

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
กนกกร สุธสมชีพ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
กนกกร สุธสมชีพ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2544

กนกกรส สุขสมชีพ. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารภ ,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์.

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนัก
การแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย
ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า และหาความ
สัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 226 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับ
โรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) สถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test) และวิเคราะห์หาความ
สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน
แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา รายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่า
เสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
ข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุที่มีอายุ ดัชนีมวลกาย และประวัติการปวดเข่าต่างกัน มีความรู้ เจตคติ
เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีความรู้
เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีเจตคติเกี่ยวกับ
โรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

7. ความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

HEALTH BEHAVIOR CONCERNING PREVENTION OF OSTEOARTHRITIS OF THE
KNEE OF THE ELDERLY IN SENIOR CITIZEN CLUB IN GENERAL HOSPITAL
MEDICAL SERVICE DEPARTMENT BANGKOK
METROPOLITAN ADMINISTRATION

AN ABSTRACT
BY
KANOKROS SUKSOMCHEEP

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
February 2001

Kanokros Suksomcheep. (2001). *Health Behavior Concerning Prevention of Osteoarthritis of the knee of the elderly in Senior Citizen Club in General Hospital Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration*. Master thesis , M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Sujin Preechamart, Asst. Prof. Viriya Sukwongs.

The objectives of this study were to study and compare health behavior concerning prevention of the knee of the elderly in Senior Citizen Club in General Hospital Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration with the following variables : sex , age , education level , occupation , income , body mass index , experience of having relatives with osteoarthritis of the knee and history of knee pain. And to find the relationship between knowledge, attitude and practice of osteoarthritis of the knee prevention in elderly. The 226 elderly samples were selected by purposive sampling. Test and questionnaires were used as instrument for collected data on knowledge , attitude and practice of osteoarthritis of the knee prevention. The statistical methods used in data analysis included t-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results of this study were as follows:

1. Most of the elderly in Senior Citizen Club in General Hospital Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration had a moderate level of knowledge and practice while their attitudes were at good level.
2. There was no significant difference in sex of the knowledge and attitude of osteoarthritis of the knee , but there was significant difference in sex of the practice of osteoarthritis of the knee prevention at the level .05.
3. There was significant difference in education level , income of the knowledge and attitude of osteoarthritis of the knee at the level .05 , but there was no significant difference in education level , income of the practice of osteoarthritis of the knee prevention.
4. There was significant difference in occupation of the knowledge , attitude and practice of osteoarthritis of the knee prevention at the level .05.

5. There was no significant difference in age , body mass index and history of knee pain of the knowledge , attitude and practice of osteoarthritis of the knee prevention.

6. There was significant difference in experience of having relatives with osteoarthritis of the knee of the knowledge of osteoarthritis of the knee at the level .05, but there was no significant difference in experience of having relatives with osteoarthritis of the knee of the attitude and practice of osteoarthritis of the knee prevention.

7. Knowledge and attitude , knowledge and practice , attitude and practice of osteoarthritis of the knee prevention of the elderly were significantly related in the positive direction at the level .05.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

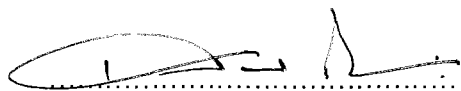
ของ

นางสาวกนกกร สุธสมชีพ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

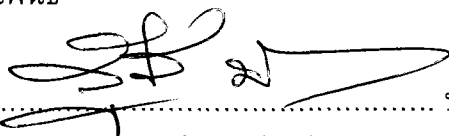


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศวลาภรณ์)

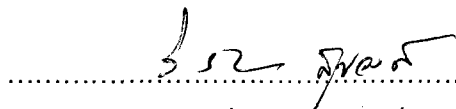
วันที่ ๑๗ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๔

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



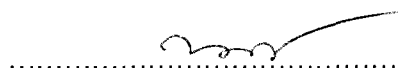
ประธาน

(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารฤ)



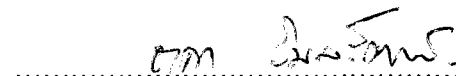
กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวทย์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ประธานและ
กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร และ
รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา
แนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อีกทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
ตลอดมาจนสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้เป็นผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร คุณบ้งอร พุ่มสะอาด
อาจารย์ ดร.เพ็ญศิริ สันตโยภาส อาจารย์ ดร.จารุพร แสงเป่า และนายแพทย์อดิศร
วิิตตางกูร ที่ได้กรุณาตรวจแก้ไขและให้คำแนะนำเป็นอย่างดียิ่งในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกลางทุก
ท่านที่เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลางทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
เป็นอย่างดี

คุณประโยชน์ที่พึงมีจากการทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้เป็นเครื่องบูชา
พระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ที่ได้อบรมสั่งสอนแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

กนกกรส สุขสมชีพ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
ตัวแปรอิสระ.....	6
ตัวแปรตาม.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบกระดูกและข้อ.....	12
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม.....	18
แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	29
พฤติกรรมการป้องกันโรค.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	43
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	43
งานวิจัยในประเทศไทย.....	44
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	51
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	51
ลักษณะของเครื่องมือ.....	51
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	52

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3(ต่อ) เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	52
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	89
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	89
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	89
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	89
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	90
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	92
อภิปรายผล.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	105
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	116
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	135

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย เพศ และอาการหรือปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ).....	2
2	ลักษณะของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดรักษา เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ.....	3
3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติ พี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า.....	64
4	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด สำนัการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	67
5	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค ข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด สำนัการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ.....	68
6	ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด สำนัการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ.....	69
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด สำนัการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ.....	70
8	ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด สำนัการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	71

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	72
10 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	73
11 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	74
12 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	75
13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	76
14 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	77
15 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	78

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	79
17 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	80
18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	81
19 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	82
20 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	83
21 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	84
22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามดัชนีมวลกาย.....	85

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
23	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.....	86
24	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประวัติการปวดเข่า.....	87
25	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	88
26	ค่าสถิติแสดง ค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	133
27	ค่าสถิติแสดง ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....	134

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 กายวิภาคและส่วนประกอบของข้อปกติ.....	16
3 พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม.....	20
4 ขั้นตอนการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม.....	22

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

วิวัฒนาการในความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการสาธารณสุขของโลกในยุคปัจจุบัน มีความรวดเร็วไปมาก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เกิดความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของประชากร โดยพบว่าประชากรในวัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้คาดการณ์ไว้ว่าจำนวนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป ของประเทศไทย ได้เพิ่มจาก 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็น 2.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2523 และจะเพิ่มเป็น 5.0 ล้านคน และ 10.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และ 2563 ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ เพิ่มจากร้อยละ 2.20 เป็นร้อยละ 3.90 ร้อยละ 7.70 และร้อยละ 13.10 ของแต่ละปีใน พ.ศ. เดียวกันนั้น (มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 10) และจากข้อมูลประชากรในวัยสูงอายุดังกล่าว จึงทำให้เกิดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้น

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้รวมกับนโยบายในด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเน้นให้ผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งหรือถูกทอดทิ้งได้รับสวัสดิการและบริการสังคมพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ส่วนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มองผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส ซึ่งจะต้องพัฒนาโดย

1. จัดสวัสดิการเพิ่มเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ตลอดจนลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับพาหนะเดินทางทุกประเภท และบริการสาธารณสุขต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนทั้งในเมืองและชนบทในรูปแบบที่เหมาะสม

2. ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งพิจารณาให้สิ่งจูงใจแก่บุตรหรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน

3. สนับสนุนให้องค์กรเอกชนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบต่าง ๆ พร้อมทั้งกำหนดให้มีมาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลและส่งเสริมหน่วยงานภาคธุรกิจเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงาน และจัดบริการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่เหมาะสมและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ (พิธีสิทธิ์ คำนวนคิลป์ และคณะ. 2542 : 25-26)

เมื่อวิเคราะห์นโยบายทางด้านผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทั้งสองฉบับแล้วจะเห็นว่ารัฐให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะใน

ด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ทั้งนี้เพราะอายุมีความแปรผันโดยตรงกับความเสื่อมของร่างกาย (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. 2542 : 57)

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee) นั้นก็เป็นโรคหนึ่งที่เกิดจากการเสื่อมสึกหรือของข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย ภายหลังจากใช้งานมานานหลายสิบปี (ยงยุทธ วัชรดุลย์. 2535 : 110) และเป็นโรคที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในคนสูงอายุ จากการศึกษาพบโรคนี้มากเป็นอันดับสองรองจากการปวดหลังในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเดียวกัน (เจริญ โชติกวณิชย์. 2526 : 129) จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. 2542 : 59) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86.00 จะมีอาการหรือปัญหาสุขภาพในอาการใดอาการหนึ่งใน 7 รายละเอียดดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย เพศ และอาการหรือปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

ปัญหาสุขภาพ	เขตเมือง			เขตชนบท			รวม
	หญิง	ชาย	รวม	หญิง	ชาย	รวม	
- ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดหลัง	71.1	54.0	65.2	70.2	12.4	67.5	67.2
- ปัญหาเกี่ยวกับตา เช่น ตามัว ต้อกระจก	46.3	42.0	44.8	51.2	42.1	48.0	47.7
- โรคความดันโลหิตสูง	27.9	22.3	25.9	21.0	16.9	19.5	20.3
- โรคเบาหวาน	19.5	11.0	16.6	8.8	4.9	7.4	8.5
- โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด	13.2	13.0	13.1	8.9	5.8	7.8	8.4
- ปวดศีรษะ	2.1	1.0	1.7	3.9	3.4	3.7	3.5
- เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	5.3	1.0	3.8	1.3	2.3	1.6	1.9
- ไม่มีอาการ	11.1	16.0	12.8	14.8	14.2	14.4	14.2
จำนวนผู้สูงอายุ	190	100	290	1,454	789	2,243	2,533

ที่มา: พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2542). การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 59

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพในเรื่องของการปวดข้อ ปวดเข่า เป็นจำนวนมาก อาการเหล่านี้เป็นอาการหนึ่งในโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดเป็นสำคัญ อาการปวดเป็นแบบเรื้อรัง ค่อยเป็นค่อยไป ทวีความรุนแรงมากขึ้นในระยะหลังถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือแก้ไข นอกจากอาการปวดแล้วยังมี อาการตึงในข้อ ข้อติด มีเสียงดังในข้อ มีการอักเสบของข้อเข่า กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่าลีบ และ อาจเกิดความพิการในที่สุด (อุทิศ ดีสมโชค. 2534 : 196) อาการของโรคเหล่านี้จะมีผล กระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (อรพิน สว่างวัฒนะเศรษฐ์. 2540 : 1) ทำให้ ผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เป็นผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิต กลัวการพลัดตกหกล้ม ไม่กล้าเดิน และ แนวทางในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมนี้จะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง หรือรักษาตาม อาการ จุดประสงค์ของการรักษา คือ มุ่งลดอาการปวด และทำให้เคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ ได้แก่ การรักษาทางยา การทำกายภาพบำบัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้ข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น เช่น การนั่งพับเพียบ นั่งยองๆ เป็นต้น และการบริหารข้อเข่าอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนการ รักษาด้วยการผ่าตัดนั้น แพทย์จะพิจารณาทำผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีอาการของข้อเสื่อมมากจน สูญเสียหน้าที่หรือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งผลการรักษาด้วยวิธีนี้จะ ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดรักษาเปรียบเทียบ ระหว่างผู้ป่วยข้อเสื่อมกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

ลักษณะของผู้ป่วย	ข้อเสื่อม		การบาดเจ็บ	
จำนวนผู้ป่วย	73		84	
เพศ				
ชาย	32		65	
หญิง	41		19	
ประเภทการผ่าตัด				
ผ่าตัดใหญ่	58		40	
ผ่าตัดย่อย	14		43	
ไม่ผ่าตัด	1		1	
อายุ	50.56	± 17.14	42.62	± 21.37
จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล	21.81	± 11.06	19.17	± 21.11
ค่าห้อง	11,841.8	± 5,992.94	6,979.37	± 12,311.30
ค่าอาหาร	3,255.43	± 1,598.05	2,321.72	± 2,831.48
ค่าอวัยวะเทียม	41,574.61	± 11,684.32	24,390.11	± 1,162.27

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วย	ข้อเสื่อม		การบาดเจ็บ	
ค่าอุปกรณ์	54,100.00	± 32,629.33	7,849.26	± 20,546.96
ค่าผ่าตัด	5,819.40	± 1,743.93	5,062.63	± 3,046.93
ค่ายา	6,562.68	± 3,949.49	5,861.38	± 6,767.90
ค่าเลือด	7,883.48	± 3,875.46	8,758.22	± 3,219.86
ค่าใช้จ่ายรวม	41,530.54	± 29,977.12	22,492.98	± 24,374.80

ที่มา: เจริญ โชติกวนิชย์ และคณะ. (2540). “การวิจัยระบบกระดูก เอ็น ข้อและกล้ามเนื้อหรือทางออร์โธปิดิกส์,” ใน *แผนกลยุทธ์ทางการวิจัยสุขภาพ*. บรรณาธิการโดย ณัฐ ภูมิประวัติ และคณะ. หน้า 174.

