอาหาร มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อในทางเดินอาหารและมีเลือดออก เนื่องจากยา ด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ไปเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ ทำให้กรดเกลือหลั่งมากขึ้น และในขณะเดียวกัน ยายับยั้งการสร้าง Prostaglandins ซึ่ง Prostaglandins ที่อยู่ในกระเพาะอาหาร จะเป็นตัวช่วยป้องกันกระเพาะอาหารไม่ให้ถูกกระคายเคือง (จารุณี นันทวโนทยาน. 2539 : 17 ; อ้างอิงจาก Clark, Queener & Karb. *Pharmacological Basis of Nursing Practice*. 1990. p 371) ดังนั้น ควรรับประทานยาหลังอาหารทันที ขณะใช้ยาอยู่ไม่ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด

2. ผลต่อไต ทำให้ความดันโลหิตสูง โปแตสเซียมคั่ง ปัสสาวะออกน้อยลง จนถึงไตพิการ ทำหน้าที่ไม่ได้

3. อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น ทำให้หลอดลมหดตัว ผื่นคัน ลมพิษ ผื่นหนังพอง

4. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการปวดศีรษะ ง่วงนอน มึนงง ซึมเศร้า

เห็นภาพหลอน ตามัว

5. ผลต่อดับ ควบคุมการหลั่งน้ำดี และทำให้เอนไซม์ (Enzyme) ของตับสูงขึ้น

6. ผลต่อระบบโลหิต ทำให้โลหิตจาง เกิดเลือดต่ำ

7. ผลต่อเด็กในครรภ์ โดยใช้ในเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ทำให้การตั้งครรภ์นานขึ้น นอกจากนี้ยายังออกมากับน้ำนมมารดาได้

ข้อควรระวังในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์

อุทิศ ตีสมโชค (2534 : 2036) ได้กล่าวว่า ควรระวังในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ มีดังนี้

1. ใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคตับ ไต หัวใจ หอบ หืด โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคเลือด สตรีมีครรภ์ และสตรีที่กำลังเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2. การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) การใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ร่วมกับยารักษาเบาหวาน หรือยาลดการแข็งตัวของเลือด จะทำให้ยารักษาเบาหวานและยาลดการแข็งตัวของเลือดมีฤทธิ์มากขึ้น

หลักการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ยงยุทธ วัชรดุลย์ (2526 : 56-58) ได้กล่าวถึงหลักการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรมีการปฏิบัติตนดังนี้ คือ

1. การลดน้ำหนักตัวในกรณีที่อ้วน ทำได้โดยปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยในการรับประทานอาหาร ดังนี้

1.1 ลดอาหารจำพวกที่มีไขมัน แป้ง และน้ำตาลให้น้อยลง เพราะอาหารพวกนี้ร่างกายจะสะสมไว้ ควรรับประทานอาหารจำพวกที่มีกากมาก ๆ แต่ให้พลังงานแก่ร่างกายน้อย ได้แก่ อาหารจำพวกผักต่าง ๆ

1.2 ควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ในขนาดที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย คือ วันละประมาณ 100 กรัม แป้งและน้ำตาลให้น้อยที่สุด

1.3 ควรรับประทานอาหารจุบจิบทุกชนิด เช่น เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ได้แก่ น้ำอัดลม กาแฟ และขนมหวานทุกชนิด ควรดื่มน้ำเปล่า และรับประทานผลไม้ที่ไม่มีรสหวานมากแทน

1.4 ดื่มน้ำหลาย ๆ แก้ว ก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อให้น้ำที่ดื่มเข้าไปแทนที่ในกระเพาะอาหาร จะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง

1.5 ถ้างดอาหารหรือลดจำนวนอาหารบางมื้อลงได้ก็ควรจะทำ เช่น มื้อเย็น ถ้างดได้ก็ควรงด เพราะหลังจากรับประทานอาหารมื้อเย็นแล้วร่างกายไม่ได้นำอาหารที่รับประทานไปใช้เป็นพลังงาน ทำให้อาหารที่รับประทานเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บสะสมไว้ตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย การงดอาหารมื้อเย็นถ้าหัดจนเคยชินแล้วจะไม่เป็นอันตรายใด ๆ

2. หลีกเลี่ยงการใช้เชาในท่าที่มีการกดของกระดูกภายในเข่ามาก ๆ เช่น การนั่งยอง ๆ การเดินมาก ๆ หรือการขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ เพราะการกระทำเหล่านี้จะเป็นสาเหตุให้ข้อเข่าที่อักเสบอยู่แล้วมีอาการรุนแรงขึ้น

3. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าขาให้มีความแข็งแรง มีความสำคัญในการป้องกันและรักษาข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างยิ่ง เพราะหน้าที่ของกล้ามเนื้อขาเหนือเข่าจะช่วยลดแรงที่กระทำต่อข้อเข่า อันเป็นผลทำให้กระดูกอ่อนภายในข้อเข่า ต้องรับน้ำหนักมากจนเกิดอาการเสื่อมและในข้อเข่าที่เสื่อมและมีการอักเสบแล้ว กล้ามเนื้อมัดนี้ก็จะเกิดความอ่อนแอ เนื่องจากการไม่ได้ใช้งานเต็มที่นาน ๆ เพราะการอักเสบก่อให้เกิดความเจ็บปวด จึงทำให้การเคลื่อนไหวใช้กล้ามเนื้อมัดนี้น้อยลง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อเหนือเข่าที่ทำหน้าที่เหยียดเข่าออกหรือยืดเข่าให้อยู่ในท่าตรงนั้น ต้องทำการออกกำลังกายในท่าที่กล้ามเนื้อมีการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ท่า ที่สำคัญคือ ในท่านั่งเหยียดขาตรงทั้งสองข้าง เกร็งเข่าและยกให้สูงจากพื้นพอประมาณ ยกขึ้นลงประมาณ 20-30 ครั้ง หรือท่านั่งเหยียดขาบนเก้าอี้และเกร็งเข่าที่ละข้างเป็นจังหวะประมาณ 20-30 ครั้ง และในท่านอนโดยนอนราบกับพื้น เหยียดเท้าทั้ง 2 ให้ตรง ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นลง 20-30 ครั้ง โดยยกสูงพอประมาณ เสร็จแล้วยกอีกข้างหนึ่งทำเช่นเดียวกัน

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเป็นการสร้างเสริม หรือฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อรอบเข่าให้แข็งแรงทนทานต่อการใช้งาน ทำให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วขึ้น ช่วยป้องกันและลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นกับข้อเข่า การทำให้กล้ามเนื้อรอบเข่าแข็งแรงขึ้นเรื่อย ๆ จะช่วยลดความรุนแรงของการปวดเข่าได้ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอจะคงสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่เสื่อมเอาไว้ และยังทำให้ผู้ป่วยใช้ข้อได้มั่นคงแข็งแรงเพิ่มขึ้น (เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544 : 21 ; อ้างอิงจาก วัลลภ สาราญเวชย์. 2533. การวินิจฉัยการรักษาโรคข้อที่พบบ่อย. หน้า 101.) วิธีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมคือ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อควอดริเซ็ปส์ (Quadriceps femoris)

การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก หรือสแตติก (Isometric setting exercise or Isometric static exercise) หลักการสำคัญสำหรับการบริหารแบบนี้คือ จะต้องมีการหดตัวของกล้ามเนื้อโดยการเกร็งนานประมาณ 3-5 วินาที และคลายตัวในท่าพักนานประมาณ 3-5 วินาที และเกร็งกล้ามเนื้อสลับกับการคลายจนครบตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละท่า ท่าของการออกกำลังกายที่กำหนดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมคือ การให้ผู้ป่วยเหยียดขา เกร็งกล้ามเนื้อ โดยการกระดกข้อเท้าเข้าหาตัวให้มากที่สุด นับ 1 ถึง 5 อย่างช้า ๆ หลังจากนั้นคลายตัว นับ 1 ถึง 5 อย่างช้า ๆ สิ่งที่สำคัญสำหรับการออกกำลังกายแบบนี้คือ การออกแรงกล้ามเนื้อเต็มที่ทุกวันอย่างสม่ำเสมอ บริหารอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพิ่มจำนวนครั้งของการบริหาร ไม่หักโหมเพราะจะทำให้เกิดความเมื่อยล้า หรืออาการปวดเกิดขึ้นภายหลังบริหารได้

การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกไดเนติก (Isometric kinetic exercise) คือ การที่กล้ามเนื้อควอดไตเซ็ปส์หดตัวเต็มที่ และมีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพียงเล็กน้อย ด้วยวิธีการนี้ทำให้กล้ามเนื้อควอดไตเซ็ปส์แข็งแรงมากกว่าการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric setting exercise)

ท่านอนหงายราบ สามารถทำได้โดยม้วนผ้าขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้ว รองใต้เข่า กดข้อเข่าให้แนบกับพื้น นับ 1-5 อย่างช้า ๆ พัก 3-5 วินาที แล้วเริ่มปรับทำให้สมบูรณ์ ทำข้างละ 10 ครั้ง ต่อการทำ 1 รอบ หรือชันเข่าข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งยกขึ้นสูงจากพื้น 1 ฟุต นับ 1-5 อย่างช้า ๆ แล้ววางขาลง ทำสลับกับขาอีกข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10 ครั้งต่อการบริหาร 1 รอบ เช่นเดียวกัน หรือเท่าที่ผู้ป่วยสามารถบริหารได้

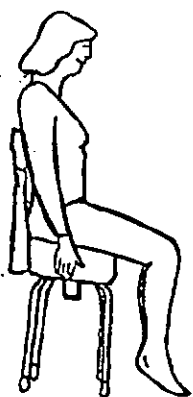
ท่านั่ง สามารถออกกำลังกายได้โดยนั่งห้อยเท้าในท่าที่สบาย ม้วนผ้าขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้ว รองใต้เข่า แล้วเตะขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้น กระดกข้อเท้าหาตัวและเกร็ง นับ 1-5 อย่างช้า ๆ แล้ววาง ขาข้างนั้นลง ทำอีกข้างสลับกันไป จนกระทั่งได้ข้างละ 10 ครั้งต่อการออก 1 รอบ หรือออกกำลังกายเท่าที่ผู้ป่วยสามารถบริหารได้

ข้อควรคำนึงในการออกกำลังกายข้อเข่า คือ ควรใช้ผ้าม้วนรองใต้เข่าจะเป็นการป้องกันไม่ให้มีการกดเส้นประสาทใต้ข้อเข่า (Popliteal nerve) และยังช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาควอดไตเซ็ปส์บริหารได้อย่างเต็มที่ขณะที่เหยียดข้อเข่าสุด การออกกำลังกายที่ได้ผลควรแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารให้ได้วันละ 50-100 ครั้งต่อวัน (เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544 : 22 ; อ้างอิงจาก วัลลภ สาธารณเวช. 2533. วินิจฉัยการรักษาโรคข้อที่พบบ่อย. หน้า 107) อาจเพิ่มน้ำหนักที่ข้อเข่าได้ ทำให้เป็นการออกกำลังกายแบบเพิ่มพูนกำลังขึ้นเรื่อย ๆ ผลรวมกันไปด้วย วิธีการนี้จะได้กำลังของกล้ามเนื้อต้นขาควอดไตเซ็ปส์มากกว่าการออกกำลังกายโดยการยกขาขึ้นตรง ๆ หัวเข่าเหยียดและเพิ่มน้ำหนักที่ข้อเท้า (เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544 : 22 ; อ้างอิงจาก เสก อักษรานุเคราะห์. 2534. การออกกำลังกายสำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมสภาพ การออกกำลังกายสำหรับวัยเสื่อม. หน้า 87)

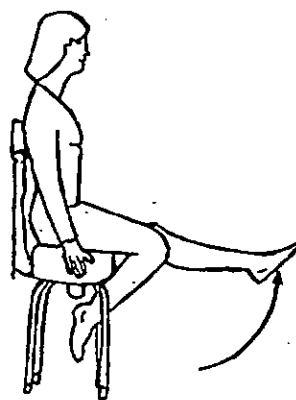
การออกกำลังกายแบบที่ใช้เครื่องมือเป็นตัวต้าน (Progressive resistive exercise : PRE) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อคอวดไตรเซ็ปส์หดตัว เมื่อยกน้ำหนักหรือสู้กับแรงต้านมากที่สุด และหัวเข่าได้เคลื่อนไหวเต็มที่ด้วย (จากงอเข่ามาเป็นเหยียดเข่า) ซึ่งสามารถจะเพิ่มแรงต้านหรือน้ำหนักขึ้นไปได้เรื่อย ๆ วิธีการนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อคอวดไตรเซ็ปส์ (Shangold & Mirkin. 1993 : 61)

การออกกำลังกายแบบไอโซไคเนติก (Isokinetic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อหดตัวอย่างเต็มที่เพื่อต้านแรง ซึ่งปรับตามความสามารถของกล้ามเนื้อคอวทไตรเซ็ปส์ (PRE) โดยมีการใช้ความเร็วในการกำหนดการเคลื่อนไหว (Clark. 1993 : 61) เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในความเร็วที่คงที่ตลอดช่วงการเคลื่อนไหว และพบว่าผลของการออกกำลังกายแบบนี้ได้ผลดีกว่าการบริหารแบบไอโซโทนิคและไอโซเมตริก (ประโยชน์ บุญสินสุข และวิทยาเมธิยาคม. 2532 : 18)