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการผ่าตัด และผลของการรักษาที่ไม่ได้ช่วยทำให้โรคหายขาด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัดได้ การป้องกันไม่ให้ข้อเสื่อมมากตั้งแต่ในระยะแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน การออกกำลังกายและบริหารข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง การหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดแรงกดที่ข้อเข่ามากเกินไป ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมลงได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจะก่อให้เกิดความพิการมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรค การให้สุขศึกษา และลดอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งเป็นการสนองนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขอีกด้วย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า
3. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ
2. ทำให้ทราบตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ
3. นำผลของการศึกษาค้นคว้ามานำเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสุขภาพศึกษาในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ
4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง และต้องไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินขอบเขตของประชากร กลุ่มตัวอย่างและตัวแปร ดังนี้
การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 550 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลกลาง สังกัดกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 226 คน ซึ่งได้มาโดยการ
เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตาราง
ของเครซีและ มอร์แกน (Krejcie and Morgan)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 อาชีพ
- 1.5 รายได้
- 1.6 ดัชนีมวลกาย
- 1.7 ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
- 1.8 ประวัติการปวดเข่า

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม คือ

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- 2.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- 2.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความรู้ เจตคติ และ
การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ความสามารถในการจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ รวมถึงการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินค่าของผู้สูงอายุเกี่ยวกับรายละเอียดหรือข้อเท็จจริงของสาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การป้องกัน และการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความสนใจของผู้สูงอายุที่มีต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนใน การควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกาย และการมีอิริยาบถประจำวันที่เหมาะสม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้สูงอายุ

หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

3. อายุ

หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2540 : 28)

3.1 60 – 64 ปี

3.2 65 – 69 ปี

3.3 70 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 39)

4.1 ระดับประถมศึกษา

4.2 ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

4.3 ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า

4.4 ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. อาชีพ

หมายถึง งานที่ทำเป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น

5.1 รับจ้าง

5.2 ค้าขาย หรือ ธุรกิจ

5.3 เกษตรกรรม

5.4 ข้าราชการบำนาญ บำนาญ

5.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้

หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือรายได้อื่น ๆ ต่อเดือนของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 388)

6.1 น้อยกว่า 5,000 บาท

6.2 5,000 – 9,999 บาท

6.3 10,000 – 14,999 บาท

6.4 15,000 บาทขึ้นไป

7. ดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI)

หมายถึง อัตราส่วนระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง ใช้เป็นดัชนีบอกภาวะอ้วน คำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง แบ่งออกเป็น (จุษณี สุทธิปริยาศรี, เพียรวิทย์ ดันติแพทยากร และ บุญช่วย จุลยศักดิ์. 2527 : 516)

ชาย 7.1 ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (ค่า BMI > 25 กก./ม²)

7.2 ดัชนีมวลกายปกติ (ค่า BMI = 20 – 25 กก./ม²)

7.3 ดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ (ค่า BMI < 20 กก./ม²)

หญิง 7.1 ดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (ค่า BMI > 24.9 กก./ม²)

7.2 ดัชนีมวลกายปกติ (ค่า BMI = 18.8 – 24.9 กก./ม²)

7.3 ดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ (ค่า BMI < 18.8 กก./ม²)

8. ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ผู้สูงอายุเคยมีญาติพี่น้อง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งออกเป็น

8.1 เคยมีประสบการณ์

8.2 ไม่เคยมีประสบการณ์

9. ประวัติการปวดเข่า

หมายถึง การเคยมีประวัติได้รับภยันตรายต่อข้อเข่า หรือมีความผิดปกติของข้อเข่าแต่กำเนิด หรือเคยป่วยด้วยโรคข้ออักเสบชนิดต่างๆของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น

9.1 เคยมีประวัติการปวดเข่า

9.2 ไม่เคยมีประวัติการปวดเข่า

10. ชุมรมผู้สูงอายุ

หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

11. โรงพยาบาลกลาง

หมายถึง สถานพยาบาลซึ่งมีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป

12. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

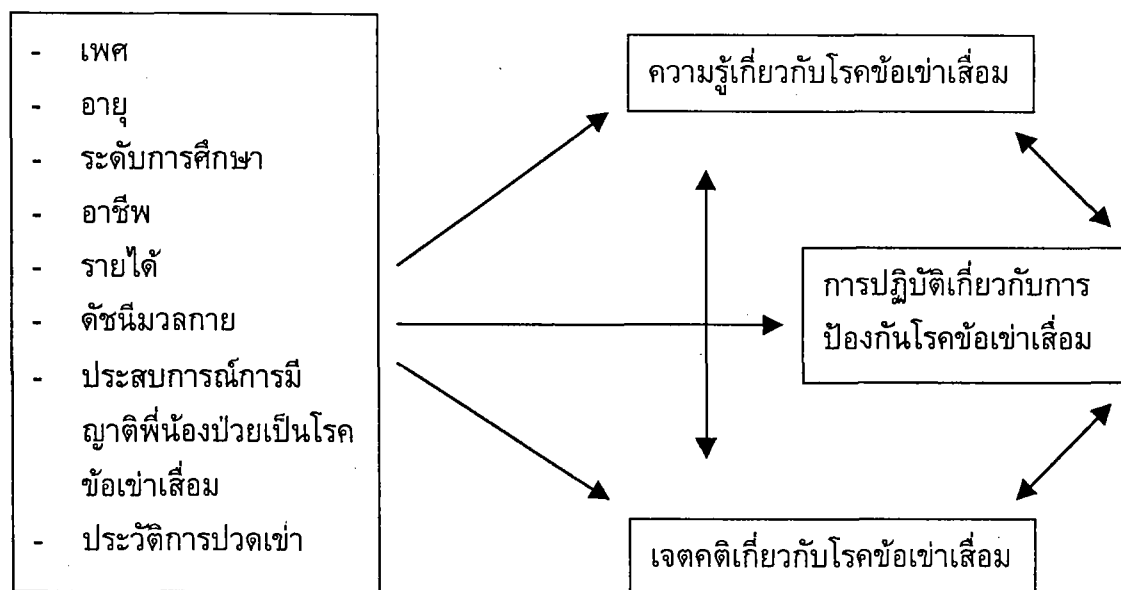
หมายถึง หน่วยงานหนึ่งของกรุงเทพมหานคร ซึ่งรับผิดชอบภารกิจทางการแพทย์ทั้งหมด การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกรุงเทพมหานคร การจัดการศึกษาหรือการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และทางการพยาบาล และได้มีประกาศกรุงเทพมหานคร แบ่งส่วนราชการภายในหน่วยงานของสำนักการแพทย์ ประกอบด้วย สำนักงานเลขานุการ กองวิชาการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ วชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี (ชุตินุรโร อูทิศ) (กรุงเทพมหานคร. 2542 : 177-178)

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งในต่างประเทศ และภายในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ซึ่งได้สร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่าง

กัน

4. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่าง

กัน

9. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

10. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบกระดูกและข้อ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
3. แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. พฤติกรรมการป้องกันโรค
5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. งานวิจัยในต่างประเทศ
2. งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบกระดูกและข้อ

โครงสร้างของกระดูก (Structure of bone)

กระดูกของมนุษย์อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ตามลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่า คือ กระดูกพรุน (Spongy bone) และกระดูกทึบ (Compact bone) (สนั่น สุขวัจน์ และคณะ. 2523 : 49-51)

1. กระดูกพรุน (Spongy หรือ Cancellated bone)

กระดูกส่วนนี้เนื้อของกระดูกจะจัดเรียงกันเป็นรูปแหลม (Spicules) ซึ่งมีที่ว่างอยู่ระหว่างกลาง ที่ว่างเหล่านี้จะเต็มไปด้วยไขกระดูก (Bone marrow) ในคนที่ยังมีชีวิตอยู่เนื้อกระดูกส่วนนี้จะจัดเรียงกันมีลักษณะพรุนคล้ายฟองน้ำหรือกายไปกายมาเป็นตาราง กระดูกพรุนจะพบได้ภายในหัวท้ายของกระดูกยาว และภายในกระดูกชนิดอื่นๆ ด้วย มีหน้าที่สำหรับทำให้กระดูกเบา โดยแผ่นน้ำหนักให้กระจายไปทั่ว ๆ

2. กระดูกทึบ (Compact หรือ Dense bone)

เนื้อของกระดูกส่วนนี้จะจัดเรียงกันเป็นแผ่นทึบแข็งถ้ามองดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะเห็นเนื้อที่ว่างได้ จะพบได้ที่ภายนอกของกระดูก

กระดูกมีส่วนประกอบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. เซลล์กระดูก (Bone cells) ซึ่งมีอยู่ 3 ชนิด ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและทำลายกระดูก คือ

1.1 ออสทีโอเบลาสต์ (Osteoblasts) เป็นเซลล์ที่พบอยู่ที่ผิวของกระดูก ทำหน้าที่ในการสร้างเนื้อกระดูกแข็งมีต้นกำเนิดมาจากออสทีโอโปรเจเนนิเตอร์เซลล์ (Osteoprogenitor cell) ซึ่งแบ่งเซลล์แล้วเจริญมาเป็นออสทีโอเบลาสต์ จะสร้างกระดูกโดยการสร้างคอลลาเจน (Collagen) เพื่อเป็นแกนให้แคลเซียมและแร่ธาตุอื่นๆ มาเกาะตัวกันเป็นผลึกจนเป็นแท่งกระดูกในที่สุด

1.2 ออสทีโอไซต์ (Osteocytes) เป็นเซลล์ออสทีโอเบลาสต์ตัวแก่ มีบทบาทในการสร้างกระดูกและขับแคลเซียมออกจากกระดูก

1.3 ออสทีโอคลาสต์ (Osteoclasts) เป็นเซลล์กระดูกที่มีขนาดใหญ่ มีหลายนิวเคลียส มีต้นกำเนิดมาจากโมโนนิวเคลียร์เซลล์ (Mononuclear cell) ออสทีโอคลาสต์จะทำหน้าที่ทำลายกระดูกโดยจะหลั่งสารเอนไซม์ และกรดหลายชนิด มาย่อยสลายแกนสารอินทรีย์ และสารอนินทรีย์ ซึ่งสารเหล่านี้จะถูกปล่อยออกสู่กระแสโลหิต แล้วขับออกทางปัสสาวะ

2. โบนแมทริกซ์ (Bone matrix) เป็นส่วนประกอบที่เป็นเนื้อกระดูกแบ่งเป็นอินทรีย์สาร (Organic matrix) อนินทรีย์สาร (Inorganic matrix) และน้ำ

2.1 อินทรีย์สาร (Organic matrix) คือพวกที่ทำให้กระดูกเหนียว โดยส่วนใหญ่จะเป็นคอลลาเจน นอกจากนี้ก็จะเป็นพวกโปรตีน (Proteins) ไขมัน (Lipids) และแมโครโมเลกุลต่างๆ (Macromolecules) ซึ่งจะมีอยู่ประมาณร้อยละ 20-30 ของเนื้อเยื่อทั้งหมด

2.2 อนินทรีย์สาร (Inorganic matrix) คือพวกที่ทำให้กระดูกแข็ง ได้แก่ แคลเซียมฟอสเฟต แคลเซียมคาร์บอเนต แคลเซียมฟลูออไรด์ แมกนีเซียมฟอสเฟต จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 60-70 ของเนื้อเยื่อทั้งหมด

2.3 น้ำ (Water) จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 5-8 ของเนื้อเยื่อทั้งหมด

ข้อ (Joint)

ข้อ คือ โครงสร้างที่เป็นรอยเชื่อมต่อระหว่างกระดูก 2 ชิ้น ซึ่งอาจจะเคลื่อนไหวได้ หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ก็ได้ ถ้าแบ่งชนิดของข้อตามความสามารถในการเคลื่อนไหว และส่วนประกอบของข้อจะมี 3 ชนิด (พลศักดิ์ จีระวิพลวรรณ. 2537 : 6-8) ดังนี้ คือ

1. ข้อพังผืด (Fibrous joint) เป็นข้อที่เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือได้น้อย บางทีเรียกว่า ข้อไม่เคลื่อนไหว (Fixed joint)

2. ข้อกระดูกอ่อน (Cartilagenous joint) เป็นข้อที่เชื่อมต่อกันด้วยกระดูกอ่อน เคลื่อนไหวได้น้อย

3. ข้อมีเยื่อ (Synovial joint) เป็นข้อชนิดที่สามารถเคลื่อนไหวได้อิสระ มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่ง ไดอาร์โทรซิส (Diarthroses) ข้อชนิดนี้ผิวข้อจะเป็นไฮอะลีน คาร์ทีเลจ (Hyaline cartilage) ทั้งสองด้านที่ไม่ติดกัน แต่ยึดกันไว้ด้วยเอ็น (Ligament) ซึ่งอาจจะอยู่ในข้อหรือนอกข้อก็ได้ ข้อจะถูกหุ้มโดยถุงพังผืดที่แข็งแรงโดยรอบ เรียกว่า ถุงหุ้มข้อ (Joint capsule) ซึ่งภายในบุด้วยเยื่อข้อ (Synovial membrane) และระหว่างผิวกระดูกอ่อนของข้อแบบนี้บางแห่ง เช่น บริเวณหัวเข่า จะมีแผ่นกระดูกอ่อนชนิดไฟโบรคาร์ทีเลจ (Fibrocartilage) คั่นอยู่เพื่อเสริมความแข็งแรงและปิดกั้นน้ำเลี้ยงข้อ (Synovial fluid) ให้มีการหมุนเวียนในข้อได้ดียิ่งขึ้น

เนื่องจากข้อที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเสื่อม เป็นข้อชนิดที่มีเยื่อเป็นส่วนใหญ่ จึงต้องกล่าวถึงส่วนประกอบที่สำคัญของข้อชนิดนี้ ดังต่อไปนี้

ส่วนประกอบของข้อชนิดมีเยื่อ

ข้อชนิดมีเยื่อมีส่วนประกอบต่างๆดังต่อไปนี้ (พลศักดิ์ จีระวิพลวรรณ. 2537 : 8-9)

1. เยื่อข้อ (Synovial membrane) เป็นเยื่อที่บุภายในถุงหุ้มข้อ นอกจากจะบุภายในถุงหุ้มข้อแล้วยังคลุมเอ็นที่ผ่านเข้าไปในข้อ ตลอดจนขอบของกระดูกอ่อนผิวข้อ แต่ยกเว้นกระดูกอ่อนผิวข้อที่เป็นส่วนรับน้ำหนัก การบุผิวของเยื่อข้อทำให้เกิดช่องข้อ (Synovial cavity) ขึ้น ซึ่งช่องข้อนี้ปกติจะมีสารน้ำที่มีความหนืดสูง ที่อาบชะโลมผิวกระดูกอ่อนผิวข้อและผิวข้อทั้งหมด สารน้ำในข้อ เรียกว่า น้ำเลี้ยงข้อ ที่บริเวณขอบของข้อเยื่อจะมีลักษณะยื่นเป็นลอนทำให้สามารถยืดออกได้โดยไม่บาดเจ็บเวลาที่มีการเคลื่อนไหวข้อ ชั้นในสุดของเยื่อข้อจะเป็นชั้นที่มีเซลล์พิเศษ เรียกว่า ซินโนไวโอไซต์ (Synoviocyte) ซึ่งจะมีเซลล์อยู่ประมาณ 2-3 ชั้น ถัดชั้นนี้ลงไปจะเป็นชั้นที่ประกอบด้วยตาข่ายของหลอดเลือดฝอยและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อยู่กันอย่างหลวม ๆ

เยื่อข้อนอกจากจะมีเลือดมาเลี้ยงมากแล้ว ยังมีหลอดเลือดน้ำเหลืองและเส้นประสาทซิมพาเทติกอยู่ด้วย ลึกลงไปได้ชั้นเยื่อข้อจะมีเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) มาสต์เซลล์ (Mast cell) และเซลล์ไขมัน ส่วนคอลลาเจนมีจำนวนไม่แน่นอนในบริเวณนี้

2. น้ำเลี้ยงข้อ (Synovial fluid) เป็นสารน้ำที่พบในข้อชนิดมีเยื่อทุกชนิด มีลักษณะเป็นของเหลวข้น หนืด สี ไม่มีสีหรือสีเหลืองอ่อน เวลาเจาะออกมาทิ้งไว้จะไม่แข็งตัว แม้ว่าน้ำเลี้ยงข้อจะเป็นสารน้ำที่เชื่อว่าเป็นทรานซูเดต (Transudate) ของน้ำเหลือง (Plasma) แต่พบว่าจำนวนไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ที่มีมากในน้ำเหลืองจะไม่พบในน้ำเลี้ยงข้อ หรือถ้าพบจะมีจำนวนน้อย ทำให้น้ำเลี้ยงข้อไม่แข็งตัวเหมือนเลือด ในน้ำเลี้ยงข้อปกติจะมีเซลล์จำพวกโมโนนิวเคลียร์อยู่เป็นจำนวนมาก และจำนวนจะไม่เกิน 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในส่วนประกอบของน้ำเลี้ยงข้อจะเป็นสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญในการวินิจฉัยโรคต่างๆ ของข้อได้ดี

3. กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) เป็นผิวที่ทำหน้าที่รับน้ำหนักหรือแรงต่างๆ ที่เกิดกับข้อ ส่วนประกอบที่สำคัญเป็นไฮอะลีน คาร์ทีเลจ (Hyaline cartilage) ที่ได้รับอาหารจากน้ำเลี้ยงข้อ ซึ่งรับสารอาหารมาจากการซึมผ่านของสารอาหารจากเลือดที่ไหลมาตามหลอดเลือดในกระดูกใต้กระดูกอ่อน กระดูกอ่อนผิวข้อโดยปกติจะมีเซลล์กระดูกอ่อน (Chondrocyte) จำนวนไม่มาก แต่มีความสำคัญในการบำรุง และสร้างเนื้อพื้น (Matrix) กับคอลลาเจนของกระดูกอ่อนผิวข้อ เนื้อพื้นของกระดูกผิวข้อจะมีน้ำเป็นส่วนประกอบประมาณร้อยละ 60-80 ของน้ำหนักทั้งหมด และจำนวนน้ำที่มีมากนี้จะทำหน้าที่อย่างสำคัญในการต้านแรงต่างๆ ที่มากระทำต่อข้อ และเกี่ยวข้องกับการหล่อลื่นของข้อด้วย

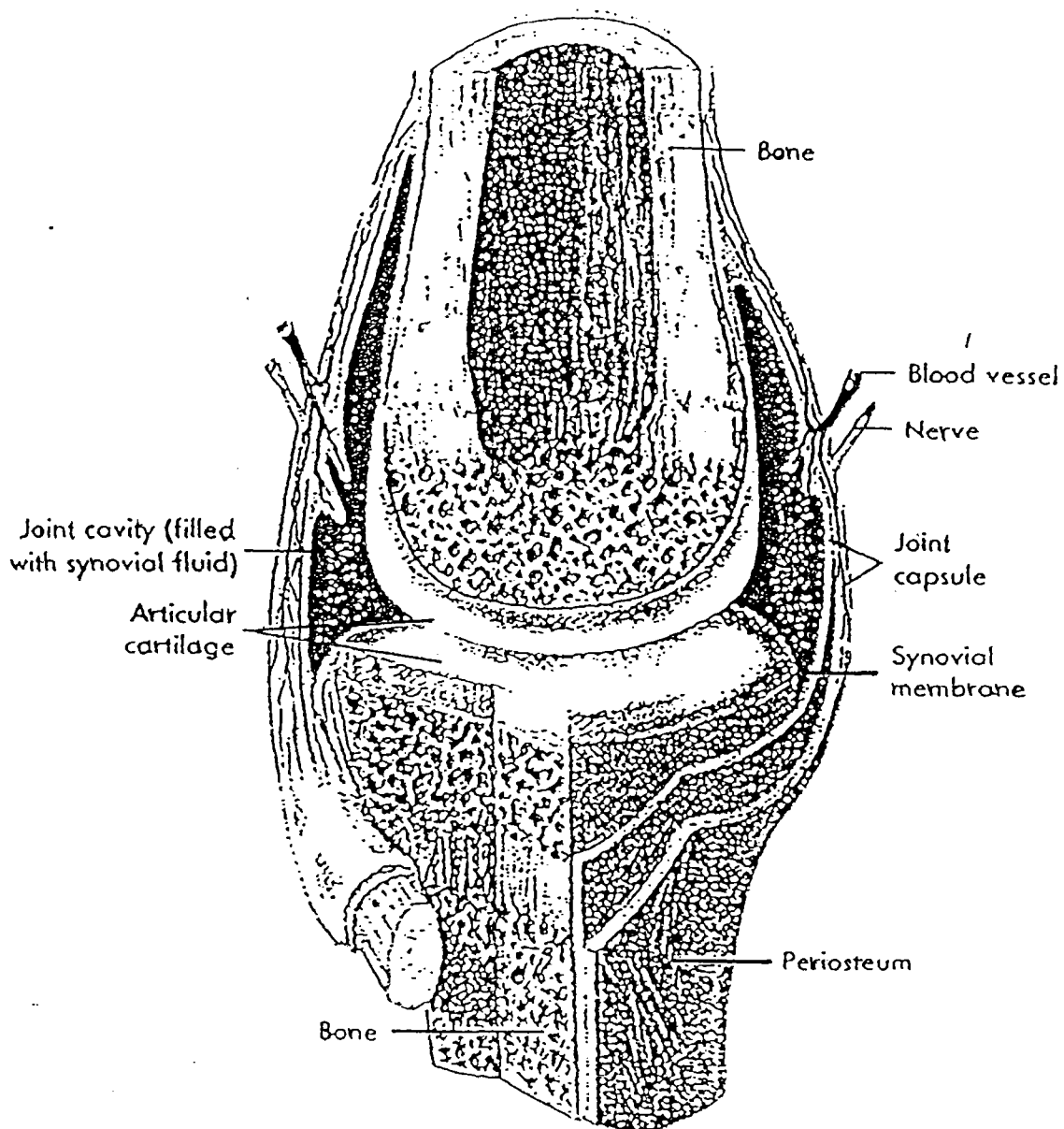
4. ถุงหุ้มข้อ (Joint capsule) เป็นถุงพังผืดที่แข็งแรงที่ห่อหุ้มข้อโดยรอบ ภายในบรรจุเยื่อข้อทำหน้าที่ป้องกันการเคลื่อนไหวของข้อไม่ให้มากเกินไป และสร้างความมั่นคงให้ข้อ

5. เส้นประสาทที่ข้อ ข้อเป็นอวัยวะที่มีปัญหาเรื่องความเจ็บปวดได้บ่อยมาก เนื่องจากข้อแต่ละข้อได้รับเส้นประสาทมาเลี้ยง จากเส้นประสาทที่ผ่านข้อทุกเส้น แต่ละข้อโดยเฉพาะข้อใหญ่ๆ จะมีเส้นประสาทมาเลี้ยงหลายเส้น จึงเกิดความเจ็บปวดชนิดปวดร้าว (Referred pain) ได้บ่อย เช่น โรคของข้อตะโพกจะมีอาการปวดที่ข้อเข่า โรคของกระดูกสันหลังจะมีอาการปวดร้าวไปที่ข้อตะโพก และด้านหลังของต้นขา เป็นต้น

เส้นประสาทรับความรู้สึกอีกชนิดหนึ่งที่สำคัญคือ โพรปรีโอเซพชั่น (Proprioception) ที่รับความรู้สึกจากเอ็นและถุงหุ้มข้อต่างๆ เส้นประสาทชนิดนี้ทำให้เราสามารถรับรู้ได้ว่าขณะนี้ข้อของเรา กำลังอยู่ในลักษณะใด ทำให้คนตาบอดหรือคนตาดีที่อยู่ในความมืดยังสามารถเดิน และรับรู้ถึงท่าทางของตัวเองได้

6. เอ็นยึดข้อ (Ligament) เป็นเอ็นที่ยึดกระดูกข้อต่อไว้ เพื่อเสริมความแข็งแรงให้กับข้อ

ส่วนประกอบต่างๆ ของข้อชนิดนี้เมื่อเราสามารถแสดงให้เห็นดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (กนกพร สุคำวัง. 2540 : 20)



ภาพประกอบ 2 กายวิภาคและส่วนประกอบของข้อปกติ

ส่วนประกอบของข้อเข่า

ข้อเข่าเป็นข้อที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น มาบรรจบกัน คือ กระดูกต้นขา (Femur) กระดูกปลายขาท่อนใหญ่ (Tibia) และกระดูกสะบ้า (Patella) การเคลื่อนไหวของข้อเข่าเป็นแบบบานพับที่ค่อนข้างซับซ้อน เพราะขณะเหยียดหรืองอเข่าจะมีการหมุนของกระดูกขาาร่วมด้วย ส่วนประกอบของข้อเข่า และหน้าที่ (ประวิทย์ สุนทรสิมะ. 2531 : 114, 118-119) มีดังนี้ คือ

1. ส่วนที่รับน้ำหนักและแรงกดในข้อเข่า มี 3 ส่วน คือ

1.1 ส่วนด้านข้าง และตรงกลางของข้อต่อกระดูกข้งกับกระดูกต้นขา

(Lateral and Medial tibiofemoral articulations)

1.2 ส่วนข้อต่อกระดูกสะบ้ากับกระดูกต้นขา (Patellofemoral articulation)

1.3 ส่วนด้านข้างและตรงกลางของกระดูกอ่อนระหว่างข้อ (Lateral and Medial menisci)

2. กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เคลื่อนไหวข้อเข่า และทำให้ข้อเข่าแข็งแรง

2.1 กล้ามเนื้อทำหน้าที่เหยียดข้อเข่า คือ กล้ามเนื้อต้นขา หรือกล้ามเนื้อ

ควอดไตรเซ็ปส์ (Quadriceps femoris) เป็นกล้ามเนื้อสำคัญที่สุดสำหรับข้อเข่า และเป็นกล้ามเนื้อใหญ่ที่สุดของร่างกาย อยู่ด้านหน้าของต้นขา ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 4 มัด คือ เรคตัส ฟีมอริส (Rectus femoris) วาตัส เลเตอร์าลิส (Vastus lateralis) วาตัส มีเดียลิส (Vastus medialis) และ วาตัส อินเตอร์มีเดียส (Vastus intermedius) กล้ามเนื้อทั้ง 4 มัดนี้ รวมกันเป็นเอ็น เรียกว่า ควอดไตรเซ็ปส์ (Quadriceps tendon) ไปเกาะที่เยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) ของกระดูกสะบ้าและกลายเป็นเอ็นกระดูกสะบ้า (Patella tendon) ไปเกาะที่ปุ่มกระดูกปลายขาท่อนใหญ่ (Tibial tubercle)

2.2 กล้ามเนื้อทำหน้าที่งอข้อเข่า คือ กล้ามเนื้อแฮมสตริง (Hamstring) และกล้ามเนื้อน่อง (Gastrocnemius)

3. เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นยึดกระดูก (Tendons and Ligaments) ที่ช่วยยึดด้านนอกของข้อเข่าให้มั่นคง

4. เอ็นยึดกระดูกในข้อเข่า ที่ยึดข้อเข่าให้มั่นคง ประกอบด้วยเอ็นยึดกระดูก 2 เส้น ไขว้กัน คือ

4.1 แอนทีเรีย ครูซิเอต ลิกกาเมนต์ (Anterior cruciate ligament) ยึดกระดูกปลายขาท่อนใหญ่ไม่ให้หลุดไปข้างหน้า

4.2 โปสเตอร์เรีย ครูซิเอต ลิกกาเมนต์ (Posterior cruciate ligament) ยึดกระดูกปลายขาท่อนใหญ่ไม่ให้หลุดไปข้างหลัง

ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) หมายถึง โรคที่เกิดจากการเสื่อมสึกหรือของข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย ภายหลังจากใช้งานมานานหลายสิบปี ภาวะข้อเสื่อมตามสภาพร่างกายนั้น จึงเกิดได้แก่ทุกคน แต่อาการปวดข้อจากข้อเสื่อมไม่ได้เกิดขึ้นทุกราย ดังนั้น โรคข้อเสื่อมที่ไม่มีอาการปวด ไม่ถือว่าเป็นโรค (ยงยุทธ วัชรกุลย์. 2535 : 110)

จิตเวทย์ ตุมราศวิน (2538 : 360-361) ได้ให้ความหมายของโรคข้อเสื่อมว่าเป็นโรคที่ไม่มีการอักเสบของข้อจำพวกมีเยื่อ มักเกิดในวัยกลางคน หรือสูงอายุ มีความผิดปกติที่กระดูกอ่อนผิวข้อเป็นสำคัญ

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee) หมายถึงโรคข้อเสื่อมชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นกับกระดูกอ่อนผิวข้อของข้อเข่า ทำให้มีลักษณะสีกร่อนบางลงจนหมดไป เกิดการเคลื่อนไหวข้อได้ลำบาก

ข้อเสื่อมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสื่อม (วัลลภ สำราญเวทย์. 2533 : 96) ได้แก่

1. โรคข้อเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) หมายถึง โรคข้อเสื่อมที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ เกิดขึ้นเองจากความเสื่อมตามกาลเวลา หรือโดยอิทธิพลทางพันธุกรรมที่ยังไม่อาจสืบได้ว่าการถ่ายทอดมาอย่างไร หรือโดยอิทธิพลของฮอร์โมนบางอย่าง หรือจากความเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายก็เป็นได้

2. โรคข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) หมายถึง โรคข้อเสื่อมที่สามารถค้นหาสาเหตุของโรคได้ อาจมีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ความผิดปกติของข้อตั้งแต่กำเนิด เนื้องอกของกระดูกบางชนิด โรคข้ออักเสบต่างๆ เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเกาต์ เป็นต้น การติดเชืของกระดูกและข้อ ความผิดปกติของการสังเคราะห์สารเคมีของร่างกาย และสาเหตุอื่นๆ เช่น จากโรคเรื้อน ซิฟิลิส ที่ทำให้ข้อผิดปกติไป