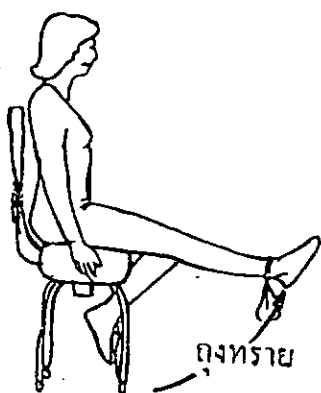
การทำการบริหารที่ได้ประโยชน์จริง ๆ คือ การบริหารที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ที่บ้านหรือที่ทำงานของผู้ป่วย เพื่อว่าจะได้ทำโดยสม่ำเสมอวันละหลาย ๆ ครั้ง วิธีบริหารควรจะเรียบง่าย กินเวลาน้อย และไม่ต้องใช้มือพิเศษใด ๆ ที่ทำให้เกิดภาระในการเคลื่อนย้าย เช่น การบริหารภาวะข้อเสื่อม ให้ผู้ป่วยเริ่มจากการเกร็งเข่าโดยให้ขาเหยียดตรง ปลายเท้าสูงเท่าระดับเข่าอู้นั่ง ให้ยกขาเกร็งกล้ามเนื้ออยู่ราว 10 วินาที แล้วจึงพักข้อเข่านั้น ไปเกร็งเข่าด้านตรงกันข้ามแทนด้วยวิธีเดียวกัน ให้สลับกันทำข้างละ 10 ครั้ง วันละ 3 เวลาทุกวันในสัปดาห์แรก สัปดาห์ต่อ ๆ ไปให้เพิ่มเป็นวันละ 5 เวลา, 7 เวลา, 8 เวลา เป็นต้น เมื่อกล้ามเนื้อแข็งแรงแล้ว จึงเริ่มให้ยกน้ำหนักที่ปลายเท้าด้วย โดยเริ่มตั้งแต่ใช้ยกถุงทราย (ซึ่งทำใช้เองได้โดยใช้ถุงพลาสติกหนา ๆ ซักทรายใส่ตามน้ำหนักที่ต้องการ แล้วใช้เชือกหรือหนังสติกรัดปากถุงให้แน่น) ขนาด 200 กรัม วันละ 3 เวลา ต่อไปเป็น 5 เวลา, 7 เวลา เมื่อผู้ป่วยสามารถยกถุงทรายโดยข้อไม่ปวดเมื่อยให้เพิ่มน้ำหนักถุงทรายเป็น 500 กรัม, ต่อไปเป็น 1,000 กรัม, 1,500 กรัม ทำเช่นนี้เรื่อยไปจนผู้ป่วยสามารถยกถุงทราย 2,000 กรัม วันละ 6-7 เวลา โดยไม่รู้สึkpวดเมื่อย ข้อเข่านั้นก็แข็งแรงทนทานต่อการใช้งานไปได้อีกนาน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทำการบริหารเช่นนี้ตลอดไป ดังภาพประกอบ 6-7 (เล็ก ปริวิสุทธิ์. 2526 : 109-111)



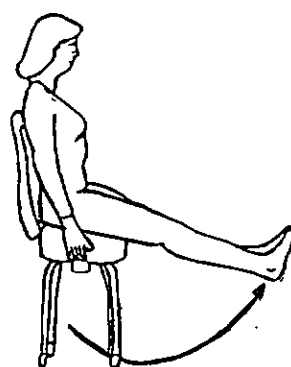
ท่าเตรียมนั่งห้อยเท้าบนเก้าอี้



ท่าเหยียดขาข้างใดข้างหนึ่งให้ขนานกับพื้น



ท่าเหยียดขาข้างที่ถ่วงงูทลายให้ขนานกับพื้น

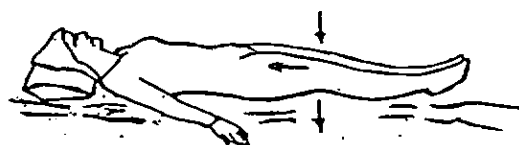


ท่าเหยียดขาทั้ง 2 ข้างให้ขนานกับพื้น

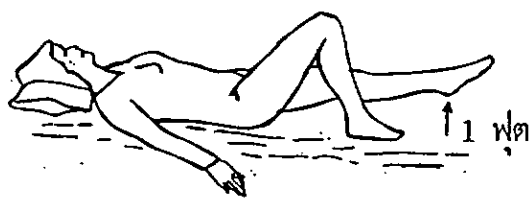
ภาพประกอบ 6 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าขาทำนั่ง



1. ทำเตรียมให้นอนราบกับพื้น



2. ทำกดเข้าชิดพื้นเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา เป็นจังหวะ



3. ทำยกขาข้างหนึ่งในท่าชันเข่า แล้วยกขาอีกข้างหนึ่งสูงจากพื้น 1 ฟุต

ภาพประกอบ 7 ออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาทำนอน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายพฤติกรรม

ชุกดา จิตพิทักษ์ (2525 : 6) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึงการกระทำของบุคคล ไม่เฉพาะสิ่งที่แสดงออกมาภายนอกเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล สังเกตเห็นไม่ได้โดยตรง เช่น คุณค่า เจตคติ ความคิดเห็น ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น

ลิขิต กาญจนารักษ์ (2525 : 3) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึงกิจกรรมใดๆ ก็ตามของอินทรีย์ที่สังเกตได้โดยคนอื่นหรือโดยเครื่องมือของผู้ทดลอง เช่น เด็กรับประทานอาหาร ขี้จักรยาน พุด หัวเราะ และร้องไห้ กิริยาเหล่านี้กล่าวถึงพฤติกรรมทั้งสิ้น การสังเกตพฤติกรรมอาจทำได้โดยใช้เครื่องมือเข้าช่วย เช่น การใช้เครื่องมือตรวจคลื่นสมอง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 583) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งแบ่งเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก สำหรับพฤติกรรมภายในนั้นหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล รวมทั้งความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อและค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกิริยา หรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกให้ผู้อื่นเห็นได้ ทั้งการพูด การกระทำ กิริยาท่าทางของบุคคล

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2529 : 9-11) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึงปฏิกิริยาทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจมีทั้งสิ้นที่เป็นรูปธรรมนามธรรม เช่น ปฏิกิริยาของอวัยวะภายในร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ มักจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถเห็นได้ชัด ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาที่คนเราแสดงออกตลอดเวลาของการดำรงชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นทั้งจากวาจาและการกระทำ

จากที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้กล่าวถึง พฤติกรรม สรุปได้ คือ พฤติกรรม หมายถึงการแสดงออกของบุคคล โดยการกระทำนั้นสามารถมองเห็น หรือไม่สามารถมองเห็นได้ โดยแสดงออกมาเป็นกิริยาท่าทางของบุคคลนั้น ๆ เช่น การหัวเราะ การร้องไห้ การเดิน การวิ่ง ฯลฯ

บลูม (Bloom. 1975 : 65-197) กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ การรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วย

ความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับข้างต้น ดังนั้นคือ ความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehension) การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมิน (Evaluation)

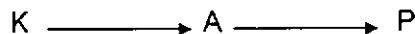
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective domain)

พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่าการรับการเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล

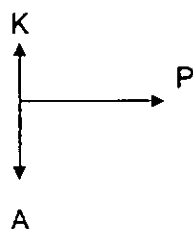
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล้าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันได้ 4 ลักษณะ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 8 ดังนี้ (นิภา มนูญปัจจุ. 2528. : 68)

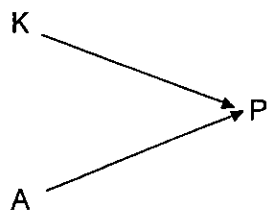
1. ความรู้ส่งผลให้เกิดเจตคติ และการปฏิบัติตามมา



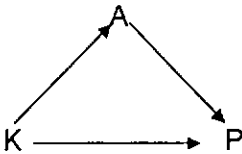
2. ความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



3. ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม มีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิด การปฏิบัติตามมา



ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

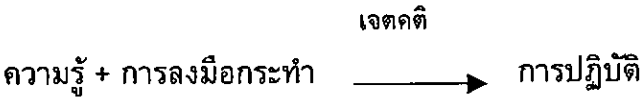
หมายเหตุ

- K หมายถึง ความรู้ (Knowledge)
- A หมายถึง เจตคติ (Attitude)
- P หมายถึง การปฏิบัติ (Practice)

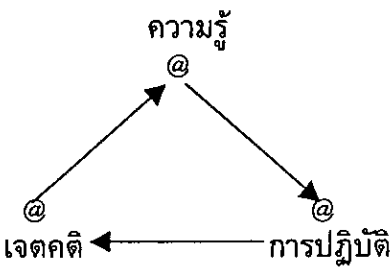
สรุปได้ว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี เจตคติต่อสิ่งนั้นก็จะเป็นไปด้วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ดีตามไปด้วย

นิภา มนูญิจู (2528 : 20) ได้พูดถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยว่าทั้งสามอย่างมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพด้วย หรือการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติหรือการปฏิบัติด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 54-55) กล่าวว่า เจตคติเปรียบเสมือนตัวเร่งปฏิกิริยาทางเคมีของสารประกอบ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับก็จะช่วยให้สามารถนำความรู้นั้นไปใช้ได้ ดังนี้



ปฏิกิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิกิริยา เช่นเดียวกับความรู้จะไม่ถูกนำไปใช้จนกว่าจะมีเจตคติเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิกิริยาซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นั้น อาจสามารถแสดงรูปภาพความสัมพันธ์ได้อีกแบบหนึ่ง ดังนี้



แต่ละวงกลม หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติซึ่งทั้ง 3 นี้ต่างมีความสัมพันธ์ และมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการปฏิบัติ ไว้ดังนี้

ความรู้หรือประสบการณ์ของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติ และเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบไปด้วยด้านการปฏิบัติ เจตคติมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยมต่างๆ เจตคติมิได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติแต่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ใช่สาเหตุจากเจตคติเปลี่ยนแปลง และเกิดเจตคติขึ้นใหม่ได้ นอกจากนั้นการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดียว แต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีวิตและสิ่งที่คาดหวังจากผลของการกระทำด้วย

พื้นฐานความคิดของพฤติกรรม

1. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมต้องมีสาเหตุ เพราะฉะนั้นนักสาธนาธิรณสขจะตองวิเคราะหใหัไดว้า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีสาเหตุมาจากอะไร การวิเคราะห์บางครั้งทำได้ง่าย บางครั้งต้องมีการศึกษาค้นคว้า หรือเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ เจ้าของพฤติกรรมและคนอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมต้องมีแรงจูงใจ (Motive) หมายความว่า อยู่เฉยๆ คนจะมีพฤติกรรมออกมาไม่ได้ เช่น นักศึกษาทุกคนจะไม่มาเรียน ถ้าไม่มี Motive ซึ่งอาจจะคือการได้รับปริญญา ความอยากรู้ เป็นต้น เป็นตัวจูงใจ
3. สาเหตุต่างกันอาจนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกันได้ เช่น นักศึกษาที่มาเรียนที่คณะนี้เป็นพฤติกรรมเดียวกันหมด แต่แรงผลักดันของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน เช่น นายกมล มาเรียน เพราะสอบติดอันดับสุดท้าย (จำเป็นต้องเรียน ไม่อย่างนั้นต้องหาที่เรียนใหม่ นางสาว วารีมาเรียน เพราะต้องการจบปริญญาตรี)
4. สาเหตุเดียวกัน ทำให้เกิดการตอบสนองพฤติกรรมต่างกัน เช่น ครูลงโทษโดยการตีนักเรียนหน้าชั้น เด็กหญิงแดงร้องไห้ เด็กชายดำเฉยๆ เด็กชายเข้ม ยิ้มแฉ่งยังยกตัวให้เพื่อน ๆ ดู

ความรู้ (Knowledge)

มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้หลายท่านดังนี้

กูด (Good. 1973 : 325) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

บลูม (Bloom. 1975 :271) ได้กล่าวถึงความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้นย้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึง พฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะได้จากการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึงบรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

อัญชลี สิงห์สุด (2534 : 25) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับรู้จากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยา

นัตยา เกรียงชัยพฤษ (2544 : 31) กล่าวว่า ความหมายของ ความรู้ หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถที่จะจดรายละเอียดต่าง ๆ ทั้งที่เป็นความจำ ความเข้าใจ ประสบการณ์ การศึกษา การสังเกต และรู้จักการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล และสามารถนำสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดมาประมวลผลได้

สมรรัตน์ มั่นคง (2546 : 14) กล่าวว่า ความรู้ คือ รายละเอียดข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์รับรู้และรวบรวมจากประสบการณ์จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ จำได้ สามารถนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และความรู้เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการประพฤติปฏิบัติ หรือควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

สรุป ความรู้ หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับการถ่ายทอด รายละเอียดต่าง ๆ แล้วสามารถนำมาประมวลและอาจมาจากประสบการณ์เดิม จนทำให้เกิดความเข้าใจ ความจดจำ จนสามารถนำความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินได้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ใหม่ ๆ ให้แก่บุคคลอื่นได้