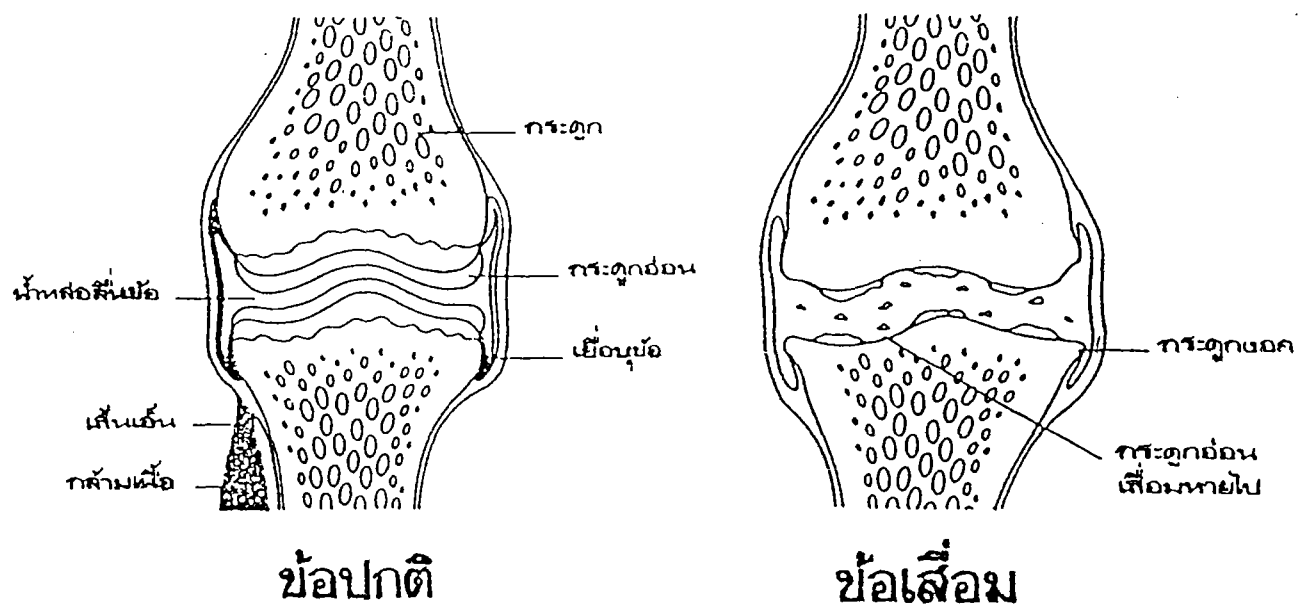
อุบัติการณ์

พบว่า ชนทุกชาติเป็นโรคข้อเสื่อมได้เหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกัน บ้างทางด้านอุบัติการณ์ และตำแหน่งข้อที่มีการอักเสบ ทั้งนี้ เพราะความแตกต่างกันทางด้านวิถีชีวิต (Life style) อาชีพ (Occupation) และปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) และพบว่าโรคข้อเสื่อมมีอุบัติการณ์มากขึ้นตามอายุ ในคนที่อายุน้อยกว่า 45 ปี พบว่าเป็นโรคข้อเสื่อมได้ร้อยละ 2-3 อายุ 45-65 ปี พบได้ร้อยละ 25-30 และในคนอายุมากกว่า 65 ปี พบได้มากถึงร้อยละ 60-70

ความแตกต่างทางด้านเพศนั้น พบว่าในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี นั้น เพศชายเกิดโรคข้อเสื่อมได้มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย เนื่องจากในวัยทำงานนี้เพศชายทำงานหนักมากกว่า หลังจากอายุ 55 ปี ไปแล้ว กลับพบว่าเพศหญิงเป็นโรคข้อเสื่อม ได้บ่อยกว่าเพศชาย โดยมักเกิดโรคข้อเสื่อมที่ข้อเข่า นิ้วมือ และนิ้วหัวแม่มือ (วัลลภ สำราญเวทย์. 2533 : 94)

พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

พยาธิของโรคข้อเข่าเสื่อมจะอยู่ที่กระดูกอ่อนผิวข้อเป็นหลัก การเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดขึ้นภายหลังที่ข้อถูกใช้งานมานานเป็นสิบ ๆ ปี โดยระยะแรกพยาธิสภาพมักเกิดเป็นบางส่วนของกระดูกอ่อนโดยเฉพาะจุดที่รับน้ำหนัก โดยกระดูกอ่อนซึ่งปกติมีสีขาวใสและเรียบ จะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง หรือสีน้ำตาล ขุ่น ผิวไม่เรียบ และนูน อาจแตกเป็นร่อง (Fissure) เป็นริ้ว (Fibrillation) หรือเกิดเป็นแผล (Ulcer) ถ้าเกิดการเสื่อมมากขึ้น กระดูกอ่อนอาจหลุดร่อนออกจนเห็นเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อน อาจพบเศษกระดูกอ่อนหลุดออกมาอยู่ในสารน้ำเลี้ยงข้อ นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนอื่นของข้อด้วย อาจพบว่าถุงหุ้มข้อหนาตัวขึ้น ที่เนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะหนาตัว (Sclerosis) มากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อนที่มีการเปลี่ยนแปลง อาจพบกระดูกใต้กระดูกอ่อนเป็นถุงน้ำ (Subchondral bone cyst) ซึ่งซิสต์ที่เกิดในโรคข้อเสื่อมนี้ มักมีขอบที่หนาทึบ แตกต่างจากซิสต์ในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งขอบเขตของซิสต์มักจะไม่ใช่ชัด ในรายที่โรคดำเนินไปมาก อาจพบว่ากระดูกอ่อนผิวข้อหลุดร่อนหายไปหมดเหลือแต่เนื้อกระดูก ซึ่งจะมีลักษณะเป็นมันเลี่ยน (Eburnation) เนื่องจากผิวกระดูกซึ่งไม่มีกระดูกอ่อนคลุม จะเสียดสีกันในขณะที่เคลื่อนไหวข้อ อาจพบกระดูกงอก (Osteophyte) ออกจากบริเวณขอบของข้อ ที่ส่วนงอกของกระดูกจะมีกระดูกอ่อนคลุมอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนบริเวณนี้จะหนากว่ากระดูกอ่อนผิวข้อที่ปกติดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (พงษ์ศักดิ์ วัฒนา และคณะ. 2533 : 23) ที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในข้อของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างข้อปกติกับข้อเสื่อม



ภาพประกอบ 3 พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม

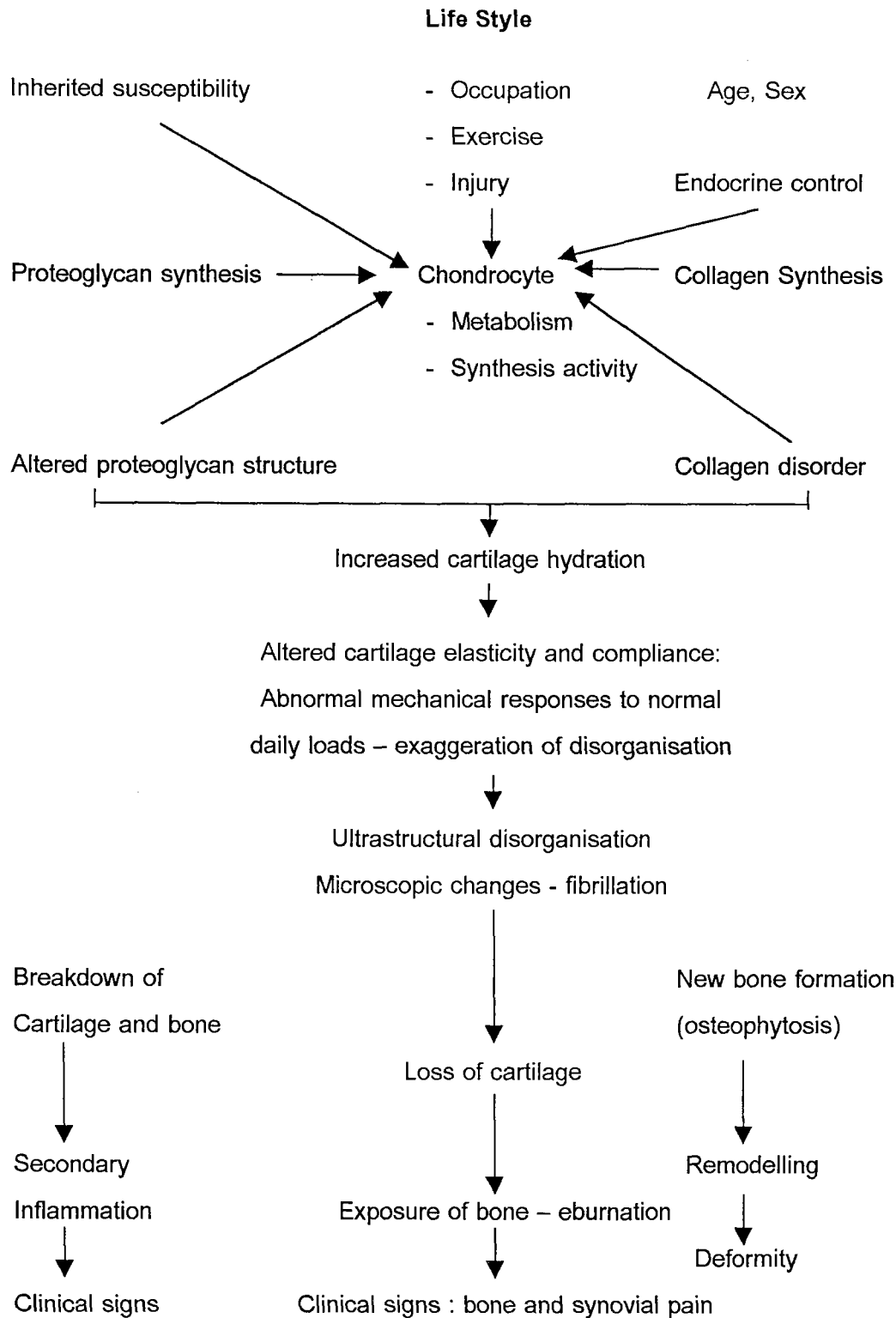
พยาธิสภาพที่พบจากกล้องจุลทรรศน์จะมองเห็นว่าในระยะแรก ผิวกระดูกจะไม่เรียบ มีการสึกกร่อน ซึ่งในระยะนี้ ถ้าย้อมแมทริกซ์ด้วยซาฟรานิน-โอ (Safranin-o) จะติดสีจางลง บริเวณไทด์มาร์ก (Tidemark) จะไม่ปกติ ไม่เป็นระเบียบ และไม่ติดต่อกัน มีหลอดเลือดแทรกเข้ามา เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น ผิวของกระดูกอ่อนจะแตกกร่อน และอาจแตกเป็นร่องลึกลงไปใ้เนื้อของกระดูกอ่อน ซึ่งอาจแตกลึกไปถึงเนื้อกระดูกได้ กระดูกอ่อนในระยะสุดท้ายจะหลุดหายไปหมด เหลือแต่เนื้อกระดูก ที่เซลล์กระดูกอ่อนก็จะพบการเปลี่ยนแปลง คือ ในระยะแรกๆ ของโรค จำนวนเซลล์จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น และจับกันเป็นกลุ่ม ๆ (Clone) ในระยะต่อมาจำนวนเซลล์จะลดลง เซลล์บางเซลล์จะตาย และถูกย่อยสลายไป ที่เนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะพบว่าหนาขึ้น (Sclerosis) และอาจมีการแตกหักระดับจุลภาค (Microfracture) ของขั้วเนื้อกระดูก (Trabeculae) อาจพบซิสต์ ซึ่งบางซิสต์มีช่องติดต่อกับช่องข้อต่อ

การเปลี่ยนแปลงที่เยื่อหุ้มนั้นบางรายแทบไม่พบความผิดปกติ บางรายอาจพบว่าการอักเสบของเยื่อหุ้ม มีเซลล์การอักเสบแทรกอยู่ ซึ่งภาวะการอักเสบของเยื่อหุ้ม ที่พบนี้เข้าใจว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนก่อน ไม่ใช่ผลโดยตรงของโรค

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในกระดูกอ่อน พบว่าปริมาณน้ำในแมทริกซ์จะมากขึ้นและจะมากขึ้นตามความรุนแรงของโรค ชนิดและปริมาณของคอลลาเจนจะเหมือนกระดูกอ่อนปกติ แต่ขนาดของคอลลาเจนจะเล็กกว่าปกติและการสานกันของคอลลาเจนจะหลวมหรือแตกกระจายไม่สานกันแน่นเหมือนปกติ ปริมาณโปรตีโอไกลัยแคนลดลง และจะลดลงมากขึ้นตามความคืบหน้าของโรค โปรตีโอไกลัยแคนจะรวมตัวกันน้อยลง สายกลัยโคซามิโนไกลัยแคน (Glycosaminoglycan) จะสั้นลง และเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น โปรตีโอไกลัยแคนหน่วยย่อยจะเล็กลงและแตกสลาย

การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม พบว่า มีการสร้างและหลังกรดนิวทริลโปรตีเอส (Neutral proteases) โดยเซลล์กระดูกอ่อนจะเพิ่มขึ้นมาก ซึ่งมีผลต่อแกนโปรตีนของโปรตีโอไกลัยแคน ทำให้โมเลกุลนี้ถูกย่อยสลาย ส่วนคอลลาจีเนสในแมทริกซ์ ก็พบว่ามีปริมาณเพิ่มมากขึ้น นอกจากขบวนการทำลาย (Catabolic activity) ที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวแล้ว ยังพบว่าในโรคข้อเสื่อมยังมีขบวนการสังเคราะห์ (Anabolic activity) เพิ่มขึ้นด้วย โดยพบว่ามี การสร้าง DNA เพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับการพบพยาธิสภาพว่าปริมาณเซลล์กระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น และพบว่าอัตราการสร้างโปรตีโอไกลัยแคน คอลลาเจน และฮัยาลูโรเนทเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้กระดูกอ่อนจะสร้างสารเหล่านี้เพิ่มขึ้นแต่ในระยะท้ายๆ ของโรค การสังเคราะห์อาจสร้างไม่ทันกับการทำลาย จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าโปรตีโอไกลัยแคนที่สร้างขึ้นใหม่นี้มีคุณภาพไม่เท่ากับในกระดูกอ่อนปกติ เช่น ส่วนประกอบและการเรียงตัวของกลัยโคซามิโนไกลัยแคนจะผิดไปจากปกติ ขนาดของโปรตีโอไกลัยแคนหน่วยย่อยเล็กลง และความสามารถของหน่วยย่อยนี้ ที่จะรวมกันเป็นโปรตีโอไกลัยแคนลดลงด้วย ซึ่งการ์ตเนอร์ (Gardner. 1983 : 418) ได้อธิบายแผนภูมิการเกิดข้อเข่าเสื่อมไว้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4

21 182266



ภาพประกอบ 4 ขั้นตอนการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

จากภาพประกอบ 4 สามารถอธิบายได้ว่า กรรมพันธุ์ เพศ อายุ อาชีพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ฮอร์โมนในร่างกาย และการได้รับบาดเจ็บที่เข่า เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของเซลล์กระดูกอ่อน (Chondrocyte) ในการสร้างสารที่เป็นโครงสร้างของกระดูกอ่อน เช่น การสร้างเส้นใยคอลลาเจน (Collagen) การสร้างโปรติโอไกลัยแคน (Proteoglycan) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการคงรูปของกระดูกอ่อน และการยืดหยุ่นต่อการรับน้ำหนัก เมื่อข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากกว่าปกติ อันเนื่องมาจากความอ้วน ความผิดปกติของข้อเข่า เช่น ขาโก่ง ออกนอก หรือโก่งเข้าใน มีผลทำให้เกิดแรงที่มากกระทบต่อข้อเข่ามากกว่าปกติ (Abnormal mechanical responses to normal daily loads) จึงทำให้เกิดความผิดปกติของผิวกระดูกอ่อน เกิดการแตกและหลุดเป็นเส้นๆ (Fibrillation) มีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (Loss of cartilage) ที่ปกคลุมกระดูก ทำให้กระดูกเกิดการเสียดสี สึกกร่อน (Exposure of bone eburnation) ผลที่เกิดขึ้นมา คือ จะเกิดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดข้อ ปวดกระดูก เกิดการอักเสบ และอาจเกิดการสร้างกระดูกใหม่ขึ้นมาแทนที่ (Remodelling) ซึ่งทำให้กระดูกผิดรูปไปจากเดิมได้ (Deformity)

ระยะการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถแบ่งได้เป็น 5 ระยะ โดยพิจารณาจากภาพรังสีข้อเข่าในท่ายืนลงน้ำหนัก (Frankel. 1982 : 152-166)

ระยะที่ 1 แนโร จอยท์ लाईน (Narrow joint line) คือ มีระยะห่างระหว่างกระดูกต้นขา (Femur) และกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) แคบกว่าปกติ มีการสูญเสียกระดูกอ่อนมากกว่าร้อยละ 50

ระยะที่ 2 แอ็บเซนต์ จอยท์ लाईน (Absent joint line) คือ ไม่สามารถมองเห็นรอยต่อหรือระยะห่างระหว่างกระดูกต้นขา (Femur) และกระดูกหน้าแข้ง (Tibia)

ระยะที่ 3 ไมเนอร์ โบน อะทริชัน (Minor bone attrition) คือ เริ่มมีการสึกกร่อนของกระดูกเล็กน้อย

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

ระยะที่ 5 โกรส โบน อะทริชัน (Gross bone attrition) คือ ระยะที่มีการสึกกร่อนของกระดูกอย่างมาก และพบว่าการเคลื่อนหลุดของข้อเข่าได้บ่อย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัย แต่สาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคนั้นยังไม่ทราบอย่างแท้จริง แต่อย่างไรก็ตาม ทูเร็กซ์ (Turex. 1977 : 1216) เชื่อว่า อาจจะมีปัจจัยบางอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนี้

1. อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมต่าง ๆ ของเอ็นกล้ามเนื้อที่ยึดจับกระดูกจะเสื่อมคุณสมบัติ เอ็นซึ่งเคยมีความเหนียวแน่น จะหย่อน เกิดการหลวมของข้อและทำให้เกิดความผิดปกติของข้อเข้าได้ ส่วนใหญ่มักจะเริ่มเมื่ออายุตั้งแต่ 40-45 ปีขึ้นไป และในกลุ่มบุคคลอายุ 75 ปี จะพบโรคข้อเสื่อมทุกคน โดยจะพบการเกิดข้อเสื่อม 1 ข้อ หรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป แต่ในปัจจุบันนี้ พบว่าความเสื่อมของข้อเข้า อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุน้อย โดยอาจจะมี ความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งนำมาก่อนแล้ว

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับโรคข้อเข้าเสื่อม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในภาพถ่ายรังสีแสดง ลักษณะข้อเข้าเสื่อมในระหว่างอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 10 และจะพบบ่อยขึ้นในอายุที่มากขึ้นและที่พบเกือบทุกคนคือ อายุ 65 ปีขึ้นไป

2. เพศ เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อมชนิดปฐมภูมิมากกว่าเพศชาย โดยเพศชายจะมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อมทุติยภูมิ และเกิดการเสื่อมของกระดูกสันหลัง และข้อสะโพก ได้มากกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงพบการเกิดข้อเสื่อมบริเวณข้อนิ้วมือ ข้อเท้า และ ฝ่าเท้ามาก และมีการเกิดก้อนปมที่ข้อปลายนิ้ว (Heberden's node) มากกว่าเพศชายถึง 10 เท่า

3. พันธุกรรม บุคคลที่มีประวัติการเกิดโรคข้อเสื่อมในครอบครัว มีแนวโน้มของการเกิดโรคสูง และเพศหญิงพบการบวมโตของข้อต่อส่วนปลายของนิ้วมือ ได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมียีนเพศ ซึ่งมีลักษณะเป็นยีนเดี่ยว (Single gene) ที่เป็นลักษณะเด่น ของการเกิดโรคมากกว่า

4. ความอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักของร่างกายมากกว่าปกติ จะเป็นสาเหตุทำให้ข้อเกิด แรงกดจากการรับน้ำหนักมาก จึงทำให้เกิดการเสื่อมสลายของกระดูกข้อได้มากกว่าคนที่ มี น้ำหนักตัวปกติ

5. ความผิดปกติของข้อเข้าที่มีลักษณะโก่งออกนอก (Genu varum) หรือโก่ง เข้าใน (Genu valgus) ซึ่งจะทำให้แรงกดมากทางด้านตรงข้ามกับที่โก่งออก แรงที่มากกระทำ ต่อข้อเข้านี้จะไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนเพิ่มมากขึ้น

6. อากัปกิริยาที่กระทำบ่อยๆ ได้แก่ การขึ้นลงบันได การเดิน การยืน การนั่ง ยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ และนั่งคุกเข่าเป็นเวลานานๆ และเป็นประจำ จะทำให้ผิว กระดูกถูกเสียดสี และแตกสลายได้ง่าย

7. การได้รับภยันตรายต่อข้อเข้า เช่น กระดูกเข้าแตกหัก (Fracture) การ เคลื่อนหลุดของข้อเข้า (Dislocation) และการเคลื่อนที่ของข้อเข้าเป็นบางส่วน (Subluxation)

8. ลักษณะงานและอาชีพ แม้ว่าลักษณะงานและอาชีพ จะไม่มีความชัดเจนต่อ การเกิดโรคข้อเสื่อมมากนัก แต่พบว่าในกลุ่มบุคคลที่มีการลงน้ำหนักบริเวณข้อมาก และเป็น เวลานานๆ เช่น นักกีฬา นักเต้นแอโรบิก นักวิ่ง หรือผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่ต้องยืน นั่ง หรือที่ต้องใช้มือตลอดเวลา จะพบการเกิดข้อเสื่อมได้มากกว่าบุคคลที่มีอาชีพอื่น

9. ฮอร์โมน พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในหญิงวัยหมดประจำเดือน เพราะการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันการเสื่อมสลายของผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อ ทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้ง่ายและเร็วกว่าปกติ

10. สภาพอากาศ พบว่าผู้ที่อยู่ในแถบที่มีอากาศหนาวจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มาก

11. ปัจจัยอื่นๆ ในผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน มักจะเกิดข้อเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ และพบอาการรุนแรงมากกว่าปกติด้วย

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีอาการของโรคดำเนินไปอย่างช้าๆ มีลักษณะการเกิดเฉพาะที่ ไม่มีผลกระทบต่ออวัยวะในระบบอื่น อาการและอาการแสดงที่พบ (อุทิศ ดีสมโชค. 2534 : 196)

1. อาการปวดเข่า เป็นอาการสำคัญของโรค โดยเป็นแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป และทวีความรุนแรงมากขึ้น ในระยะหลัง เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือแก้ไข ในระยะแรก อาการปวดจะเกิดเมื่อมีอากาศเปลี่ยนแปลง มีการออกกำลังกาย หรือใช้ข้อมาก จะบรรเทาเมื่อข้อได้รับความอบอุ่นหรือได้พัก อาการปวดอาจพบได้เมื่อเริ่มมีการเคลื่อนไหวภายหลังจากการไม่ได้ใช้ข้อ หรือพักข้อเป็นช่วงเวลานาน เช่น ขณะตื่นนอนตอนเช้า เป็นต้น อาการปวดอาจเริ่มจากการปวดตื้อๆ แล้วเปลี่ยนเป็น ปวดแบบรุนแรงและบ่อยขึ้น เมื่อมีอาการมากขึ้น อาการปวดจะพบได้แม้ในขณะพัก และจะรบกวนการนอนหลับพักผ่อน ยิ่งอาการปวดมีมากขึ้นเท่าใด การเคลื่อนไหวข้อจะเป็นไปได้ด้วยความยากลำบากมากขึ้นตามไปด้วย

2. อาการตึงในข้อ หรือ ข้อตืด (Stiffness) อาการข้อตืดแข็งจะพบร่วมกับการปวดข้อ เนื่องจากในขณะที่มีอาการปวดผู้ป่วยมักไม่ยอมขยับเขยื้อน หรือเคลื่อนไหวข้อ ร่วมกับการสร้างหรือการเจริญของกระดูก เกิดเป็นกระดูกงอก (Osteophyte) ในบริเวณรอยต่อของข้อทำให้เกิดอาการยึดติด เคลื่อนไหวข้อได้ไม่สะดวก เกิดอาการข้อตืดแข็งได้

3. มีเสียงดังในข้อ (Crepitus) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเสียดสีกันของข้อ และเกิดเสียงดังในขณะเคลื่อนไหวข้อ เพราะผิวข้อมีลักษณะไม่เรียบ มีกระดูกงอกที่สร้างขึ้นใหม่บริเวณขอบของข้อ และช่องว่างระหว่างข้อแคบลง จึงมีโอกาสเสียดสีกันเองของกระดูกได้มากขึ้น

4. มีอาการบวมโตและอักเสบของข้อเข่า ซึ่งจะเกิดเมื่ออาการของโรคดำเนินอยู่เป็นเวลานาน โดยเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบ เพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอมคือเนื้อเยื่อ และเศษกระดูกที่แตกหลุดลงไปอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อให้หมดไป ร่วมกับการมีน้ำในเยื่อหุ้มข้อมากขึ้น จึงทำให้เกิดการอักเสบของข้อ มีอาการปวด บวม แดงร้อน และมีข้อบวมโตขึ้นได้

5. มีกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่าลีบ (Muscle atrophy) ซึ่งเกิดจากการไม่ใช้ข้อนั้น หรือมีการขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ

6. มีการหลวมคลอน และผิดรูปของข้อ (Subluxation and Joint deformity) ในระยะสุดท้ายของโรค

การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

ตามปกติการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม จะอาศัยการซักประวัติ (ประวัติในอดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว) ร่วมกับการตรวจร่างกาย โดยมากไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสี หรือตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการอย่างอื่น แต่ก็สามารถใช้การตรวจทางภาพรังสีและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยร่วมด้วยก็ได้ กล่าวคือ โรคนี้มักเกิดในวัยกลางคน หรือสูงอายุ อาการและอาการแสดงมักบ่งถึงการไม่มีการอักเสบของข้อ การตรวจร่างกายแพทย์ จะตรวจดูข้อเข่าข้างที่เป็นว่าบวมหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเข่าด้านตรงข้ามหรือข้างที่ดี กดกระดูกสะบ้าแรงๆ จะมีอาการปวดที่เข่า คลำน้ำในข้อเข่าได้ ลองให้ผู้ป่วยนั่งยองๆ หรือทดลองงอเข่าจะปวดเข่ามากขึ้น ตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบอื่นๆ ในร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการมักปกติ การตรวจวิเคราะห์สารน้ำเลี้ยงข้อจะบ่งถึงลักษณะที่ไม่ใช่การอักเสบ

การถ่ายภาพรังสีในระยะเริ่มแรกของโรค จะพบว่าปกติ แต่เมื่อมีพยาธิสภาพมากขึ้น จะพบการเปลี่ยนแปลง (อุทิศ ดีสมโซด. 2534 : 197) ดังนี้

1. ช่องว่างระหว่างข้อจะแคบลง (Narrowing joint space) ซึ่งพบในบางส่วนของข้อ การแคบลงของช่องว่างระหว่างข้อเป็นผลเกิดจากพยาธิสภาพการทำลายกระดูกอ่อนที่บุปลายข้อ

2. กระดูกใต้ผิวข้อหนาตัวขึ้น (Subchondral bone sclerosis)

3. กระดูกใต้ผิวข้อเป็นถุงน้ำ (Subchondral bone cyst)

4. มีการงอกของกระดูกที่บริเวณขอบของข้อ (Marginal osteophyte or Spur)

5. มีเศษกระดูกอ่อนผิวข้อลอยในช่องข้อ (Loose bodies)

6. ข้อมีการเคลื่อนหลุดหรือพิการ (Subluxation or Joint deformities)

จากการศึกษาของแมคอาลันดอน และคณะ (จาร์ณี นันทวโนทยาน. 2539 : 14 ;

อ้างอิงจาก Mc. Alindon, et al. 1992. *Annals Rheumatology Disease*. p 258) พบว่า ภาพถ่ายรังสีความเสื่อมของข้อเข่ากับอาการปวดเข่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยบางคนมีอาการปวดเข่ามาก แต่ภาพรังสีปกติ ในขณะที่บางคนภาพรังสีมีพยาธิสภาพมากแต่ไม่มีอาการปวดเข่า

การรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาโรคข้อเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษา คือลดอาการปวด ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปตามปกติ ป้องกันหรือแก้ไขการผิดรูปผิดร่างของข้อ และทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำการงานได้เป็นปกติ วิธีการรักษามีด้วยกันหลายชนิดได้แก่

1. การปฏิบัติทั่ว ๆ ไป
2. การรักษาทางยา
3. กายภาพบำบัด
4. การผ่าตัด

การปฏิบัติทั่ว ๆ ไป (ฐิตเวทย์ ตุมราศวิน. 2538 : 372)

การปฏิบัติทั่ว ๆ ไป คือ การอธิบายให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย เช่น สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัว แนวทางในการรักษา เป็นต้น นอกจากการให้ความรู้แล้วการให้คำแนะนำต่าง ๆ เช่น การแนะนำให้ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเสื่อมมากขึ้น ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน การหลีกเลี่ยงอิริยาบถ หรือการใช้ข้อในลักษณะที่จะทำให้เกิดแรงกดภายในข้อมากขึ้น รวมทั้งการค้นหาและแก้ไขโรคหรือภาวะที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคก็เป็นการรักษาทางหนึ่งด้วย

การรักษาทางยาสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ปัจจุบันจุดประสงค์ของการให้ยามี 2 ประการ (อุทิศ ดีสมโชค. 2534 : 201) คือเพื่อลดอาการปวด และเพื่อชะลอความเสื่อมสลายหรือเสริมสร้างกระดูกอ่อนให้ดีขึ้น ยาที่ใช้ลดอาการปวด ได้แก่ ยากลุ่มลดหรือระงับการอักเสบประเภทที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti – inflammatory drug : NSAID) ซึ่งมีอยู่หลายตัว การจะเลือกใช้ตัวใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ อาจทำให้อาการปวดหายไป แต่มักจะหายไปชั่วคราวและทำให้การเสื่อมของข้อเลวลง