ระดับความรู้

ระดับความรู้สามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้ บลูม (Bloom. 1975 : 65-197)

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถที่จะจดจำหรือระลึกได้ เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มาแล้ว
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ แล้วแสดงความเข้าใจออกมาในรูปของการแปลความ เป็นการจับใจความได้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมาย การตีความหมายเป็นการอธิบายหรือสรุปเรื่องราว และการขยายความของเนื้อหาที่เกินกว่าขอบเขตที่รู้
3. การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับมาไปปรับหรือประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ไปสู่ส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือเรื่องเหล่านั้น
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำส่วนย่อย ๆ มารวมกันเป็นหมวดหมู่ หรือเรื่องเดียวกัน ซึ่งมีการผสมผสาน จัดเรียงเรียงเป็นโครงสร้างใหม่ ก่อให้เกิดเป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการให้คุณค่าของข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทั้งในรูปของปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด

วิธีการวัดความรู้

สุชาติ โสมประยูร และเอมอัชฌา วัฒนบุรณนท์ (2542 : 137) กล่าวว่า ความรู้วัดได้ง่ายกว่าพฤติกรรมอย่างอื่น กระทำโดยใช้แบบทดสอบหรือข้อสรุปให้แสดงความรู้หรือความคิดออกมา ซึ่งมีวิธีการที่ใช้วัดได้หลายวิธี ดังนี้

1. การใช้แบบทดสอบชนิดต่าง ๆ ทั้งแบบอัตนัยและปรนัย แบบปรนัยที่นิยมกันมาก ได้แก่ แบบถูกผิด แบบเลือกตอบ แบบจับคู่ และแบบเติมความ ซึ่งมีทั้งแบบทดสอบที่ครูสร้างขึ้น และแบบทดสอบมาตรฐาน
2. การสัมภาษณ์ การสนทนา หรือการซักถาม ซึ่งอาจจะกระทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ โดยครูอาจจะทำเป็นแบบฟอร์มขึ้น หรือจดบันทึกเอาไว้เป็นหลักฐาน
3. การสาธิต หรือการปฏิบัติ อาจสาธิตหรือแสดงโดยครูหรือนักเรียนก็ได้แต่ตามความเหมาะสม ด้วยการให้ตอบหรือชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ได้สาธิตหรือแสดงให้ดูนั้นถูกหรือผิดอย่างไร
4. การตรวจผลงาน เช่น ผลงานจากการทำรายงาน การจดบันทึก การเก็บรวบรวม การทำสมุดภาพ ซึ่งวิธีเหล่านี้ครูควรอธิบายให้นักเรียนเข้าใจถึงความมุ่งหมายและวิธีการทำผลงานด้วย

5. การสังเกต วิธีนี้อาจจะได้ผลน้อย และไม่ค่อยจะแน่นอน เช่น การสังเกตสีหน้า และหน้าตาหรือท่าทาง รวมทั้งการสังเกตสมาธิหรือความตั้งใจเรียนของนักเรียน เป็นต้น

เจตคติ (Attitude)

กู๊ด (Good. 1973 : 49) ได้ให้ความหมายของ เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ต่อสภาพการณ์ของบุคคลหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด

เธอร์สโตน (Thurstone. 1976 : 77) กล่าวว่า เจตคติเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวต่อบางสิ่งบางอย่าง การแสดงออกทางด้านการพูด เช่น ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 230-231) กล่าวว่า ทศนคติ หมายถึง ความพร้อมของร่างกาย และจิตใจที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ใด ๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนีออกไป โดยแบ่งได้ 2 ประเภทคือ ทศนคติทางบวก และทศนคติทางลบ

นิภา มนูญปิจุ (2528 : 68) ให้ความหมาย เจตคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ การให้คุณค่า ค่านิยม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 226) ให้คำจำกัดความของเจตคติว่าเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อสถานการณ์ภายนอก องค์ประกอบของเจตคติประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา ทางด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์กันมากและนำไปสู่การปฏิบัติ

จากที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้กล่าวถึง เจตคติ สรุปได้คือ ความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกทางด้านบวก และลบ โดยมีความรู้สึกภายใน เป็นตัวกำหนดให้แสดงออก

ขั้นตอนการเกิดเจตคติดังนี้คือ

1. การรับ หรือการให้ความเข้าใจ (Receiving of attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น
2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อสิ่งเร้า
3. การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบค่านิยมต่าง ๆ เข้าเป็นกลุ่ม
4. การแสดงตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (พัชนี วรกวิน. 2522 : 70-72)

1. การเอาใจใส่ เป็นความสนใจ ใส่ใจในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจ กระบวนการขั้นตอนต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้นและไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สิ่งซึ่งทำให้คนสนใจฟัง และเอาใจใส่ ได้แก่ ผู้ส่งความและเนื้อหาสาระนั้น ๆ
2. ความเข้าใจ เป็นความเข้าใจในความหมายของเนื้อหานั้น ๆ เนื้อหาที่ยากหรือ ยากเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจและไม่เข้าใจ
3. การยอมรับ เป็นผลจากข้อ 1 และ ข้อ 2 หากบุคคลตั้งใจฟัง เกิดความเข้าใจก็จะทำให้เกิดการยอมรับตามมา
4. การเก็บเอาไว้ เป็นความคงทนหรือความจำที่เก็บไว้ระยะหนึ่งเมื่อเวลาผ่านไป อาจเปลี่ยนไปหรือคงอยู่ เรื่องราวใดที่มีความสำคัญจะทำให้จำได้นาน หรือการสื่อสารที่ดึงดูดความสนใจแก่ผู้รับโดยการเสนอบ่อย ๆ จะทำให้จำได้นาน
5. การกระทำ บุคคลเมื่อมีการเปลี่ยนเจตคติก็จะเปลี่ยนการกระทำด้วย เพื่อแสดงถึงการมีเจตคตินั้น ๆ

บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธ์ (2527 : 66) กล่าวว่า การวัดเจตคติดีมีวิธีการวัดต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่อาจจะสรุปได้แน่นอนว่าเป็นเจตคติ เพียงแต่นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นอย่างไร
2. วิธีการรายงานด้วยคำพูด โดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบปรนัยแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้และใช้ศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคลจำนวนมาก อีกด้วย
3. วิธีการแปลความ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบอัตนัย เหมาะสำหรับใช้วัดบุคคลจำนวนน้อย ซึ่งต้องอาศัยเวลามากในการวัด ผู้ถูกวัดจะแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะตอบคำถามได้อย่างไม่ถูกจำกัดในด้านเวลาและขอบเขตของเนื้อหา

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy)

บุคคลที่เป็นผู้คิดค้นและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่ง แบนดูรา สนใจเรื่องตัวแบบ เขาได้รายงานเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยความสามารถตนเองเรียกว่า “ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา” (Bandura's Self-efficacy Theory) ได้เสนอแนะทฤษฎีนี้ให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แบนดูรา

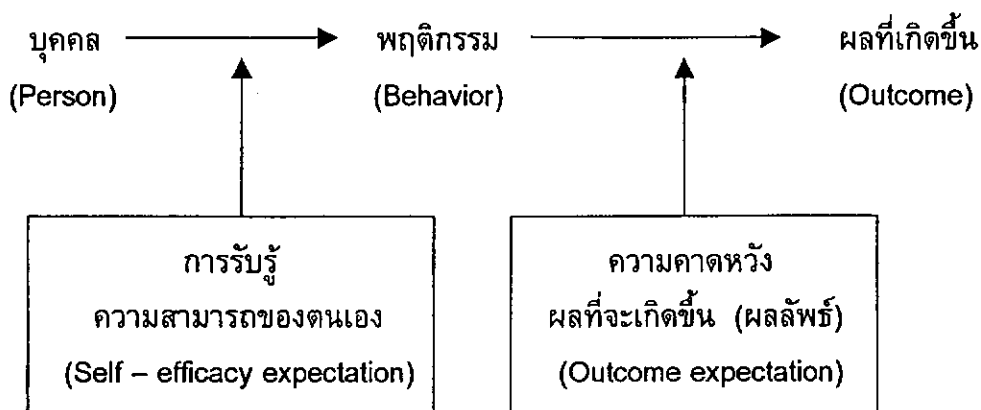
(นาคยา เกรียงชัยพฤกษ์. 2544 : 32. ; อ้างอิงจาก Bandura. 1977. *Social learning theory*. p191-215)

ทฤษฎีพื้นฐานตามแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถตนเอง โดยเชื่อว่าการศึกษาคือพฤติกรรมมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้น ๆ ให้คงอยู่ การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่คงศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่าง ๆ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบคือ พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคล เช่น ผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม (นาคยา เกรียงชัยพฤกษ์. 2544 : 32 ; อ้างอิงจาก กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 30)

แนวคิดของแบนดูรา ได้มองเกี่ยวกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่ควรที่จะแยกจากกัน ทั้งนี้เพราะ แบนดูราเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม เป็นตัวบ่งบอกถึงผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการเรียนรู้ที่ได้จากสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรงที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (นาคยา เกรียงชัยพฤกษ์. 2544 : 32)

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2538 : 57-58) กล่าวว่า แบนดูรา มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง มีผลมาจากการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน ซึ่งมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูรา เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองในสภาวะการณัั้น ๆ นั้นเอง คือถ้าเรามีความเชื่อว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาเห ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

จากที่ได้กล่าวข้างต้นเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของ แบนดูรา ซึ่งพบว่า การที่บุคคลสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว ดังโครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎี ดังภาพประกอบ 9 (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536 : 58 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1977. *Social Learning Theory*. unpage)



ภาพประกอบ 9 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพประกอบข้างต้นแสดงให้เห็นถึงแนวคิดที่สำคัญคือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy expectation) Bandura ให้ความหมายเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่เป็นปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากที่ Bandura ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ว่าทั้งสองจะต้องมีความสัมพันธ์กัน ดังเช่น การที่บุคคลแต่ละคนจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ในผลที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำสิ่งใดที่นำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจะขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองและอีกส่วนหนึ่งจะขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ดังภาพประกอบ 10 (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541 : 51 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1978. *The self-system in reciprocal determinism*. p. 241)

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

ภาพประกอบ 10 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพประกอบข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองสูง จะทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จแน่นอน โดยที่บุคคลนั้นกล้าเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แม้กระทั่งความล้มเหลว หรือความยากลำบาก และพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง ในทางตรงกันข้ามถ้าหากบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำ จะทำให้ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และการกระทำของตนเองที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จได้ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงต่อปัญหา เพราะคิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหา หรือสิ่งที่ตนเองจะกระทำนั้นยากลำบาก ดังนั้น ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจึงต่ำ อาจทำให้บุคคลนั้นไม่พยายามกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองคาดหวังไว้

แบนดูรา ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาความคาดหวังในความสามารถตนเอง ไว้ 4 วิธีคือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536 : 59-60)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นเกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

สุรีย์ จันทรโมลี (2535 : 32-33) ได้กล่าวว่า แบนดูรา มีความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในแง่ต่าง ๆ รวมทั้งความต้องการรับพฤติกรรมใหม่ ๆ และการเลือกปฏิบัติของบุคคล ความพยายามที่จะทำและแก้ไขอุปสรรคตามแนวคิดของแบนดูรา ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จะมีการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ละองค์ประกอบจะมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างคือ

1. Magnitude หมายถึงระดับหรือขนาดความยากของงานที่จะต้องทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะในเรื่องที่ง่าย ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยาก เกินความสามารถ ก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. Strength หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน ประการแรก คือ การมอบหมายรายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนทำให้มองเห็นระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สองให้ได้ซักถามถึงแนวทาง รูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น ความเชื่อมั่นในการจะ

ปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามเวลา ในแต่ละงานจะกำหนดหรือประมาณค่าของ Strength ว่ามีความเชื่อระดับใด การประเมินค่าอาจอยู่ในช่วง 1-10 หรือ 10-100

3. Generality ประสบการณ์บางอย่างจะก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานอื่น ๆ ในสภาพงานที่คล้าย ๆ กัน ตัวอย่างเช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจเกี่ยวกับการทดสอบความคงทนในสมรรถภาพของร่างกายต่อการออกกำลังกายภายใต้การดูแลของแพทย์ และความเชื่อของผู้ป่วยสามารถทำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์ สรุปได้ดังนี้ คือ บุคคลสามารถที่จะกระทำการหนึ่งสิ่งใดได้นั้น ถ้าหากมีความคาดหวังในผลลัพธ์ว่าผลลัพธ์นั้นจะมีประโยชน์แก่ตนเอง ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ถ้าหากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความคาดหวังในผลลัพธ์ว่าตนเองจะไม่เจ็บปวดข้อเข่า ก็จะสามารถดูแลตนเองในเรื่องของการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การบริหารข้อเข่า เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 385-390) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองมากขึ้น

มัลลิกา มัติโก (2530 : 8) ได้ให้ความหมายไว้ว่าหมายถึง การดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดีด้วย ตลอดจนวิธีการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่จะมีต่อสุขภาพของตนเองตลอดจนสมาชิกในครอบครัว

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสยมพร ศิรินาวิน (2533 : 5) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองนั้นนับเป็นจุดมุ่งหมายอันเป็นรูปธรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต้องทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 18) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ การที่มวลชน (บุคคล ครอบครัว และชุมชน) ดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเชิงบวกของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่กระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

จากที่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ได้ให้ความหมายการดูแล สรุปได้คือ การที่บุคคลได้มีการกระทำการกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในการที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งความ

เป็นอยู่ที่ดี และการกระทำนั้นมีแบบแผน มีขั้นตอน และความต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต

มัลลิกา มัติโก (2530 : 11-13) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self-care in health) คือการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา เป็นต้น

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ได้แก่

1.2.1 ป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention)

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention)

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention)

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self-care in illness) ในกลุ่มนักสังคมวิทยา และมานุษยวิทยากล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid or self help group) แนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มได้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือ การดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเองหรือต่อบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 25-26 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991.