ยาที่ใช้ชะลอความเสื่อมหรือเสริมสร้างกระดูกอ่อนนั้น ยังอยู่ในขั้นทดลอง และยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ถึงผลการรักษาและการประเมินผลเมื่อใช้กับผู้ป่วย

กายภาพบำบัด

การรักษาด้วยวิธีนี้จะเป็นการช่วยลดอาการปวด และเพิ่มสมรรถภาพของข้อ ทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ไม่เกิดความพิการ ได้แก่ (เยียมมโนภาพ บุณนาท. 2538 : 640-660)

1. การใช้ความร้อน ความเย็น หรือการกระตุ้นไฟฟ้า เพื่อลดอาการปวดข้อ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. การออกกำลังกายเพื่อให้อึดกล้ามเนื้อซึ่งช่วยยึดข้อนั้นแข็งแรง อาการปวดข้อจะลดลง สมรรถภาพการทำงานของข้อดีขึ้น

3. การใช้เครื่องช่วยพยุง เพื่อลดแรงกระทำต่อข้อที่เกิดความเสื่อม

การรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัดควรจะทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะชะลอภาวะเสื่อมของข้อหรือหยุดภาวะเสื่อมของข้อได้

การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

การผ่าตัดมีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขความพิการของข้อ ลดความเจ็บปวด และทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้มากขึ้น การผ่าตัดไม่ใช่วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรง แต่สามารถชะลอความเสื่อมให้ช้าลงได้ในบางราย

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมักใช้วิธีการดังกล่าวมาแล้วทั้งหมดประกอบกัน ส่วนการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเป็นวิธีเพิ่มเติมที่มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยบางราย การผ่าตัดสำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมโดยหลักใหญ่ๆ มีวิธีการอยู่ 4 วิธีคือ (วัลลภ สำราญเวชย์. 2533 : 107-108)

1. การผ่าตัดเพื่อเอาเศษกระดูกที่หลุดเข้าไปในข้อออก (Removal of loose body)
2. การผ่าตัดตกแต่งภายในข้อ (Joint debridement and excision)
3. การผ่าตัดแต่งกระดูกที่โก่งงอให้ตรง (Osteotomy to correct alignment)
4. การผ่าตัดใส่ข้อเทียม (Partial or total joint prosthesis replacement)

การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคไม่ติดต่อที่ทำให้บุคคลและรัฐต้องสูญเสียเศรษฐกิจสูงมาก เพราะนอกจากจะทำให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ ทำงานไม่ได้ไม่ว่าจะชั่วคราวหรือถาวรแล้ว กระบวนการในการรักษายังยุ่งยาก ตลอดจนยาต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาก็มีราคาแพง ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันดังต่อไปนี้ (เกสร สำเภาทอง. 2536 : 22-23)

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention) โดยการให้การศึกษาและชี้แนะถึงปัจจัยและสิ่งแวดล้อม หรือการดำรงชีวิตที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เน้นการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของข้อแก่ประชาชน ได้แก่

- 1.1 การลดน้ำหนักตัวในกรณีที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน จะทำให้เกิดแรงกดในข้อเข่ามากกว่าปกติ เป็นสาเหตุให้ข้อเข่าเสื่อมได้เร็ว
- 1.2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขาเหนือเข่าที่ยึดติดกระดูกสะบ้า เพื่อช่วยผ่อนแรง ลดการกระแทกภายในข้อเข่าเวลาที่มีการเคลื่อนไหว หรือกระชกข้อเข่าเวลาที่ใช้งาน การบริหารกล้ามเนื้อหน้าขาให้แข็งแรงจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้
- 1.3 การมีอิริยาบถที่เหมาะสม ไม่เพิ่มแรงกด หรือแรงกระแทกในข้อมากเกินไป เช่น ไม่นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือคุกเข่าเป็นเวลานาน ๆ และระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดกับข้อเข่า

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือการป้องกันในบุคคลที่พบว่าเป็นโรคแล้วให้ได้รับการบริการทางการแพทย์จนโรคสงบตัวลง และป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปจนเกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะจนพิการ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างบุคคลทั่วไป

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันไม่ให้คนที่เป็นโรคเกิดอาการแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่เป็นโรค หรือเกิดความพิการให้สามารถช่วยตัวเองได้

แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมาจากคำสองคำ คือ คำว่า พฤติกรรม และสุขภาพ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

คำว่า พฤติกรรม หมายถึง อากัปกิริยาทั้งมวลของบุคคลทั้งที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส โดยตรงหรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ได้แก่ การเดิน นั่ง นอน ยืน โกรธ เกลียด คิด ผัน ซึ่งพฤติกรรมแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีอยู่ในใจตนเองยากที่ผู้อื่นจะรู้ได้ กับพฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา แล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้ (ไพบูลย์ เทวรักษ์. 2529 : 4)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 155) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้จะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

ส่วนคำว่าสุขภาพนั้นองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายเอาไว้ว่า หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสภาพความเป็นอยู่ทางสังคม ซึ่งมีใช้เพียงแต่การไม่มีโรค หรือไม่ทุพพลภาพเท่านั้น (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์. 2536 : 22)

เมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นเรื่องของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีผู้รู้หลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

กู๊ด (Good. 1973 : 55-56) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ ที่มุ่งหวังจะให้ผู้เรียนมีหรือเกิดขึ้นในตัวผู้เรียน พฤติกรรมสุขภาพนี้จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

โกชแมน (Gochman. 1988 : 3) ได้กล่าวถึงความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย พฤติกรรม การแสดงออก การปฏิบัติและนิสัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

นิภา มนูญปัจจุ (2528 : 20) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 156 – 162) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวความคิดตามทฤษฎีของบลูม (Bloom) ว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะประกอบด้วยพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (Affective domain) และพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain)

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

ดังนั้น จากความหมายที่กล่าวมา จึงพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. 2534 : 86) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคมียิ่งมีมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536 : 173 – 185) คือ

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ทัศนคติ การรับรู้ ความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ เจตคติ อารมณ์ และความสามารถ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิทยานี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกัน

กันในลักษณะและความมากน้อย บางคนอาจจะมียุงกัดประกอบทางด้านจิตวิทยานี้ในลักษณะ และจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจมีลักษณะและ จำนวนที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาแนวคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบด้านครอบครัว กลุ่มคนใน สังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีอิทธิพลมาจากครอบครัวเป็นส่วนมาก เช่น บางครอบครัวปลูกฝังนิสัย ในการรับประทานอาหารบางอย่างหรือไม่รับประทานอาหารบางอย่างให้กับลูก เช่น ไม่รับประทานเนื้อ สัตว์ ผัก หรือบางครอบครัวชอบรับประทานอาหารรสจัด เป็นต้น นอกจากนี้ในเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษา ความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือ สมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มคนในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรม สุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชน ความรู้และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรักษาโรคก็ย่อมจะดีกว่าประชาชนโดยทั่วไป

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิถีการครองชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพได้มากเช่นกัน กลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องก็จะก่อให้เกิด ปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มี รายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ปัญหาทางการแพทย์ และการ สาธารณสุขส่วนใหญ่ จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาน้อย

5. องค์ประกอบด้านการเมือง นโยบายการปกครองประเทศจะเป็นองค์ประกอบ สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เช่น ในประเทศ ที่เน้นเรื่องการรักษาความสะอาดของถนนหนทาง มีกฎหมายทำโทษผู้ที่ทิ้งขยะหรือทำให้สถาน สาธารณะสกปรก และเจ้าหน้าที่รักษากฎหมายอย่างเคร่งครัด พบว่าประชาชนปฏิบัติตนอย่าง

ถูกต้องและเคร่งครัดตามกฎหมาย สิ่งเหล่านี้ถ้าปฏิบัติเป็นประจำก็จะกลายเป็นนิสัยประจำชาติ และทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อ เจตคติที่ดีด้วยเช่นกัน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 538-539) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่ามี อิทธิพลมาจากองค์ประกอบต่างๆ 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนบ้าน และอิทธิพลของวัฒนธรรมทางสุขภาพ ซึ่งก็มีความสอดคล้องคล้ายคลึงกัน กับองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบที่กล่าวมา

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิด ทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามความคิดของเคลแมน เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสังคมของบุคคลนั้น เชื่อว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536 : 202-204) คือ

1. การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้ที่เปลี่ยนแปลง จะเปลี่ยนเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวคิด ความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง การบังคับนั้น อาจจะเป็นลักษณะของระเบียบ ข้อบังคับ หรือกฎหมาย หรืออาจจะเป็นการบังคับจากตัวบุคคลโดยตรงเนื่องจากตำแหน่งหน้าที่การทำงานที่สูงกว่า หรือมีบทบาทที่สามารถจะบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในตัวบุคคลได้

2. การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ การเลียนแบบเป็นภาวะการณที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลจากการที่เขาต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ความสัมพันธ์นี้อาจจะออกมา ในรูปการรับเอาบทบาททั้งหมดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมาเป็นของตน หรือแลกเปลี่ยนบทบาท ซึ่งกันและกัน บุคคลมักจะเชื่อในสิ่งที่เขารับมาปฏิบัติหรือเลียนแบบนั้น

จากการเลียนแบบนี้การปฏิบัติ เจตคติ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ จะเปลี่ยน ไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งมาเร้าให้เกิดการเลียนแบบนั้นว่าเป็นที่ดึงดูดความสนใจ และความ เชื่อถือได้มากน้อยแค่ไหน

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากเห็นความ สำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดเนื่องจากสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นตรงกับ ความต้องการภายในของบุคคลนั้น ตรงกับค่านิยม ความต้องการของเขา พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง โดยกระบวนการนี้จะสอดคล้องกับค่านิยมที่เขาถืออยู่เดิม การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้พบว่านอกจาก มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการปฏิบัติแล้ว ความรู้ และเจตคติ ของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ก็ จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย

การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเองและสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลงเอง

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนเรานี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นได้ ต้องอาศัยประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจได้จากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป
2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องใดอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร
3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้น หรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้กระทำหรือตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นพฤติกรรมของบุคคล หรือเป็นกิจกรรมในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ที่บุคคลแสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ หรือค่านิยม ความเชื่อต่าง ๆ และการปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคนี้เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เป็นโรค และเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ดังนี้ คือ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 164) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่สังเกตได้ ที่จะช่วยไม่ให้โรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นกับบุคคล ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติที่จะส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นต้น

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2541 : 130) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันโรคว่า หมายถึง กิจกรรมใดๆก็ตามที่แต่ละบุคคลได้กระทำโดยเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เขามีสุขภาพดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือคอยปกป้องคุ้มครอง มิให้เกิดอาการเจ็บป่วย

ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 11-12) คือ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การไปตรวจสุขภาพทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2.2 การป้องกันตามความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันโรคที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น การตรวจและถ่ายภาพรังสีปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกัน ที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ความรู้ (Knowledge)

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

กู๊ด (Good. 1973 : 325) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526 : 16) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น การได้ยิน การจำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริงทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น

ในทัศนะของบลูม (Bloom. 1975 : 65-167) ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ คือ

1. ความรู้ความจำ (Knowledge) หมายถึง การวัดความสามารถในการจำ หรือระลึกได้แต่ไม่ใช้การใช้ความเข้าใจไปตีความหมายในเรื่องนั้นๆ ซึ่งแบ่งเป็นลักษณะย่อยๆ คือ

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่องซึ่งเป็นข้อเท็จจริง
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และหลักการ

2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่างๆ ได้ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรม และนามธรรม พฤติกรรม ด้านนี้แยกออกได้เป็น

2.1 การแปลความ หมายถึง การแปลความหมายสิ่งที่สื่อความหมายได้ถูกต้อง หรือเรียกว่าจับใจความได้ถูกต้อง

2.2 การตีความ หมายถึง การเก็บใจความมาเรียบเรียงเสียใหม่ แต่ความหมายยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

2.3 การขยายความ หมายถึง การนำเอาข้อเท็จจริงในปัจจุบันไปทำนาย เหตุการณ์ในอนาคต หรือนำไปขยายให้กว้างหรือลึกลงไป

3. การนำไปใช้ (Application) หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือนำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราว ออกเป็นส่วนประกอบย่อย เพื่อความสัมพันธ์และหลักการ หรือทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจเรื่องราว ต่างๆ ได้ แบ่งออกเป็น

4.1 การวิเคราะห์ความสำคัญ หมายถึง การใช้ความคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ ส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ เพื่อหาคำตอบที่ถูกต้องที่สุด สมเหตุสมผลที่สุด

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ หมายถึง การใช้ความสามารถในการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของส่วนประกอบของสิ่งต่างๆ ตั้งแต่สองสิ่งขึ้นไป เพื่อใช้เป็นหลักในการ แก้ปัญหา

4.3 การวิเคราะห์หลักการเป็นความสามารถในการมองเห็นวิธีรวมองค์ประกอบ ต่างๆ ของสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราวหรือส่วนประกอบย่อยมารวมเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลงริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้น มีคุณค่าขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึกไปยังบุคคลอื่น

5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการเสนอแผนการทำงานของงานที่รับผิดชอบหรือที่คิดจะทำขึ้น

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการสร้างชุดของความสัมพันธ์ขึ้นเพื่ออธิบายข้อมูลหรือสิ่งต่างๆ

6. การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง การวินิจฉัย หรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินว่าอะไรดี ไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้ แบ่งเป็น

6.1 การประเมินค่าโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน

6.2 การประเมินค่าโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายนอก

การวัดความรู้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2527 : 21-25)

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ แบบทดสอบ (Test)

ความหมายและลักษณะของแบบทดสอบ

แบบทดสอบเป็นวิธีการเชิงระบบที่ใช้วัดตัวอย่างพฤติกรรมตามความคาดหวัง แบบทดสอบมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. แบบทดสอบเป็นวิธีเชิงระบบ (Systematic procedure) ซึ่งหมายความว่า แบบทดสอบนั้นจะต้องมีกฎเกณฑ์แน่นอนเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารจัดการและการให้คะแนน

2. แบบทดสอบเป็นการวัดพฤติกรรม ซึ่งจะวัดเฉพาะพฤติกรรมที่วัดได้เท่านั้น โดยผู้ตอบจะต้องสนองตอบต่อคำถามที่กำหนดให้ มิใช่เป็นการวัดโดยตรง

3. แบบทดสอบเป็นเพียงส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่ต้องการวัดทั้งหมด (Sample of all possible items) ตามความเป็นจริง ไม่มีแบบทดสอบชุดใดที่จะมีข้อคำถามวัดพฤติกรรมที่ต้องการได้ทั้งหมด ฉะนั้นจึงต้องตกลงว่า ข้อคำถามในแบบทดสอบนั้นเป็นตัวแทนของข้อคำถามทั้งหมดที่ใช้วัดพฤติกรรมนั้น และถ้าผู้ตอบ ตอบข้อคำถามใดคำถามหนึ่งถูกต้องให้คะแนนเท่ากัน