Nursing : Concepts of Practice. unpage) ได้ให้ข้อคิดถึงเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลคือเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ การดูแลตนเองที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพได้ เรียกว่า "Therapeutic" (Therapeutic self-care) ซึ่งจะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

2.4.1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ

2.4.2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุคุณภาพของบุคคลตามศักยภาพ

2.4.3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ

2.4.4 ป้องกันหรือปรับลดเซกภาวะไร้สมรรถภาพ

2.4.5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

ความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care demand)

ความต้องการการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) 3 ด้านคือ (นาตยา เกรียงชัยพุกษ์. 2544 : 41-44 ; อ้างอิงจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. หน้า 27-30)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และควรต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้คือ

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดให้มีการขยับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกูลจากการขยับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะดวกถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับร่างกายและเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้ และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อนบ้าน ทั้งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเอง ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นตัวของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health promotion and preventions)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดการเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการมีอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530 : 7-8) กล่าวว่า ประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนคือ

1. เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชนให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การแปรงฟัน ล้างมือ อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นต้น

2. เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค และความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคคอติด ไอกรน บาดทะยัก โรคหัวใจที่เกิดจากสารโคเลสเตอรอลในอาหารประเภท

ไขมัน การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้ด้วยตนเอง การที่ประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ประชาชนต้องมีความรู้ และสามารถบอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมเดียวกัน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุและโทรทัศน์ ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้

4. เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ ให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรคแม้ว่าจะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม

5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแล ในกระบวนการการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสุรา กลุ่มเลิกบุหรี่ กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพของตนเองของสูงอายุ เป็นต้น

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง รวมทั้งมีการดูแลตนเองในด้านอื่นต่าง ๆ ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ และการรับประทานยา

อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และมีความสำคัญต่อการป้องกันโรค การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน โดยเฉพาะไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวและมีโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่

น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับชีวิต เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม น้ำมียอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำทำหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่าง ๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่าง ๆ ช่วยพาของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงอาจก่ออันตรายขึ้นได้ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500 – 2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มชา กาแฟ สุรา และงดสูบบุหรี่ทุกชนิด เพราะจะทำให้เกิดโทษต่อสุขภาพร่างกายและนอนไม่หลับ

ยา ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยเฉพาะที่รับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานให้เป็นเวลา เพราะยาบางชนิดจะมีผลต่อกระเพาะอาหาร ดังนั้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

2. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อคอทไทรเซ็ปส์ มีหลายท่าการบริหารได้แก่

ท่าที่ 1 Isometric setting exercise หรือ Isostatic setting exercise คือ การบริหารที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อเข่า เป็นท่าบริหารที่สามารถเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ป้องกันอาการปวดเข่า เป็นท่าบริหารที่ปลอดภัย ไม่มีผลต่อข้อเข่าที่บวม หรือ ไม่ทำให้ข้อเข่าบวมมากขึ้น วิธีการบริหาร ผู้บริหารอยู่ในท่านั่ง หรือนอน ขาเหยียดตรง แล้วจึงเกร็งกล้ามเนื้อคอทไทรเซ็ปส์ ค้างไว้นานประมาณ 3-6 วินาที หรือถึง 10 วินาที และจึงหยุดเกร็ง พักกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน 20 วินาที และเริ่มเกร็งใหม่ อย่าเกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้นานถึง 20 วินาที และพักน้อยกว่า 10 วินาที (เสก อักษรานุเคราะห์. 2525 : 90)

ท่าที่ 2 Isometric kinetic exercise คือ การบริหาร ในลักษณะเดียวกับ Isometric setting exercise แต่มีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเล็กน้อย โดยการนำหมอนข้าง หรือ ม้วนผ้าขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้ว วางสอดไว้ใต้ข้อเข่า (เสก อักษรานุเคราะห์. 2525 : 90)

ท่าที่ 3 Isotonic exercise ฮิคส์ (Hicks. 1990 : 8750) ได้อธิบายว่า เป็นการบริหารที่ขณะบริหารมีการเคลื่อนไหวของข้อเข่ามากขึ้น วิธีการบริหารคือ ผู้บริหารนั่งอยู่บนเก้าอี้ เกร็งค้างไว้เป็นเวลานาน 3-10 วินาที และพักเป็นเวลานาน 20 วินาที จึงเริ่มเกร็งใหม่

หลักการบริหารทั้ง 3 ท่า มีดังนี้คือ

1. เป็นการเกร็งกล้ามเนื้อคอทไทรเซ็ปส์ค้างไว้ เป็นเวลานาน 3-10 วินาที และพักอย่างน้อยเป็นเวลานาน 10 วินาที จึงเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อข้างนี้ใหม่
2. ไม่มีการใช้น้ำหนักถ่วงที่ปลายเท้าขณะบริหาร
3. ให้บริหารกล้ามเนื้อคอทไทรเซ็ปส์ทั้ง 2 ข้าง ถึงแม้ผู้ป่วยบางคนจะมีอาการปวดเข่าเพียงข้างเดียวก็ตาม เพื่อให้กล้ามเนื้อทั้ง 2 ข้างแข็งแรง

4. วิธีการบริหาร จะบริหารกล้ามเนื้อคอทไทรเช็บส์ที่ละข้าง หรือ 2 ข้าง พร้อมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับท่าการบริหาร และความถนัดของผู้บริหาร

5. สามารถบริหารได้บ่อยตามต้องการ แต่เกร็งกล้ามเนื้ออย่างน้อยประมาณ 30 ครั้งต่อวัน ต่อกล้ามเนื้อ 1 ข้าง หรือแบ่งจำนวนครั้งการเกร็งกล้ามเนื้อใน 1 วัน เป็น 3-4 รอบ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาเกี่ยวกับการกระทำที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันในรูปของการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกดบริเวณข้อเข่า การรับประทานยา เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะผู้เริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนมากจะเกิดจากการขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ลักษณะของอาชีพมีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องนำมาประกอบในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีดังนี้

อีบอง (Ebong. 1985 : 682-684) ศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไนจีเรียกับผู้ป่วย จำนวน 116 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 66.70 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.30 คิดเป็นอัตราส่วน 2 : 1 อาชีพมีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในหญิงที่มีอาชีพแม่บ้าน (Domestic worker) และในหญิงที่มีอาชีพขายของชำ (Pettry trading) พบว่า เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูง

เฟลสัน และคนอื่น ๆ (Felson and others. 1988 : 18-24) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมจะพบความสัมพันธ์ในเพศหญิงเด่นชัดกว่าในเพศชาย โดยมีการควบคุมปัจจัยอื่น ๆ คือ อายุ ระดับกรดยูริก (Uric acid) ในเลือด และระดับการใช้พลังงานในร่างกาย พบว่า ปัจจัยของภาวะอ้วนในผู้ที่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ดัชนีบ่งบอกถึงภาวะอ้วน สามารถใช้วิธีการวัดได้หลายรูปแบบ คือ การชั่งน้ำหนัก การคำนวณหาค่า BMI และการวัดความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนังบริเวณท้องแขน และบริเวณกระดูกสะบัก เมื่อนำวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้มาเปรียบเทียบกัน พบว่า ค่า BMI เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะอ้วนโดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศเข้ามาเกี่ยวข้อง

แอนเดอร์สัน และ เฟลสัน (Anderson and Felson. 1988 : 179-189) ศึกษาการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน มีอายุระหว่าง 35-44 ปี แต่สำหรับในกลุ่มอายุ 45-54 ปี, 55-64 ปี และ 65-74 ปี พบผู้ป่วยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่า ปัจจัยเรื่องภาวะอ้วนกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งใช้ค่า BMI เป็นตัวบ่งบอกถึงภาวะอ้วนจะใช้มาตรฐานดังนี้ น้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ (Under weight) มีค่า BMI < 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ < 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ < 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ภาวะอ้วน (Obesity) มีค่า BMI > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร พบว่าค่า BMI เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยที่มีค่า BMI > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร จะมีอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มอื่น และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่า BMI มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พบว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 ดอลลาร์/ปี มีอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย รายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าอัตราเสี่ยงเท่ากับ 0.66

เดวิส และคนอื่น ๆ (Davis and others. 1988 : 1019-1029) ศึกษาข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์เกิดโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิงจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยมีค่าอัตราเสี่ยงในเพศหญิงเปรียบเทียบกับเพศชายในกลุ่มอายุระหว่าง 45-54 ปี เท่ากับ 1.57 ในกลุ่มอายุระหว่าง 55-64 ปี เท่ากับ 1.79 และในกลุ่มอายุระหว่าง 65-74 ปี เท่ากับ 2.14

งานวิจัยในประเทศ

ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

อุดม ชมชาญ และ สารเนตร ไวกุล (2527 : บทคัดย่อ) ศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 4 : 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำสวน

สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์ (2532 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ

แววดาว ทวีชัย (2543 : 58-66) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง

กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และพบว่าเพศ ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน รายได้ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มาริสา สุวรรณราช (2544 : 70-77) ศึกษาความปวด การจัดการกับความปวด และภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความปวดต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย และมีคะแนนความปวดขณะประเมินอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับความปวดโดยไปโรงพยาบาล และรักษาด้วยตนเอง ยาแก้ปวดบรรเทาอาการปวดได้มากกว่า 12 ชั่วโมง และการจัดการกับความปวดมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง ยาแก้ปวดบรรเทาอาการปวดได้มากกว่า 12 ชั่วโมง และการจัดการกลับความปวดมีประสิทธิภาพในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ต่างกัน มีความปวดต่างกัน

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97-105) ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่าง 260 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรการศึกษา อาชีพ และรายได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อินทราพร พรหมปรากฏ (2541 : ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับ การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 95-108) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และพบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพ สมรส ประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรค และความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

สุภาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 103-115) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม ผลการ ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มีความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี มีเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีการ สนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี และพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระยะเวลา ของการเป็นโรค และประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยเกี่ยวกับความสามารถตนเอง

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ได้ศึกษาเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มี ภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 24.65 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ทางอ้อม โดยผ่านความ สามารถในการดูแลตนเอง ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50-51) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางการบวกกับภาวะสุขภาพ เมื่อนำเพศ สถานภาพสมรส รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิรินทร์ ศาสตราภรณ์ (2538 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.60 ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.70 และพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.60 ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จารุณี นันทโนทยาน (2539 : ก-ข) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความสามารถตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษา และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัสรา อวรณ์ (2540 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ฐานะเศรษฐกิจ ต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ศิริมา ลีละวงศ์ (2541 : ง) ได้ศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการยอมรับกระบวนการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสัมพันธภาพภายในครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยครอบครัวคือ สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ด้านการยอมรับกระบวนการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ และการยอมรับกระบวนการสูงอายุ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

ร้อยละ 36.6

จากที่ผู้วิจัยได้มีการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ และภายในประเทศ พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่จะเป็นกับบุคคลที่เริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยที่บุคคลเหล่านั้นขาดการดูแลข้อเข่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการใช้ข้อเข่าไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีลักษณะของอาการปวดไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของข้อ อาจปวดทั้งเข่า ด้านหน้า ด้านหลัง ด้านใน หรือด้านนอก ดังนั้น ถ้าหากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ก็จะทำให้ไม่เกิดการเจ็บปวดข้อเข่า และจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง พบว่า ถ้าหากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสามารถดูแลตนเองที่ถูกต้อง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ว่าตนเองมีการดูแลตนเอง ในเรื่องของการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การบริหารข้อเข่า ก็จะทำให้เกิดผลดีกับตนเอง คือ ไม่ปวดข้อเข่า และทำให้ข้อเข่าแข็งแรง จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำ และการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
6. แผนการดำเนินการทำปริญญานิพนธ์

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมารับการตรวจรักษาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 1,454 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 314 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการคำนวณจากสูตรของ ยามาเน่ (Yamane, 1967 : 886) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	จำนวนประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี แบบสัมภาษณ์ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ตัณห์มวลกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะข้อคำถามเป็นปรนัย ชนิดเลือกตอบถูก ผิด มี 3 ช่องให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ไม่ทราบ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ

ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ

ทางสถิติ สถานภาพสมรส รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรรมพันธุ์มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม

ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534 : 3) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม การสนับสนุนทางครอบครัว และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรับรู้อำนาจภายในตน ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด สามารถร่วมกันพยากรณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมได้ คิดเป็นร้อยละ 46.00

ปราณี กาญจนวรงค์ (2539 : 88-92) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในเชิงจิตวิทยาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ ชาน เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ เพศ อายุ วัชหมตประจำเดือน พันธุกรรม ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับการบาดเจ็บที่ข้อเข่า บริโภคนิสัย และกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป หญิงวัชหมตประจำเดือนที่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว มีการบริโภคนิสัยและกิจกรรมในชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง และส่วนมากความสัมพันธ์ของปัจจัย และพบว่า อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ขวัญตา ตรัสกุลวัฒนา (2541 : 50-57) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี อิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้ศึกษาค้นคว้าดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบดังต่อไปนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จากเอกสารและงานศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์จากตำรา เอกสาร และงานศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อนำมาปรับปรุงและสร้างแบบสัมภาษณ์
3. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา โดยศึกษาจากแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 21 ข้อ แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 14 ข้อ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง จำนวน 16 ข้อ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง จำนวน 18 ข้อ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 26 ข้อ
4. นำแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ประธานและกรรมการที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนและถูกต้องจากนั้นนำไปหาคุณภาพเครื่องมือ
5. นำแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบ (Try out) กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสัมภาษณ์วัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มีลักษณะคำถามเป็นปรนัย มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจให้คะแนน 0 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร. 2539 : 77)

ร้อยละของคะแนน 80.00-100.00	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
ร้อยละของคะแนน 50.00-79.99	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
ร้อยละของคะแนน 00.00-49.99	หมายถึง	มีความรู้ระดับต่ำ

2. แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายของคะแนนเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมระดับดี
- ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมระดับต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการดูแลตนเองจากการป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลตนเองจากการป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง
- ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ

4. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง ซึ่งมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมายของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับสูง
- ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับต่ำ

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

- ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี
- ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ
ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)
 - 1.1 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ประธานและคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.2 นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเสร็จแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค-ข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาเป็นรายข้อว่า แต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
นั้นหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ในแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม ถ้าค่าดัชนี (IC) ที่ได้มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ .5 ข้อคำถามนั้นถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปทดลองใช้ได้

1.3 นำแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

1.4 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

1.5 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้มาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

2. นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

2.1 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อกับจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด และเลือกข้อคำถามไว้ จำนวน 13 ข้อ จาก 21 ข้อ มีความยากง่ายระหว่าง 0.09-0.97 โดยให้ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด

2.2 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยการหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ของคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) ได้คัดเลือกข้อคำถามไว้ จำนวน 13 ข้อ จาก 21 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.19-0.59 สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงภาษาที่ใช้แล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

2.3 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR₂₀ ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson formula 20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.7046

3. นำแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาคูณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) ได้คัดเลือกข้อคำถามไว้ จำนวน 12 ข้อ จาก 14 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20-0.48

3.2 นำแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) มีค่าความเชื่อมั่น 0.6713

4. นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง มาหาคูณภาพเครื่องมือ ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) ได้คัดเลือกข้อคำถามไว้ จำนวน 15 ข้อ จาก 16 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.17-0.72 สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงภาษาที่ใช้แล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

4.2 นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) มีค่าความเชื่อมั่น 0.8478

5. นำแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มาหาคูณภาพเครื่องมือ ดังนี้

5.1 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) ได้คัดเลือกข้อคำถามไว้ จำนวน 15 ข้อ จาก 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.34-0.72

5.2 นำแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) มีค่าความเชื่อมั่น 0.8741

6. นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาคูณภาพเครื่องมือ ดังนี้

6.1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) ได้คัดเลือกข้อคำถามไว้ จำนวน 17 ข้อ จาก 26 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.17-0.55 สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงภาษาที่ใช้แล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

6.2 นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) มีค่าความเชื่อมั่น 0.7284

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้อำนวยการโรงพยาบาล-พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2547 ได้แบบสัมภาษณ์ จำนวน 314 ชุด

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์และคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ นำแบบสอบถามมาตรวจให้คะแนนข้อคำถามในแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยคำนวณหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9, 10, 11 และ 12

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 59)

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลให้เป็นร้อยละ

n แทน ค่าจำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) ดังนี้

$$IC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
 n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 การหาค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$P = \frac{R}{n}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
 R แทน จำนวนที่ผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
 n แทน จำนวนผู้ที่ตอบทั้งหมด

2.3 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\overline{Y_p} - \overline{Y_q}}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
 $\overline{Y_p}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
 $\overline{Y_q}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
 S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
 p แทน ค่าความยากของข้อสอบนั้น
 q แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือคือ (1-p)

2.4 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

สูตร KR₂₀ (Kuder Richardson Formula 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม
	p	แทน ค่าความยากของแบบสอบถามแต่ละข้อ (สัดส่วน ของคนทำถูก)
	q	แทน สัดส่วนของผู้ที่ทำผิดในข้อหนึ่ง คือ (1-p)
	S_t^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.5 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยวิธีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับ Y
	$\sum X$	แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X^2$	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y
	$\sum XY$	แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X กับ Y
	n	แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.6 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200)

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

เมื่อ	α	แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ
	n	แทน จำนวนข้อสอบของแบบสัมภาษณ์
	S_i^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	$\sum S_i^2$	แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 117)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{(n_1-1)} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{(n_2-1)}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$	แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2 และ S_2^2	แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1 และ n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One – Way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 232-236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน ค่าใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_B	แทน คะแนนเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเป็นรายคู่ โดยวิธีของ LSD โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 248)

$$CV_d = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_{within})(2/n)}$$

เมื่อ	k	แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	F^*	แทน ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical value)
	MS_{within}	แทน ค่า Mean square within group ที่คำนวณไว้แล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน
	n	แทนจำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9, 10, 11 และ 12 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 313-314)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของชุด X กับชุด Y
	$\sum X$	แทน ผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน ผลรวมของผลคูณของระหว่าง X กับ Y
	n	แทน จำนวนคน หรือสิ่งที่ศึกษา

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t - test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 317)

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าสถิติ (t - test)
	r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	n	แทน จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ส่วนในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ผู้วิจัยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance หรือ F-test) นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตาราง 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	46	14.65
	หญิง	268	85.35
	รวม	314	100.00
อายุ			
	41 - 50 ปี	33	10.51
	51 - 60 ปี	87	27.71
	61 - 70 ปี	122	38.85
	มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	72	22.93
	รวม	314	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	24	7.64
ประถมศึกษา	167	53.19
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	10.83
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	30	9.55
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	23	7.32
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	36	11.47
รวม	314	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	27	8.60
คู่	179	57.00
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	108	34.40
รวม	314	100.00
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	14	4.46
ค้าขาย	58	18.47
รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	7.33
รับจ้าง	32	10.19
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน ,แม่บ้าน)	131	41.72
ข้าราชการบำนาญ	56	17.83
รวม	314	100.00
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	149	47.45
5,001 - 10,000 บาท	76	24.20
10,001 - 15,000 บาท	31	9.87
15,001 - 20,000 บาท	34	10.83
20,001 บาทขึ้นไป	24	7.65
รวม	314	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		
ต่ำกว่า 1 ปี	49	15.60
1 - 4 ปี	134	42.68
5 - 8 ปี	72	22.93
9 - 12 ปี	43	13.69
มากกว่า 12 ปีขึ้นไป	16	5.10
รวม	314	100.00
ดัชนีมวลกาย		
18.5 - 24.9 กก./ม ²	150	47.77
25 - 29.9 กก./ม ²	124	39.49
ตั้งแต่ 30.0 กก./ม ²	40	12.74
รวม	314	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.35 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.65

อายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีอายุ 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.85 รองลงมามีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.71 และอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.51

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.19 รองลงมามีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 11.47 และมีระดับการศึกษานุปริญญาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.32

สถานภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีสถานภาพสมรสอยู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.00 รองลงมามีสถานภาพสมรส ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 34.40 และสถานภาพโสด น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.60

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด ได้แก่ พ่อบ้าน แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 41.72 และมีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.47 รองลงมามีอาชีพ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 17.83 และมีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 10.19

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.45 รองลงมามีรายได้ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.20 และมีรายได้ 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.83 และมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.65

ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-4 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.68 รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 5-8 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.93 และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มากกว่า 12 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.10

ดัชนีมวลกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม² มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.77 รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย 2.5-29.9 กก./ม² คิดเป็นร้อยละ 39.49 และผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30.0 กก./ม² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.74

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
 เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ
 การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม		
ระดับดี	184	58.60
ระดับปานกลาง	116	36.94
ระดับต่ำ	14	4.46
รวม	314	100.00
เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม		
ระดับดี	234	74.52
ระดับปานกลาง	80	25.48
รวม	314	100.00
การรับรู้ความสามารถตนเอง		
ระดับสูง	237	75.48
ระดับปานกลาง	77	24.52
รวม	314	100.00
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง		
ระดับสูง	269	85.67
ระดับปานกลาง	45	14.33
รวม	314	100.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม		
ระดับดี	169	53.82
ระดับปานกลาง	143	45.54
ระดับต่ำ	2	.64
รวม	314	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.60 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.94 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.46

2. เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.52 และมีเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.48

3. การรับรู้ความสามารถตนเอง

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.48 และมีการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.52

4. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.67 และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.33

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.82 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.54 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.64

ตาราง 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรค
ข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง
ในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	314	81.23	14.36	ดี
เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม	314	3.89	0.31	ดี
การรับรู้ความสามารถตนเอง	314	3.96	0.41	สูง
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง	314	4.11	0.40	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	314	1.36	0.26	ดี

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 81.23, S = 14.36) มีเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.89, S = 0.31) มีการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.96, S = 0.41) มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.11, S = 0.40) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 1.36, S = 0.26)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance หรือ F-test) นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตาราง 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	46	1.35	0.27	0.176	0.860
หญิง	268	1.36	0.26		

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 5 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S
41-50 ปี	33	1.23	0.27
51-60 ปี	87	1.33	0.27
61-70 ปี	122	1.40	0.25
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	72	1.39	0.26
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุ 61-70 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากที่สุด ($\bar{X} = 1.40$) รองลงมาคือ มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป อายุ 51-60 ปี และอายุ 41-50 ปี ($\bar{X} = 1.39, 1.33, 1.23$) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	0.900	0.300	4.501*	0.004
ภายในกลุ่ม	310	20.653	0.067		
รวม	313	21.553			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอายุ

อายุ	$\bar{x}$	41-50 ปี	51-60 ปี	มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	61-70 ปี
		1.23	1.33	1.39	1.40
41-50 ปี	1.23	-	0.10	0.16*	0.17*
51-60 ปี	1.33		-	0.06	0.07
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	1.39			-	0.01
61-70 ปี	1.40				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุ 61-70 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 41-50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	24	1.36	0.32
ประถมศึกษา	167	1.38	0.26
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	1.44	0.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	30	1.25	0.30
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	23	1.34	0.20
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	36	1.29	0.23
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากที่สุด ($\bar{X} = 1.44$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา และอนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 1.38, 1.36, 1.34$) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	0.762	0.152	2.258*	0.049
ภายในกลุ่ม	308	20.790	0.068		
รวม	313	21.553			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น
		ตอนปลาย					
		1.25	1.29	1.34	1.36	1.38	1.44
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.25	-	0.04	0.09	0.11	0.13*	0.19*
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.29		-	0.05	0.07	0.09	0.15*
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1.34			-	0.02	0.04	0.10
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.36				-	0.02	0.08
ประถมศึกษา	1.38					-	0.06
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.44						-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี หรือสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 11 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	n	$\bar{X}$	S
โสด	27	1.28	0.30
คู่	179	1.36	0.25
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	108	1.37	0.27
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพสมรสม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด ($\bar{X} = 1.37$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสโสด ($\bar{X} = 1.36, 1.28$) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.184	0.092	1.339	0.264
ภายในกลุ่ม	311	21.369	0.069		
รวม	313	21.553			

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 13 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
เกษตรกรกรรม	14	1.37	0.29
ค้าขาย	58	1.32	0.26
รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	23	1.19	0.18
รับจ้าง	32	1.27	0.31
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน)	131	1.40	0.25
ข้าราชการบำนาญ	56	1.40	0.24
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) และข้าราชการบำนาญ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากที่สุด ($\bar{X} = 1.40$) รองลงมาคือ มีอาชีพเกษตรกรกรรม ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ($\bar{X} = 1.37, 1.32, 1.27$ และ 1.19) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	1.350	0.270	4.116*	0.001
ภายในกลุ่ม	308	20.203	0.066		
รวม	313	21.553			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	$\bar{X}$	รับราชการ หรือ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	รับจ้าง	ค้าขาย	เกษตรกรรม	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ข้าราชการบำนาญ
		1.19	1.27	1.32	1.37	1.40	1.40
รับราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.19	-	0.08	0.13*	0.18*	0.21*	0.21*
รับจ้าง	1.27		-	0.05	0.10	0.13*	0.13*
ค้าขาย	1.32			-	0.05	0.08*	0.08
เกษตรกรรม	1.37				-	0.03	0.03
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.40					-	-
ข้าราชการบำนาญ	1.40						-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ และไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) อาชีพเกษตรกรรม และอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ และไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 5,000 บาท	149	1.36	0.27
5,001-10,000 บาท	76	1.35	0.28
10,001-15,000 บาท	31	1.36	0.21
15,001-20,000 บาท	34	1.32	0.24
20,001 บาทขึ้นไป	24	1.38	0.26
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากที่สุด ($\bar{X}$ = 1.38) รองลงมาคือ มีรายได้ 10,001-15,000 บาท และรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท และรายได้ 5,001-10,000 บาท และรายได้ 15,001-20,000 บาท ($\bar{X}$ = 1.36, 1.35, 1.32 ตามลำดับ) ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	0.053	0.013	0.189	0.944
ภายในกลุ่ม	309	21.500	0.070		
รวม	313	21.553			

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 18 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 1 ปี	49	1.30	0.24
1-4 ปี	134	1.33	0.29
5-8 ปี	72	1.35	0.23
9-12 ปี	43	1.45	0.25
มากกว่า 12 ปีขึ้นไป	16	1.47	0.20
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 12 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากที่สุด ($\bar{X}$ = 1.47) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 9-12 ปี และ 5-8 ปี และ 1-4 ปี และต่ำกว่า 1 ปี ($\bar{X}$ = 1.45, 1.35, 1.33 และ 1.30) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	0.818	0.205	3.048*	0.017
ภายในกลุ่ม	309	20.735	0.067		
รวม	313	21.553			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		ต่ำกว่า 1 ปี	1-4 ปี	5-8 ปี	9-12 ปี	มากกว่า 12 ปี
	$\bar{X}$	1.30	1.33	1.35	1.45	1.47
ต่ำกว่า 1 ปี	1.30	-	0.03	0.05	0.15*	0.17*
1-4 ปี	1.33		-	0.02	0.12*	0.14*
5-8 ปี	1.35			-	0.10*	0.12
9-12 ปี	1.45				-	0.02
มากกว่า 12 ปี	1.47					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 12 ปี และ 9-12 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ต่ำกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มากกว่า 12 ปี และ 9-12 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 9-12 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 5-8 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย	n	$\bar{X}$	S
18.5-24.9 กก./ม ²	150	1.36	0.26
25-29.9 กก./ม ²	124	1.34	0.27
ตั้งแต่ 30.0 กก./ม ²	40	1.39	0.26
รวม	314	1.36	0.26

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30.0 กก./ม² มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด ($\bar{X}$ = 1.39) รองลงมาคือ มีดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม² และ 25-29.9 กก./ม² ($\bar{X}$ = 1.36, 1.34) ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามดัชนีมวลกาย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	0.102	0.034	0.491	0.689
ภายในกลุ่ม	310	21.451	0.069		
รวม	313	21.553			

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับ		ค่าสัมประสิทธิ์-	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	สหสัมพันธ์	p
ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม		r	
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	314	0.352*	0.000
เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม	314	0.168*	0.000
การรับรู้ความสามารถตนเอง	314	0.339*	0.000
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง	314	0.218*	0.000

จากตารางที่ 23 แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9, 10, 11 และ 12

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ตัณห์มวลกาย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
9. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

10. เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
11. การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
12. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมารับการตรวจรักษาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องผ่าตัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 1,454 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 314 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากสูตรของ ยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี แบบสัมภาษณ์ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะข้อคำถามเป็นปรนัย ชนิดเลือกตอบถูก ผิด มี 3 ช่องให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ไม่ทราบ จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ข้อความมีทั้งทางบวก และทางลบ จำนวน 17 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ส่วนในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ผู้วิจัยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ดัชนีมวลกาย โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance หรือ F-test) นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็น
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.35 และเพศชาย
คิดเป็นร้อยละ 14.65 มีอายุ 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.85 มีระดับการศึกษา
ประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.19 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
57.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.72 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.45 มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-4 ปี มากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 42.68 มีดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.77

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.60

3. เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.52

4. การรับรู้ความสามารถตนเอง

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.48

5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.67

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ
53.82

7. การทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ดังนี้

7.1 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

7.2 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.3 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.4 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

7.5 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.6 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

7.7 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.8 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

7.9 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

7.10 เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

7.11 การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

7.12 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้คือ

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 314 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 61-70 ปี มากที่สุด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เช่น เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรู้ว่ามีการผิดปกติเกี่ยวกับข้อเข่า จะรีบไปพบแพทย์ทันที มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และไม่ซื้อยารับประทานเองเมื่อเกิดอาการปวดข้อเข่า มีการรับประทานอาหาร ประเภทปลาและประเภทผัก เป็นประจำ และพยายามหลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน ๆ เป็นต้น อภิปรายได้ว่า อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไปพบแพทย์ตามนัด และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และมีเจตคติที่ดีต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ผลที่ตามมาคือ มีการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ป่วยมาแล้ว 1-4 ปี ทำให้ผู้ป่วยรับรู้โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย

ในการรักษาเป็นจำนวนมาก และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความพิการ อีกทั้งถ้าขาดการดูแลตนเองที่ถูกต้องก็จะทำให้บุคลิกภาพเสีย เช่น ขาโก่ง เสียการทรงตัว เป็นต้น ผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และเป็นผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 94-95) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-103) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แววดาว ทวีชัย (2543 : 58-66) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับ กนกกรส สุขสมชีพ (2544 : 64-88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

1. เพศ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า ภาวะข้อเข่าเสื่อมสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ และทุกคน ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของข้อเข่าที่ถูกใช้งานมาตลอด โดยเฉพาะบริเวณของข้อกระดูกอ่อนซึ่งเป็นส่วนที่ถูกแรงกระแทก หรือเสียดสีมากที่สุด ผู้ที่มีอายุมากขึ้นไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแล้วจะต้องประสบกับพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ อาการ การดำเนินของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไปพบแพทย์ตามนัด ก็จะได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การบริหารข้อเข่า การออกกำลังกายเป็นประจำ และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกดที่ข้อเข่า ฉะนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมทุกคนไม่ว่าเพศหญิง หรือเพศชาย มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเหมือนกัน และในปัจจุบันได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ มากมายทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์

ทำให้การศึกษาหาความรู้ได้ง่าย รวดเร็ว ทำให้ทุกคนมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ถูกต้องเท่าเทียมกัน เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แอนเดอร์สัน และเฟลสัน (Anderson and Felson. 1988 : 179-189) ที่ศึกษาการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา พบว่า มีผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง และเพศชาย เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเหมือนกัน สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 107) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ กนกกรส สุขสมชีพ (2544 : 64-88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ และเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 96-97) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุรชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 103-104) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับ เฟลสัน และคนอื่น ๆ (Felson and others. 1988 : 18-24) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า เพศหญิงเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย ไม่สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2539 : 88-92) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อายุ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 2

ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 61-70 ปี และมีอายุมากกว่า 70 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 41-50 ปี และ อายุ 51-60 ปี ทั้งนี้เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน และจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุมากมีความตระหนัก และสนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม พร้อมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุมากได้รับความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง จะมีความรุนแรงมากขึ้นในระยะหลังเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไขในระยะแรก อาการปวดจะทวีรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และเจ็บปวดอยู่เป็นเวลานาน ผลเสียที่ตามมา คือ ทำให้ข้อเข่ามีการเคลื่อนไหวน้อยลง เกิดปัญหากล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง เนื่องจากการใช้งานของกล้ามเนื้อลดลงเพราะมีอาการเจ็บปวด อักเสบบวม ข้อติด (Sembel and others. 1990 : 32-40) และที่สำคัญโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถทำให้เกิดความพิการได้ สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุน้อย อาจจะขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะคิดว่าโรคข้อเข่าเสื่อมที่ตนเองเป็นอยู่ขณะนี้ยังไม่มี ความรุนแรงมาก และมีอาการปวดเล็กน้อย จึงให้ความสนใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย และอาจไม่ทราบว่าเมื่อตนเองมีอายุมากขึ้นก็จะต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการปวดข้อเข่ามากขึ้น เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เฟลสัน และคนอื่นๆ (Felson and others. 1988 : 18-24) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับ สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤษ (2532 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลรามารบดี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนวรรณ์ (2539 : 88-92) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 104-105) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ระดับการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและระดับ ประถมศึกษา มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีข้อจำกัดใน การรับรู้ การเรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ จึงพยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคล ที่มีความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองได้ เมื่อมารับการตรวจตามนัดทุกครั้งก็จะได้รับ คำแนะนำโดยตรงจาก แพทย์ พยาบาลทุกครั้ง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ และน่าเชื่อถือสำหรับ ผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมและปฏิบัติตาม รวมทั้ง ระวังระมัดระวังป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับข้อเข่า ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพตนเองที่ เปลี่ยนแปลงไป พยายามเรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงทำให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิริินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ (2538 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสรวและความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนารวงศ์ (2539 : 88-92) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อัสรา อวรรณ (2540 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและ ปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล กลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มี ความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 98-100) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 105-107) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ไม่สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ กนกพร สุขสมชีพ (2544 : 64-88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

4. สถานภาพสมรส

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน คือ โสด คู่หม้าย/หย่า/แยก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า จากความเชื่อที่ว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มักได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรสจึงมีส่วนส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ส่วนผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย/หย่า/แยก มักขาดคนปลอบใจและให้กำลังใจ แต่ในสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการดำเนินชีวิตแบบครอบครัวเครือญาติ ยังมีบุตรหลานและญาติพี่น้องคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วยพร้อมให้กำลังใจ ประกอบกับได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองที่ดี ได้รับการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว จากแพทย์และพยาบาลที่ดีเหมือนๆ กัน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์ (2532 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 109) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ อัสรา อารณ (2540 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทยาโชติกิจคุณ (2534 : 50-51) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถ

ในการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนารวงค์ (2539 : 88-92) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. อาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ และไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ อภิปรายได้ว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ และไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) มีความเป็นอิสระ ไม่ได้ทำงานตามเวลา และตามหน้าที่จึงมีเวลามาก สามารถใช้เวลาว่างในการหาความรู้เพื่อการดูแลตนเองได้มาก จึงมีโอกาสที่จะดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ และรับรู้โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย และมีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง เช่น ทำให้สูญเสียบุคลิกภาพในการเดิน การยืน และทำให้ขาโก่ง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญและไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุดม ชมชาญ และสารเนตร ไวกุล (2527 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 97-105) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ กนกพร สุขสมชีพ (2544 : 64-88) พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 100-101) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุรชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 107-108) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

6. รายได้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต และตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีรายได้แตกต่างกัน เช่น มีรายได้ 21,000 บาทขึ้นไป รายได้ 15,001-20,000 บาท รายได้ 10,001-15,000 บาท และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก นโยบายของรัฐบาลในปัจจุบัน มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งลดช่องว่างความไม่เสมอภาคของระบบบริการสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในยามเจ็บป่วยเท่าเทียมกัน ดังนั้น รายได้จึงไม่สำคัญต่อการดูแลตนเอง แต่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก็ยังจำเป็นต้องดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อไม่ให้ตนเองได้รับภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดอาการปวดที่รุนแรง เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์ (2532 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลรามารัตน์ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 101-102) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนารวงศ์ (2539 : 88-92) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ กนกกรส สุขสมชีพ (2544

:64-88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์(2544 : 108-109) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 12 ปี และ 9-12 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ต่ำกว่า 1 ปี, 1-4 ปี และ 5-8 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นเวลานาน มีความรู้ ความเข้าใจ มากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และที่สำคัญมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 12 ปี และ 9-12 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่า 1 ปี และ 1-4 ปี อาจจะขาดประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และอาจเป็นเพราะขาดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องของการรักษาพยาบาล และการป้องกันการปวดข้อเข่า ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ (2538 : ก-ข) ที่ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539 : 104) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุจิตา นิธิพนธ์ (2543 : 97) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2539 : 88-92) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 73) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานในภาคตะวันตกพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยหรือมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการเป็นโรคต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ จันทิมา โดษะนันท์ (2544 : 105-106) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะของการป่วยเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 108-109) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

8. ดัชนีมวลกาย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน หรือมีน้ำหนักตัวต่างกันมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมาก แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว ดังนั้น ทุกคนก็ยอมรับสภาพของโรค รับรู้ถึงซึ่งวิธีการรักษา และการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ในการควบคุมน้ำหนักตัวเอง และจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยเองว่า เมื่อมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรืออยู่ในภาวะอ้วน จะทำให้อาการปวดข้อเข่าเป็นมากขึ้นด้วย จึงต้องพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกกรส สุขสมชีพ (2544 : 64-88) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ แอนเดอร์สัน และ

เฟลสัน (Anderson and Felson. 1988 : 178-189) ที่ศึกษาการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม และพบว่า ค่า BMI มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่สอดคล้องกับ เฟลสัน และคนอื่นๆ (Felson and others. 1988 : 18-24) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

9. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับ บริการการรักษาพยาบาลตามแพทย์นัดทุกครั้ง ได้รับความรู้จากแพทย์ และพยาบาล ประกอบกับการแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจากแหล่งข่าวสาร จึงทำให้ผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เช่นทราบว่า ข้อเข่ามี หน้าที่ในการรับน้ำหนักตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกาย การนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ปวดข้อเข่า การนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ปวดข้อเข่า การรักษาให้ผลดีและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรมีการบริหารข้อเข่าทุกวัน และการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ ข้อเข่าแข็งแรง เป็นต้น ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีด้วย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญันฐานฎ ไชยศิริ (2534 : 3) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล เลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ กนกกร สุษสมชีพ (2544 : 64-88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาค้นคว้านี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม :

กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

10. เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมารับบริการรักษาตามนัด ก็จะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง และได้รับความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การรับประทาน ยา และการออกกำลังกาย ดังนั้น จึงทำให้มีเจตคติดีต่อโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ทราบว่าความ อ้วนส่งผลกระทบต่อเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม จึงหลีกเลี่ยงการทำงานที่ทำให้เกิดอาการปวด ข้อเข่ารุนแรงมากขึ้น ตลอดจนการควบคุมน้ำหนักของร่างกายจะช่วยให้บรรเทาการปวดข้อเข่า ได้ ทั้งนี้เนื่องจาก เจตคติ คือ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลซึ่งอยู่ภายในจิตใจ และสามารถแสดง ออกมาในรูปของความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย เป็นต้น ดังนั้น เมื่อ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้สึกที่ดีต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ก็จะมีผลไปถึงการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ด้วยดังคำกล่าวของ นิภา มนูญปัจ (2528 : 20) ได้พูดถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยว่าทั้งสามอย่างมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการ เปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย หรือการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติหรือการปฏิบัติด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้าน อื่นด้วย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534 : 3) ที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ กาญจนา คุ่มภัย (2544 : 125-136) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล ตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ กนกกร สุขสมชีพ (2544 : 64-88) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูง อายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

11. การรับรู้ความสามารถตนเอง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อภิปรายได้ว่า เมื่อการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดี พฤติกรรมการปฏิบัติตัวย่อมดีตามไปด้วย และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการการรักษาจากแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การบริโภคอาหารให้ได้คุณค่าทางโภชนาการ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมคิดว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปฏิบัติตาม เช่น สามารถไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง สามารถรับประทานอาหารประเภทปลา แทนเนื้อสัตว์อื่น ๆ ได้ สามารถดื่มน้ำอัดลมได้ สามารถหลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ หรือการนั่งคุกเข่าเป็นประจำได้ และสามารถรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ในขนาดที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายได้ เป็นต้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่คิดว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ก็จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50-51) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับ กาญจนา ประสารปราง (2535 : 65) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

12. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อมีความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายได้ ความคาดหวังใน

ผลดีของการปฏิบัติ คือ ทำให้ลดอาการปวดข้อเข่า ข้อเข่าเสื่อมสภาพช้าลง กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงคงทน เป็นต้น ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำสิ่งใดที่นำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน การที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจะขึ้นกับการรับรู้ความสามารถตนเอง และอีกส่วนหนึ่งจะขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำของตนเอง เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทนทานมากขึ้น การรับประทานอาหารที่มีกากใยช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น การรับประทานผักใบเขียวช่วยไม่ให้ท้องผูก การรับประทานปลาเล็กปลาน้อย ช่วยป้องกันโรคกระดูก และการออกกำลังกายช่วยให้การเคลื่อนไหวกระดูกข้อต่อต่าง ๆ ไม่ยึดติด เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จารุณี นันทวโนทยาน (2539 : ก-ข) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังในความสามารถตนเองและคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุข ควรมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการมีความตระหนักผลกระทบของการขาดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพราชการบำนาญ และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน, แม่บ้าน) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ดังนั้น ควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และแบ่งเวลาให้เหมาะสม

3. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า นอกเหนือจากความรู้และเจตคติ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมแล้ว ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น การให้สุขศึกษา นอกเหนือจากจะเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้ว ควรมีการจัดกิจกรรมที่เน้นให้ความรู้สู่ที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย และการปฏิบัติเน้นผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

4. ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ให้มีความรู้ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มวัยทำงาน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มข้าราชการก่อนเกษียณอายุราชการ กับกลุ่มข้าราชการบำนาญ
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกกรส สุขสมชีพ. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ใน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ หล้าสูงรัง. (2528). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยา การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กาญจนา คุ่มภัย. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ประสานปรารถ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญตา ตรัสกุลวัฒนา. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกับอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีคนไทย. (2543). คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- จารุณี นันทวโนทยาน. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการ ปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจริญ โชติกวนิชย์. (มิถุนายน, 2526). ข้อเข่าเสื่อมอีกเสบปรุมภูมิ," สารศิริราช. 35(2) : 537-543.
- จันทิมา โดษะนันท์. (2544). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรี วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชุตตา จิตพิทักษ์. (2525). พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สารมวลชน.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติเวทย์ ตุมราควิน. (2538). "โรคข้อเสื่อม," ใน สรวุฒิ ปรีชานนท์ และสุรศักดิ์ นิลกานุงค์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคข้อ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ณัฐนาฏ ไชยศิริ. (2534). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ ก.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์วัลย์ ขาวสำอางค์. (2535). ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธัญย์ สุภัทรพันธ์. (2538). "Osteoarthritis," ใน สมชัย ปรีชาสุข (บรรณาธิการ). ออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ : โฆษิตการพิมพ์.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นวลจันทร์ ปรีดาพันธ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา เกรียงชัยพุกษ์. (2544). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ ณ ชุมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2528). การวิจัยทางสุศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.

- นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : การพิมพ์พระนคร.
- บุษบา อุโฬจิตร. (2537). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็น โรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- เบญจมาศ ม่วงทอง. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประกิต เทียนบุญ. (2534). “ข้อเข่าเสื่อม,” จุลสารรูมาติสซั่ม. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์. 2(2) : 2-9.
- ประคอง กรรณสูตร. (2529). สถิติประยุกต์สำหรับครู. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พีระพัสชา โอเดียสน์ไตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). “พฤติกรรมสุขภาพ,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประโยชน์ บุญสินสุข และ วิทยา เมธิยาคม. (2532). การสำรวจพารามิเตอร์ของกล้ามเนื้อแฮมสตริง และกล้ามเนื้อควอดไตรเซ็ปส์ของชาวไทยในการออกกำลังกายแบบไอโซไคเนติก. วารสารกายภาพบำบัด. 16 : 24-37.
- ปียนันท์ มณีกุล. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปราณี กาญจนวรรณ. (2539). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- พรพิมล หลวงอินทิม และวลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์. (2534). หลักการอาหารบำบัด ใน
โภชนศาสตร์สาธารณสุข เอกสารการสอนชุดวิชา หน่วย 8-15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พรเพ็ญ เปรมโยธิน และคนอื่น ๆ. (2534). ปัญหาการใช้ยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทิพย์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงโรคเบาหวานใน
ภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัชนี วรกวิน. (2522). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด.
- ไพจิตร อัครธนบดี. (2541). "ปวดข้อเข่า," ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และสุรุฉิม ปรีชานนท์.
(บรรณาธิการ). คู่มือโรคข้อ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- มณฑา ลิ้มทองกุล และสมพร ชินโนรส. (2543). "การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม," ใน สมพร ชินโนรส (บรรณาธิการ). การพยาบาลศัลยศาสตร์
เล่ม 3. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มารีสา สุวรรณราช. (2544). ความปวด การจัดการกับความปวด และภาวะสุขภาพในผู้ป่วย
ข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเองของ
ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด.
- ยงยุทธ วัชรจุลย์. (2526). โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ไพศาล
ศิลป์การพิมพ์.
- ยุพิน เจตมมงคลวงศ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน
ที่มารับบริการในคลินิกสตรีหมดประจำเดือน แผนกสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี. (2545). รายงานประจำปี 2545. นนทบุรี : โรงพยาบาล
พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2538). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

ลิขิต กาญจนภรณ์. (2525). พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร.

เล็ก ปรีวิสุทธิ. (2526). "การรักษาโรคข้อเสื่อมด้วยวิธีไม่ผ่าตัด," โรงข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ : ไพบูลย์การพิมพ์.

วาสนา เกื่อนวงศ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ :

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่าย ๆ

บางครั้ง พลากได้," ข่าวสารการวิจัยทางการศึกษา. 18(3) : 8-11.

วิภาพร กาญจนราช. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการ

ในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สหศึกษา).

กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วัลลภ สำราญเวทย์. (2533). Osteoarthritis. ใน พงศ์ศักดิ์ วัฒนา และคนอื่น ๆ.

(บรรณาธิการ). การวินิจฉัยโรคข้อที่พบบ่อย. กรุงเทพฯ : โครงการควบคุมโรค

ข้อ แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

แววดาว ทวีชัย. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

เชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการ

การสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแล

ตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ :

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2534). "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง," เอกสารการสอนชุดวิชา

สหศึกษา หน่วยที่ 1-7 สาขาสหศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2527.

พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล.

พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.

สมชาย อรรถศิลป์ และอุทิศ ดีสมโชค. (2541). "โรคข้อเสื่อม," ใน สุศักดิ์ นิลกานวงศ์

และสุรุฒิ ปรีชานนท์. บรรณาธิการ. คู่มือโรคข้อ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

สมชัย ปรีชาสุข วิโรจน์ กวินวงศ์ไกรวิท และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. (2538). ตำราสำหรับ

นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ :

โฆสิตการพิมพ์.

- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมรรัตน์ มั่นคง. (2546). *พฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินของนักศึกษาในโรงเรียนอาชีวศึกษาเอกชน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน จังหวัดนนทบุรี*. ปรินทิพนิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2529). *จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์*. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สิรินทร์ ศาสตรานุกักร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤกษ์. (2532). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรามาริบัติ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). *การสอนสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ โสมประยูร และเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. (2542). *การสอนสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : เอ็ม เทรตติ้ง.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติพิภย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). *พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม*. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธิดา นีรพิพน. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช*. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียดการเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสมพร ศิรินาวิน. (2533). *ทันโรค ทันโลก*. กรุงเทพฯ : เมดิคัลมีเดีย.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2535). *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- เสก อักษรานุเคราะห์. (2525). *การออกกำลังกายสำหรับคนวัยเสื่อม*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ สัมปัญญา. (2539). *การศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อาทร อารุระสุข. (2522). *โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล*. กรุงเทพฯ : พิมพ์.
- อินทราพร พรหมปรการ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุดม ชมชาญ และสารเนตร ไวกุล. (2527). "ภาวะข้อเข่าเสื่อม : สภาพของผู้ป่วยและการรักษาที่เคยได้รับมาก่อน," *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2(2) : 135-138.
- อุทิศ ดีสมโชค. (2534). *การดูแลผู้ป่วยโรคข้อ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี สิงห์สุต. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัสรา อารณ. (2540). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- .Anderson, J.J. & Felson D.T. (July, 1988). "Factors Associated with Osteoarthritis of the Knee in the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1)," *American Journal of Epidemiology*.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice – Hall.
- Bloom, Benjamin S. (1975). *Taxonomy of Educational Objectives Hand Book I : Cognitive Domain*. New York : David McKay Company.
- Brandt, K.D. (1985). *Osteoarthritis : Clinical Patterns and Pathology*. In W.N. Kelly, E.D. Harris, S. Ruddy & C.B. Sledge. (Eds.). *Textbook of Rheumatology* Philadelphia : W.B. Saunders.
- Clarke, D. H. (1993). Training for Strength. In Shangold, M.M. & Mirkin, G (Eds.) *Women and Exercise Physiology and Sports Medicine* (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- Cooper, C. (1998). "Osteoarthritis and Related Disorders," In J.H. Klippel, & P.A. Dieppe (Eds.) *Rheumatology*. London : Mosby.
- Devis, M.A. Ettinger W.H. Neuhaus J.M. and Hauck W.W. (May, 1988). "Sex Differences in Osteoarthritis of the Knee," *American Journal of Epidemiology*.
- Ebong, W.W. (October, 1985). "Osteoarthritis of the Knee in Nigerians," *Annals of the Rheumatic Disease*.
- Felson, et. al. (July, 1988). "Obesity and Knee Osteoarthritis," *Annals of Internal Medicine*.
- Frankel, V.H. (1982). "Treatment of Gonarthrosis," *Instructional Course Lectures*. The United States of America : The C.V. Mosby Company.
- Goldingm D.N. (1973). "Osteoarthritis," *A Synopsis of Rheumatic Disease*. Great Britain : The Stonebridge Press.
- Good, V.C. (1973). *Dictionary of Education*. New York : McGraw Hill Book Company.
- Hicks, J.E. (December, 1990). "Exercise in Patients with Inflammatory Arthritis and Connective Tissue Disease," *Rheumatic Disease Clinics of North America*.
- McCarthy, C., Cusnaghan, J., & Dieppe, P. (1994). Osteoarthritis. In P.P. Wall & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain*. New York : Churchill livingstone.
- Miller, B. (1987). "Osteoarthritis in the Primary Health Care Setting," *Orthopedic Nursing*. 6(5) : 42-45.