ประเภทของแบบทดสอบ

แบบทดสอบมีลักษณะต่างกันมากทั้งในด้านรูปแบบการนำไปใช้และจุดมุ่งหมายในการสร้าง ประเภทของแบบทดสอบจึงแบ่งได้แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้ คือ

1. แบ่งตามลักษณะทางจิตวิทยาที่ใช้วัด จะแบ่งได้เป็น 3 ประเภทได้แก่

1.1 แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความรู้ ความเข้าใจ ตามพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1.1 แบบทดสอบที่ครูสร้างเอง (Teacher-made test) เป็นแบบทดสอบที่สร้างกันโดยทั่วไป เมื่อต้องการใช้ก็สร้างขึ้น ใช้แล้วก็เลิกกัน ถ้าจะนำไปใช้อีกก็ต้องดัดแปลงปรับปรุงแก้ไข เพราะเป็นแบบทดสอบที่ยังขาดคุณภาพ

1.1.2 แบบทดสอบมาตรฐาน (Standardized test) เป็นแบบทดสอบที่ได้มีการพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติมาแล้วหลายครั้งหลายหน จนมีคุณสมบัติทั้งด้านความเที่ยงตรง ความยากง่าย อำนาจจำแนก ความเป็นปรนัย และมีเกณฑ์ปกติ(Norm) ให้เปรียบเทียบด้วย รวมความแล้วต้องมีมาตรฐาน ทั้งด้านการดำเนินการสอบ และการแปลผลคะแนนที่ได้

1.2 แบบทดสอบความถนัด (Aptitude test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดสมรรถภาพทางสมองของคนว่า มีความรู้ความสามารถมากน้อยเพียงใด และมีความสามารถทางด้านใดเป็นพิเศษ แบบทดสอบประเภทนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.2.1 แบบทดสอบความถนัดทางการเรียน (Scholastic aptitude test) เป็นแบบทดสอบความถนัดที่วัดความสามารถทางวิชาการว่ามีความถนัดในวิชาอะไร ซึ่งจะแสดงถึงความสามารถในการเรียนต่อวิชาแขนงนั้น และจะสามารถเรียนไปได้มากน้อยเพียงใด

1.2.2 แบบทดสอบความถนัดพิเศษ (Specific aptitude test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดความสามารถพิเศษของบุคคล เช่น ความถนัดทางดนตรี ทางการแพทย์ ทางวิศวกรรม ทางศิลปะ เป็นต้น ใช้สำหรับการแนะแนว การเลือกอาชีพ

1.3 แบบทดสอบบุคคล-สังคม (Personal-social test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดบุคลิกภาพและการปรับตัวเข้ากับสังคมของบุคคล

2. แบ่งตามรูปแบบของการถามตอบ จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความเรียง (Essay test) แบบนี้จะกำหนดคำถามให้ผู้ตอบจะต้องเรียบเรียงคำตอบเอง

2.2 แบบทดสอบตอบสั้นและเลือกตอบ(Short answer and multiple choice test) แบบนี้จะกำหนดคำถามให้และกำหนดให้ตอบสั้น ๆ หรือกำหนดคำตอบมาให้เลือก ผู้ตอบจะต้องเลือกตอบตามนั้น แบบทดสอบประเภทนี้ แบ่งเป็น 4 ชนิดคือ

2.2.1 แบบให้ตอบสั้น ๆ (Short answer item)

2.2.2 แบบถูกผิด (True-false item)

2.2.3 แบบจับคู่ (Matching item)

2.2.4 แบบเลือกตอบ (Multiple choice item)

3. ถ้าแบ่งตามลักษณะการตอบ จะแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

3.1 แบบทดสอบปฏิบัติ (Performance test) เป็นการทดสอบด้วยการให้ปฏิบัติลงมือทำจริง ๆ เช่น การแสดงละคร การช่างฝีมือ การพิมพ์ดีด เป็นต้น

3.2 แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper-pencil test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งให้กระดาษและดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบต้องเขียนตอบทั้งหมด

3.3 แบบทดสอบปากเปล่า (Oral test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักเป็นการพูดคุยกันระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสัมภาษณ์

4. ถ้าแบ่งตามเวลาที่กำหนดให้ตอบ จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

4.1 แบบทดสอบใช้ความเร็ว (Speed test) เป็นแบบทดสอบที่กำหนดเวลาให้จำกัด ต้องตอบภายในเวลานั้น มักจะมีจำนวนข้อคำถามมาก ๆ แต่ให้เวลาน้อย

4.2 แบบทดสอบให้เวลามาก (Power test) เป็นแบบทดสอบที่ไม่กำหนดเวลา ให้ตอบอย่างเต็มที่ ผู้ตอบจะใช้เวลาตอบเท่าใดก็ได้ เสร็จแล้วเป็นเลิกกัน

5. แบ่งตามลักษณะเกณฑ์ที่ใช้วัด จะแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

5.1 แบบทดสอบอิงเกณฑ์ (Criterion-referenced test) เป็นแบบทดสอบที่วัดตามจุดประสงค์ของการเรียนรู้ หรือตามเกณฑ์ภายนอก ซึ่งเป็นเนื้อหาของการวิชาการเป็นหลัก

5.2 แบบทดสอบอิงกลุ่ม (Norm-referenced test) เป็นแบบทดสอบที่เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่สอบด้วยกัน

เจตคติ (Attitude)

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคตินั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของเจตคติไว้ดังนี้

นิภา มนูญปัจจุ (2528 : 68) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ การให้คุณค่า ค่านิยม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจจน

เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ (2529 : 3) ได้ให้ความหมายของ เจตคติว่า หมายถึง ความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524 : 239-240) ได้ให้ความหมายเจตคติว่า หมายถึง ความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนีออกไป โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เจตคติทางบวก หรือเจตคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะเข้าหาสิ่งเร้า หรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความชอบหรือความพอใจ

2. เจตคติทางลบ หรือเจตคติที่ไม่ดี หมายถึง แนวโน้มที่อินทรีย์จะถอยหนีจากสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือความไม่พอใจ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นที่มีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

การเกิดเจตคติ มีขั้นตอนการเกิดดังนี้

1. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving of attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อสิ่งเร้า

3. การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบค่านิยมต่างๆ เข้าเป็นกลุ่ม

4. การแสดงตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) เป็นขั้นที่ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับค่านิยมจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คอยควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออก ในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแนวทางการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

คุณสมบัติของเจตคติ มี 3 ประการ คือ

1. มีความคงที่ (Consistency) คือ ไม่สามารถเปลี่ยนได้โดยง่าย

2. มีทิศทาง (Direction) ที่แน่นอน โดยมีการประเมินค่าการรับรู้ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำไปในด้านที่เป็นบวกหรือลบ ดีหรือเลว มีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น

3. ความเข้มข้น (Intensity) คือ เป็นไปในทางบวกหรือทางลบ มากหรือน้อย ตามค่านิยมและความสำคัญต่อสิ่งนั้น

กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอน ดังนี้ (พัชนี วรกวิน. 2526 : 70-72)

1. การเอาใจใส่ (Attention) เป็นความสนใจ ใส่ใจในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจกระบวนการขั้นตอนต่อไปก็อาจจะไม่เกิดขึ้น และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สิ่งซึ่งทำให้คนสนใจฟัง และเอาใจใส่ ได้แก่ ผู้ส่งความ และเนื้อหาสาระนั้นๆ

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของเนื้อหา นั้นๆ เนื้อหาที่ยากหรือง่ายเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจ และไม่เข้าใจ

3. การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลจากข้อ 1 และข้อ 2 หากบุคคลตั้งใจฟัง เกิดความเข้าใจก็จะทำให้เกิดการยอมรับตามมา

4. การเก็บเอาไว้ (Retention) เป็นความคงทน หรือความจำที่เก็บไว้ระยะหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปอาจเปลี่ยนไปหรือคงอยู่ เรื่องราวใดๆที่มีความสำคัญจะทำให้จำได้นาน หรือ การสื่อสารที่ดึงดูดความสนใจแก่ผู้รับ โดยการเสนอบ่อยๆ จะทำให้จำได้นาน

5. การกระทำ (Action) บุคคลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติดีก็จะเปลี่ยนการกระทำด้วย เพื่อแสดงถึงการมีเจตคตินั้นๆ

การวัดเจตคติ

การวัดเจตคติดีมีหลักที่สำคัญ คือ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2527 : 66)

1. เนื้อหา (Content) การวัดเจตคติต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้แสดงกิริยา ท่าทางออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไปได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการวัด

2. ทิศทาง (Direction) การวัดเจตคติโดยทั่วไปกำหนดให้เจตคติดีทิศทาง เป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกัน ในลักษณะเป็นซ้าย-ขวา หรือ บวก-ลบ กล่าวคือ เริ่มจาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง และลดความเห็นลงเรื่อยๆ จนถึงความรู้สึกเฉยๆ และลดต่อไปเป็นไม่เห็นด้วย จนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะของการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่เป็นแนวเส้นตรงเดียวกัน และต่อเนื่องกัน

การวัดเจตคติ วัดโดยวิธีการต่างๆดังนี้

1. สังเกตจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำได้ยาก ผลลัพธ์ที่ได้ ยังไม่อาจจะสรุปได้แน่นอนว่าเป็นเจตคติ เพียงแต่นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปอนุมานว่า บุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้นๆอย่างไร

2. วิธีการรายงานด้วยคำพูด โดยใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ เป็น วิธีการวัดความเชื่อแบบปรนัยแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ศึกษาเปรียบเทียบได้กับบุคคล จำนวนมากอีกด้วย

3. วิธีการแปลความ เป็นวิธีการวัดเจตคติแบบอัตนัย เหมาะสำหรับใช้วัดบุคคลจำนวนน้อย ซึ่งต้องอาศัยเวลามากในการวัด ผู้ถูกวัดจะแสดงความรู้สึกนึกคิดที่จะตอบคำถามได้อย่างไม่ถูกจำกัดในด้านเวลาและขอบเขตของเนื้อหา

การปฏิบัติ (Practice)

ได้มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติไว้ต่างๆ กันดังนี้

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 167) กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่แสดงออกทางร่างกาย เป็นความเข้าใจหรือท่าทีการแสดงออกว่าจะปฏิบัติในอนาคต

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 27) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติว่าเป็นการใช้ความสามารถที่จะแสดงออกทางร่างกายและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือบุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดว่าจะอาจปฏิบัติได้ในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ ทางด้านความรู้ และเจตคติเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกจะประเมินได้ง่ายกว่า แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งนักวิชาการเชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ

จากการให้ความหมายของการปฏิบัติดังที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่าการปฏิบัติในทางด้านสุขภาพนั้น ถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายหรือเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ห่างจากโรค และป้องกันมิให้เกิดโรค แต่การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงด้านความรู้จะขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพเป็นสำคัญด้วย ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทน และกระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน โดยในการเกิดการปฏิบัตินั้นสามารถแยกออกได้เป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวอย่างที่สนใจ

ขั้นที่ 2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

ขั้นที่ 3 การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

ขั้นที่ 4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำอย่างถูกต้อง เป็นเรื่องเป็นราวและต่อเนื่อง

ขั้นที่ 5 การกระทำตามธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ

การวัดการปฏิบัติ

การวัดผลการปฏิบัติมีดังนี้ คือ (วิรัตน์ ศรีนพคุณ. ม.ป.ป. : 39)

1. การสังเกต (Observation)
2. การจัดอันดับ (Ranking)
3. มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale)
4. แบบสำรวจพฤติกรรม (Check lists)
5. แบบบันทึกต่างๆ (Records)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

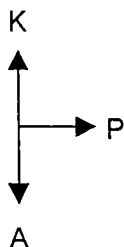
นักจิตวิทยาและนักพฤติกรรมส่วนมากมีความเชื่อว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 21) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และเจตคติ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติได้

นิภา มนูญปัจจุ (2528 : 20) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย ซึ่งได้สรุปความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้ (นิภา มนูญปัจจุ. 2528 : 68)

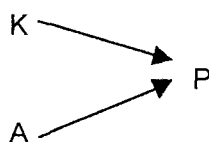
1. $K \longrightarrow A \longrightarrow P$

หมายถึง ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ

2. 

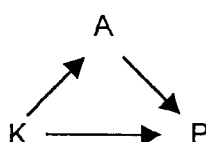
หมายถึง ความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3.



หมายถึง ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์

4.