- Moskowitz, R.W. (1993). "Clinical and Laboratory Findings in Osteoarthritis," In D.J. McCarthy & W.J. Koopman (Eds.) *Arthritis and Allied Condition*. Pennsylvania : Lea & Febiger.
- Pender, N. J. (1987). *A Conceptual Model Preventive Health Behavior, Nursing Outlook*.
- Semb;e. :S., Loeser, R.R., & Wise, C.M. (1990). Therapeutic Exercise for Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. *Semi Arthr Rheum*. 20(2) : 32-40.
- Shangold, D. & Mirkin, M. (1993). Women and Exercise. *Physiology and Sports Medicine*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Thurstone, LL. (1976). *Theory and Measurement*. New York and Sons Inc.
- Turex, S.L. (1977). "Osteoarthritis of the Knee," *Orthopaedics*. The United States of America : J.B. Lippincott Company.
- Warren Linad. (2000). *Arthritis-Joint Inflammation*. Illinois, Anatomical Chart Company.
- Yamane, Taro. (1967). *Statistical and Introductory Analysis*. 2nd ed. New York : Harper.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ
หนังสือราชการ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ ดุลวิทย์ ตปนียากร | นายแพทย์ 8 (ด้านเวชกรรมสาขาศัลยกรรม
ออร์โธปิดิกส์) หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี |
| 2. นายแพทย์ สถาพร เหลืองอร่าม | นายแพทย์ 7 (ด้านเวชกรรมสาขาศัลยกรรม
ออร์โธปิดิกส์) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
จังหวัดนนทบุรี |
| 3. อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. นางสาวรุ่งเพชร แสงจันทร์ | นักกายภาพบำบัด 7 (ด้านบริการทางวิชาการ)
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี |
| 5. นางนัตยา เกรียงชัยพฤษ์ | นักวิชาการสาธารณสุข 7
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |



บันทึกข้อความ

129

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/5๐7๔

วันที่ 1 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวกัลยา จิระนคร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้
บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
แบบสอบถามให้ นางสาวกัลยา จิระนคร และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรวุฒิ ปิคโซสง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/ 5079



บัณฑิตวิทยาลัย 130
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการกองสุศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกัลยา จิระนคร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางนาคยา เกรียงชัยพฤกษ์ นักวิชาการสาธารณสุข 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวกัลยา จิระนคร และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรวดี ปัดโรสง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร.. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-5270246 ต่อ 2301



4 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกัลยา จิระนคร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้
บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์คุณวิทย์ ตปนิยากร นายแพทย์ 8 หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
นายแพทย์สถาพร เหลืองอร่าม นายแพทย์ 7 และ นางสาวรุ่งเพชร แสงจันทร์ นักกายภาพบำบัด 7
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
จังหวัดนนทบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
แบบสอบถามให้ นางสาวกัลยา จิระนคร และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรวุฒิ ปัดไรสง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-5270246 ต่อ 2301



6 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกัลยา จิระนคร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้
นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยนอก แผนกออร์โธปิดิกส์
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ) เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวกัลยา จิระนคร ได้เก็บข้อมูล
การทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง
ในโอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรวุฒิ ปัดโรสง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

นางงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-5270246 ต่อ 2301



10 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกัลยา จิระนคร นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้
จึงมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยนอก แผนกออร์โธปิดิกส์ (ศัลยกรรมกระดูก
และข้อ) ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
จังหวัดนนทบุรี ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวกัลยา จิระนคร ได้เก็บข้อมูล
การทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรฤดี ปัดโรตง)

ประธานยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพการศึกษา

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-5270246 ต่อ 2301

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์
เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีทั้งหมด
6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม
ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง
ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง
ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบ
สัมภาษณ์แต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของท่าน
มากที่สุด

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวกัลยา จิระนคร
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ

☐ 41 – 50 ปี

☐ 51 – 60 ปี

☐ 61 – 70 ปี

☐ มากกว่า 70 ปีขึ้นไป

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า

☐ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า

☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่

6. ลักษณะงานอาชีพที่ทำเป็นประจำ

☐ เกษตรกรรม.....

☐ ค้าขาย.....

☐ รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ.....

☐ รับจ้าง.....

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ..... ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท

☐ 5,001 – 10,000 บาท

☐ 10,001 – 15,000 บาท

☐ 15,001 – 20,000 บาท

☐ 20,001 บาทขึ้นไป

8. ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

☐ ต่ำกว่า 1 ปี

☐ 1 – 4 ปี

☐ 5 – 8 ปี

☐ 9 – 12 ปี

☐ มากกว่า 12 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง อ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ท่านคิดว่าถูกต้องเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ข้อเข่ามีหน้าที่ในการรับน้ำหนักตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกาย			
2. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่มีการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อนภายในผิวข้อเข่า			
3. การนั่งพับเพียบเป็นเวลานานๆ ทำให้ปวดข้อเข่า			
4. การนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ปวดข้อเข่า			
5. ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีการปวดเข่าในขณะเคลื่อนไหวและหยุดพักข้อ			
6. ผู้ที่มีการปวดบวม ตึงและมีเสียงดังในข้อเข่า เป็นอาการบ่งชี้ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม			
7. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรงช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้			
8. การไม่นั่งงอเข่านาน ๆ (นั่งพับเพียบ) เป็นการถนอมข้อเข่าไม่ให้เสื่อมเร็ว			
9. เมื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแล้ว ข้อเข่าจะกลับคืนสู่สภาพเดิมได้			
10. ถ้าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรงจะต้องรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ข้อเทียม			
11. การรักษาให้ผลดีและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การทำกายภาพบำบัด			
12. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรมีการบริหารข้อเข่าทุกวัน			
13. การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอช่วยทำให้ข้อเข่าแข็งแรง			

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง อ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ทำให้ สูญเสียบุคลิกภาพในการเดิน					
2. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่รักษาให้ หายขาดได้					
3. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ต้องใช้ เงินจำนวนมากในการรักษา					
4. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการ ฉีดยาได้ผลดีกว่าการทำกาย ภาพบำบัด					
5. โรคอ้วนส่งผลกระทบต่อการศึกษา โรคข้อเข่าเสื่อม					
6. การรับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกายจะทำให้ เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม					
7. การควบคุมน้ำหนักของร่างกาย ช่วยให้หายจากการปวดข้อเข่าได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควร หลีกเลี่ยงการทำงานที่ทำให้เกิด อาการปวดข้อเข่ารุนแรงมากขึ้น					
9. การเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ทำให้ หายปวดเมื่อย แต่ไม่ได้ช่วย ถนอมข้อเข่า					
10. การรับประทานยาแก้ปวดจะช่วย บรรเทาอาการปวดได้เป็น ครั้งคราว					
11. เมื่อเกิดอาการปวดข้อเข่า เล็กน้อยไม่จำเป็นต้องไป พบแพทย์					
12. ถ้ามีอาการข้อเข่าบวม หรือ ปวดมากควรรีบไปพบแพทย์ ไม่ต้องรอให้ถึงวันที่แพทย์นัด					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง

คำชี้แจง อ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านสามารถรับประทานอาหาร จำพวกเนื้อสัตว์ในขนาดที่พอเหมาะ กับความต้องการของร่างกายได้					
2. ท่านสามารถรับประทานอาหาร ประเภทปลาแทนเนื้อสัตว์อื่นได้					
3. ท่านสามารถรับประทานเนื้อสัตว์ ที่ติดมันได้					
4. ท่านสามารถรับประทาน อาหารจืดได้					
5. ท่านสามารถดื่มน้ำอัดลมได้					
6. ท่านสามารถรับประทานผลไม้ที่มี รสหวานจัด เช่น ทุเรียน องุ่น ฯลฯ					
7. ท่านสามารถควบคุมการรับ ประทานอาหารในแต่ละมื้อได้					
8. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการนั่ง ยองๆ การนั่งพับเพียบ หรือ การนั่งคุกเข่า เป็นประจำได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการยืน นานๆ ได้					
10. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการเดิน นานๆ ได้					
11. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการขึ้นลง บันไดนาน ๆ ได้					
12. ท่านสามารถบริหารกล้ามเนื้อ ต้นขาได้เป็นอย่างดีสม่ำเสมอ					
13. ท่านสามารถจัดเวลาสำหรับ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาได้					
14. ท่านสามารถออกกำลังกายทำนั่ง เหยียดขาบนเก้าอี้ และเกร็งเข้า ที่ละข้างประมาณ 10 ครั้งต่อ 1 รอบ					
15. ท่านสามารถไปพบแพทย์ตามนัด ได้ทุกครั้ง					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

คำชี้แจง อ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานปลาเล็ก ปลาน้อย ช่วยป้องกันโรคกระดูก					
2. การดื่มนมช่วยให้กระดูกและ ฟันแข็งแรง					
3. การรับประทานผักใบเขียวช่วย ไม่ให้ท้องผูก					
4. การรับประทานอาหารที่มีกากใย ช่วยทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น					
5. การควบคุมอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว น้ำตาล ไขมัน ช่วยทำให้ น้ำหนักลดลง					
6. การควบคุมอาหารประเภทขนม หวานช่วยให้น้ำหนักตัวไม่เพิ่ม					
7. การหลีกเลี่ยงนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ ช่วยทำให้ลดแรงกด ในข้อเข่า					
8. การหลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า ช่วยทำให้ไม่ปวดข้อเข่า					
9. การหลีกเลี่ยงนั่งขัดสมาธิช่วย ทำให้ไม่ปวดข้อเข่า					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. การหลีกเลี่ยงการถูกระแทก ข้อเข่า ช่วยป้องกันการปวด ข้อเข่าได้					
11. การหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได ช่วยให้อาการปวดเข่าลดลง					
12. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาทุกวัน ช่วยให้หายปวดข้อเข่าได้					
13. การยกขาและกล้ามเนื้อต้นขา อย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้อาการ ปวดเข่าลดลง					
14. การออกกำลังกายช่วยให้การ เคลื่อนไหวกระดูกข้อต่อต่าง ๆ ไม่ยึดติด					
15. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและ ทนทานมากขึ้น					

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง อ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ

ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติบ่อยเป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา			
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทผัก			
3. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น เงาะ ทุเรียน องุ่น ฯลฯ			
4. ท่านรับประทานอาหารจืดจาง			
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ			
6. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ ทองหยอด ฯลฯ			
7. ท่านควบคุมน้ำหนักตัว			
8. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ติดมัน			
9. ท่านปฏิบัติงานที่มีการยกของหนัก			
10. ท่านหลีกเลี่ยงการปีนบันที่สูง			
11. ท่านหลีกเลี่ยงการนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน ๆ			
12. ท่านหลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน ๆ			
13. ท่านบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนั่งห้อยเท้า บนเก้าอี้ แล้วเตะขาขึ้นลงช้า ๆ			
14. ท่านบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการทำสลับข้างกัน			
15. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์			
16. ท่านซื้อยารับประทานเองเมื่อเกิดอาการปวดข้อเข่า			
17. เมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับข้อเข่า ท่านรีบไป พบแพทย์ทันที			

ตาราง 24 แสดงค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของ
แบบทดสอบความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อที่	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.97	0.34
2	0.85	0.19
3	0.71	0.46
4	0.69	0.59
5	0.94	0.25
6	0.94	0.37
7	0.89	0.24
8	0.86	0.36
9	0.09	0.27
10	0.74	0.42
11	0.91	0.32
12	0.43	0.27
13	0.94	0.31

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.7046

ตาราง 25 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.36
2	0.35
3	0.39
4	0.48
5	0.21
6	0.28
7	0.32
8	0.32
9	0.20
10	0.38
11	0.27
12	0.28

$$\text{ค่าความเชื่อมั่น } (\alpha) = 0.6713$$

ตาราง 26 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้
ความสามารถตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.28
2	0.63
3	0.61
4	0.48
5	0.60
6	0.57
7	0.72
8	0.54
9	0.51
10	0.54
11	0.68
12	0.28
13	0.25
14	0.30
15	0.17

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.8478

ตาราง 27 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง
ในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.34
2	0.38
3	0.46
4	0.55
5	0.54
6	0.50
7	0.71
8	0.57
9	0.52
10	0.72
11	0.54
12	0.62
13	0.70
14	0.53
15	0.66

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.8741

ตาราง 28 แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.40
2	0.48
3	0.22
4	0.40
5	0.27
6	0.31
7	0.34
8	0.37
9	0.24
10	0.25
11	0.31
12	0.24
13	0.23
14	0.28
15	0.55
16	0.17
17	0.45

ค่าความเชื่อมั่น (α) = 0.7284

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวกัลยา จิระนคร
เกิดวันที่	1 เมษายน 2511
สถานที่เกิด	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	90/73 หมู่ 6 หมู่บ้านพุทธชาติ-บางบัวทอง ตำบลบางรักใหญ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงาน	ตึกศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี 11000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีนนทบุรี
พ.ศ. 2531	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา
พ.ศ. 2533	ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2537	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง เทียบเท่า ปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
พ.ศ. 2547	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