หมายถึง ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันในหลายลักษณะ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

แอนเดอร์สัน และเฟลสัน (Anderson & Felson. 1988 : 179 -180) ได้ทำการศึกษาโดยการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา จำนวน 5,193 คน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการครั้งที่ 1 ในปี ค.ศ. 1971-1975 ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม 315 คน เพศชาย 105 คน เพศหญิง 210 คน อุบัติการณ์เกิดโรคในเพศชายและหญิงเท่ากัน คือร้อยละ 1.20 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี แต่สำหรับในกลุ่มอายุระหว่าง 45-54 ปี, 55-64 ปี และ 65-74 ปี พบผู้ป่วยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

เฟลสัน และคณะ (Felson, et al. 1987 : 917-918) ได้ทำการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ 1,424 คน โดยอาศัยผลทางรังสีเข้าประกอบในการวินิจฉัย ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิง (ร้อยละ 34.00) มากกว่าในเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 31.00) และผู้หญิงจะมีอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมเด่นชัดกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

เดวิส และคณะ (Davis, et al. 1988 : 1019) ได้ทำการศึกษาปัจจัยความอ้วนของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในหญิงและชาย ในสหรัฐอเมริกา ช่วงอายุ 45-74 ปี จำนวน 3,905 คน ได้ค้นหาดัชนีบ่งบอกถึงสถานะความอ้วน โดยใช้วิธีการวัดหลายรูปแบบ คือน้ำหนัก BMI ชั้นไขมันใต้ผิวหนังชั้นต้นแขน ชั้นไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกระดูกสะบัก และศึกษาการกระจายตัวของไขมันในร่างกายโดยการวัดรอบแขน ระยะห่างระหว่างสะโพก อัตราส่วนของไขมันใต้ผิวหนังชั้นต้นแขน ต่อชั้นไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกระดูกสะบัก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ผลการศึกษาพบว่า BMI เป็นตัวบ่งชี้ความอ้วนโดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ

ฟอร์แมน, มาลามेत และ คาแพลน (Forman, Malamet & Kaplan. 1983 : 282) ได้ทำการศึกษาอาการแสดงของคนเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ 682 คน ในเมืองนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบระหว่างชนผิวขาวกับชนผิวดำ ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในอุบัติการณ์เกิดโรค แต่พบว่าในหญิงผิวดำมีอาการแสดงของโรคเด่นชัด และรุนแรงมากกว่าหญิงผิวขาว ชายผิวขาว และชายผิวดำ

ดีบอราห์ และทิม (Deborah & Tim. 1993 : 93) ได้ทำการศึกษาการสูบบุหรี่และความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเสื่อมของหญิงในเมืองริงฟอร์ด ประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบว่าผลของการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเสื่อมในหญิงเพียงบางกลุ่ม แต่ไม่สามารถยืนยันได้กับกลุ่มหญิงโดยทั่วไป

อีบอง (Ebong. 1985 : 682) ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไนจีเรีย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ในหญิงที่มีอาชีพแม่บ้าน และในหญิงที่มีอาชีพขายของชำ พบว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 45 คน จากหญิงที่เป็นโรคทั้งหมด 54 คน

งานวิจัยในประเทศไทย

สุจิตรา ไชยพัฒนะพฤษ (2532 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรามารัตติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 150 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 150 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2532 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ขาโก่ง (ใช้การวัดระยะห่างระหว่างขอบในของข้อเข่า) ขาฉีก (ใช้การวัดระยะห่างระหว่างด้านในของตาคุ่ม) ประวัติการมีญาติพี่น้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เพศ อาชีพ และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า

ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534 : ง) ได้ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ โรคข้อเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก โรคกระดูกและข้อ และโรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเจตคติเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม การสนับสนุนทางครอบครัว และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรับรู้อำนาจภายในตน ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางครอบครัว เจตคติเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด สามารถร่วมกันพยากรณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมได้ร้อยละ 46.00

เกสร ลำภาทอง (2536 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุมีการรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษบา ฐ์ไพจิตร (2537 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเคหะชุมชนร่มเกล้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและในกลุ่มทดลองจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความรู้เรื่องโรคกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคะแนนการควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับคะแนนความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนการควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สิรินทร์ ศาสตราวุธ (2538 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน

155 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ระดับนัยสำคัญ .05 คือ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคและที่ระดับนัยสำคัญ .001 คือ ภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 และที่ระดับนัยสำคัญ .01 คือ ภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง และยังพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับการศึกษา โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมได้ร้อยละ 14.60

ปราณี กาญจนวรรณ (2539 : 88-89) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ได้มาตรวจรักษาครั้งแรกที่คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคข้อ ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ ห้องตรวจทางอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนธันวาคม 2539-มกราคม 2540 จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นเรื่องความรู้สึกว่าโรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตเกิดอันตราย ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย และความรู้สึกทุกข์ทรมานขณะเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของโรค และรายได้เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้

ปิยนันท์ มณีกุล (2540 : 87-96) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ศึกษาเฉพาะกรณีในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ที่มาใช้บริการในแผนกออร์โธปิดิกส์ และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมโดยพบเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าเพศชาย อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีอายุสูงกว่า 64 ปี และมีอายุระหว่าง 45-64 ปี มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี วิทยหมตประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าหญิงที่หมตประจำเดือนแล้วเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง กรรมพันธุ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคนี้ มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่มียาติ

พี่น้องป่วยเป็นโรคนี้ ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินมีโอกาเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่ามีโอกาเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติการบาดเจ็บที่ข้อเข่า บริโภคนิสัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีบริโภคนิสัยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง มีโอกาเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีบริโภคนิสัยอยู่ในระดับดี กิจกรรมในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพบว่าผู้ที่มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันในระดับต้องปรับปรุงและพอใจ มีโอกาเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

สุภาพ อารีเอื้อ (2540 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อโรงพยาบาลรามารับติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2539 จำนวน 140 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้หญิงสูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้หญิงสูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดความเครียดซึ่งความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้การเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้การเผชิญปัญหาทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียดร่วมกัน หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ความเครียดและการเผชิญปัญหาด้านการบรรเทา ความรู้สึกเครียดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 22.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ (2540 : ก-ข) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาควอดไตรเซ็ปส์ ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการบริหาร การรับรู้อุปสรรคของการบริหาร แรงจูงใจของการบริหาร และเวลาที่ใช้ในการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และพบว่าความรุนแรงของโรค แรงจูงใจของการบริหาร และพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าเสื่อมสามารถร่วมทำนายความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ร้อยละ 31.00 ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ

ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541 : 59-60) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรคกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิศจิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า จำนวน 100 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2541 ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี เป็นผลเนื่องมาจาก พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดี และอิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 12.15

ดารณี ทองสัมฤทธิ์ (2542 : ง) ได้ทำการศึกษาผลการจัดโปรแกรมกายบริหารแบบไทยต่อการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุอำเภอดุสิต จังหวัดราชบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมแบบปฐมภูมิ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลวัดเพลงจำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง และมีผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกาะศาลพระ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 36 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการจัดโปรแกรมกายบริหารแบบไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาสูงกว่า และมีการควบคุมภาวะข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ รวีวรกุล (2542 : ง) ได้ทำการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรกที่หอผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลเลิศจิน จำนวน 42 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ด้านความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางมีความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลางที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน และที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้บริหารที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าความรู้กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สาลี พิกุลทอง (2539 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัฒน์วรรณ กังแฮ (2540 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาชีพ รายได้ ของครอบครัว และระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน

นฤมล โควินท์ทวีวัฒน์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีอายุ และประสบการณ์การปฏิบัติงานต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนที่มีระดับการศึกษา และประสบการณ์การได้รับการอบรมต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สนอง เพชรคง (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเพศ รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้และเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน และพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิภาวัลย์ สุวรรณสุรังค์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุต่างกันมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่มีเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนที่มีการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพ รายได้ต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 และความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 550 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2543 จำนวน 226 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการใช้ตารางของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 303)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบ ทดสอบปรนัยให้เลือกตอบแบบถูก หรือผิด หรือไม่ทราบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมลักษณะ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกาย และการมีอิริยาบถในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. สร้างแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 41 ข้อ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 36 ข้อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จำนวน 35 ข้อ
3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้คณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน และถูกต้อง
4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดการให้คะแนนโดย ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน
2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดการให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก (Positive) กำหนดคะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1
ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ (Negative) กำหนดคะแนน ดังนี้	
ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

3. แบบสอบถามการปฏิบัติ กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก (Positive) กำหนดคะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ (Negative) กำหนดคะแนน ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	2

การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยกำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 13.35 - 20 (ร้อยละ 66.68 – 100) หมายถึง ความรู้ระดับดี

คะแนน 6.68 - 13.34 (ร้อยละ 33.34 – 66.67) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 0 - 6.67 (ร้อยละ 0 – 33.33) หมายถึง ความรู้ระดับควรปรับปรุง

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.00 หมายถึง เจตคติระดับดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง เจตคติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.66 หมายถึง เจตคติระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.34 – 2.00 หมายถึง การปฏิบัติระดับดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.67 – 1.33 หมายถึง การปฏิบัติระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 0.66 หมายถึง การปฏิบัติระดับควรปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบแก้ไข และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และการสร้างเครื่องมือในการวิจัย จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตร IC และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไปไว้เป็นแบบสอบถาม ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 41 ข้อ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 35 ข้อ และแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 34 ข้อ

2. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามตามข้อ 1 ที่ได้ตรวจสอบแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านการทดลองใช้แล้วนำมาตรวจให้คะแนนหาความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมด และหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิค 25% ของคะแนนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ เลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.28 – 0.93 และค่าอำนาจจำแนก 0.11 – 0.48 เป็นข้อคำถาม ได้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 ข้อ

2.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการของ t-test แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปเป็นข้อคำถามที่ใช้ได้ โดยข้อคำถามแบบสอบถามเจตคติที่มีค่าที่อยู่ระหว่าง 1.79 – 4.88 ได้แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามแบบสอบถามการปฏิบัติที่มีค่าที่อยู่ระหว่าง 1.82 – 6.12 ได้แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 22 ข้อ

2.3 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมใช้สูตร K.R.20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.66 ส่วนแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.63 และ 0.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2543
3. ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 226 ชุด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สมบูรณ์ นำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ตามตัวแปรอิสระ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
3. นำคะแนนจากแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม หาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามเพศ ประสพการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,19,20,21,22,23 และ 24

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) หรือการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17 และ 18

6. ในกรณีที่ผลการเปรียบเทียบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน คูลส์ (Newman Keuls method)

7. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25,26 และ 27

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2535 : 65)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 137)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคนของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 143)

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

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ
ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่ม
พฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละท่านพิจารณา
ความเห็นและให้คะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่ม
พฤติกรรมนั้น
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่ม
พฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่ม
พฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้แทนค่าโดยใช้สูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะ
พฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหา
ทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก

2.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์หาค่าความ
ยากง่ายโดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมด โดยใช้สูตร
(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$p = \frac{R}{N}$$

เมื่อ p แทน ค่าความยากง่าย

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้ตอบทั้งหมด

2.2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์หาค่าอำนาจ
จำแนกเป็นรายข้อใช้เทคนิค 25% ของคะแนนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ โดยใช้สูตร (พวงรัตน์
ทวีรัตน์. 2540 : 130)

$$r = \frac{R_u - R_e}{\frac{N}{2}}$$

เมื่อ r แทน ค่าอำนาจจำแนก

R_u แทน จำนวนผู้ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มสูง

R_e แทน จำนวนผู้ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มต่ำ

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.2.3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกด้วยการหาค่าอัตราส่วนวิกฤติ t เป็นรายข้อ ตามวิธี t -test โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 32)

$$t = \frac{\overline{X}_H - \overline{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาของการแจกแจงแบบที่
	$\overline{X}_H$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
	$\overline{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
	S_H^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง
	S_L^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
	n	แทน	จำนวนคนในแต่ละกลุ่มซึ่งเท่ากัน

2.3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

2.3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมใช้สูตร K.R. 20 ของ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123)

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

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ = $1 - p$
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126)

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

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อ
	S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,19,20,21,22,23 และ 24 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 166)

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

โดยมี

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F-test) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17 และ 18 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าการแจกแจงของ F
	MS_B	แทน	ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ในกรณีที่พบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน คูลส์ (Newman Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 252)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน	q – statistic ที่ได้จากตาราง
	MS_W	แทน	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$\tilde{n} = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ	K	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$n_1, n_2, \dots, n_k$	แทน	จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ k ตามลำดับ

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ค่าที (t-test) ระหว่างคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 25,26 และ 27 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 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	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
	N	แทน	จำนวนคน

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

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที (t-test)
	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t- Distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F- Distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
p	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยแสดงค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร

อิสระที่ศึกษา โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าสถิติเอฟ (F-test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า

ตัวแปร	n	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	36.73
หญิง	143	63.27
รวม	226	100.00
อายุ		
60 – 64ปี	122	53.98
65 – 69ปี	69	30.53
70ปีขึ้นไป	35	15.49
รวม	226	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	98	43.36
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	47	20.80
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	37	16.37
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	44	19.47
รวม	226	100.00
อาชีพ		
รับจ้าง	20	8.85
ค้าขายหรือธุรกิจ	45	19.91
เกษตรกรรม	15	6.64
ข้าราชการบำนาญ บำนาญ	68	30.09
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	78	34.51
รวม	226	100.00
รายได้		
น้อยกว่า 5,000บาท	81	35.84
5,000 – 9,999บาท	61	26.99
10,000 – 14,999บาท	45	19.91
15,000บาทขึ้นไป	39	17.26
รวม	226	100.00
ดัชนีมวลกาย		
มากกว่าปกติ	81	35.84
ปกติ	130	57.52
น้อยกว่าปกติ	15	6.64
รวม	226	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
ประสบการณ์การมีญาติพี่น้อง		
ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		
เคยมีประสบการณ์	70	30.97
ไม่เคยมีประสบการณ์	156	69.03
รวม	226	100.00
ประวัติการปวดเข่า		
เคยมีประวัติ	30	13.27
ไม่เคยมีประวัติ	196	86.73
รวม	226	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.27 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 36.73

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 64 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.98 รองลงมาคืออายุ 65 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.53 และที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.49

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.36 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 20.80 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 19.47 และระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 16.37

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.51 รองลงมาคืออาชีพข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 30.09 อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 19.91 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 8.85 และอาชีพเกษตรกรรมมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.64

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.84 รองลงมาคือรายได้ 5,000 – 9,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.99 รายได้ 10,000 – 14,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.91 และรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.26

ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายปกติ มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.52 รองลงมาคือดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 35.84 และดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.64

ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 69.03 และที่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 30.97

ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการปวดเข่า คิดเป็นร้อยละ 86.73 และที่เคยมีประวัติการปวดเข่า คิดเป็นร้อยละ 13.27

ตอนที่2 การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรม	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรู้	20.00	11.22	3.55	ปานกลาง
เจตคติ	3.00	2.61	0.24	ดี
การปฏิบัติ	2.00	1.11	0.23	ปานกลาง

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.22$, $SD = 3.55$) มีคะแนนเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 0.24$) และมีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.11$, $SD = 0.23$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็น โรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า ดังปรากฏตามตาราง 5 – 24

ตาราง 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ

พฤติกรรม	เพศ	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ความรู้						
	ชาย	83	10.88	3.54	-1.10	.272
	หญิง	143	11.42	3.56		
เจตคติ						
	ชาย	83	2.59	0.24	-0.98	.326
	หญิง	143	2.62	0.24		
การปฏิบัติ						
	ชาย	83	1.06	0.21	-2.52*	.012
	หญิง	143	1.13	0.24		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่า เสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 โดย ผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุชาย

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

อายุ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
60 – 64 ปี	122	11.38	3.86	2.62	0.25	1.08	0.23
65 – 69 ปี	69	11.13	3.02	2.60	0.23	1.16	0.22
70 ปีขึ้นไป	35	10.86	3.48	2.58	0.23	1.09	0.24
รวม	226	11.22	3.55	2.61	0.24	1.11	0.23

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุดเท่ากับ 11.38 (SD = 3.86) รองลงมาคืออายุ 65 – 69 ปี เท่ากับ 11.13 (SD = 3.02) และน้อยที่สุดคืออายุ 70 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.86 (SD = 3.48)

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุดเท่ากับ 2.62 (SD = 0.25) รองลงมาคืออายุ 65 – 69 ปี เท่ากับ 2.60 (SD = 0.23) และน้อยที่สุดคืออายุ 70 ปีขึ้นไป เท่ากับ 2.58 (SD = 0.23)

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 – 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุดเท่ากับ 1.16 (SD = 0.22) รองลงมาคืออายุ 70 ปีขึ้นไป เท่ากับ 1.09 (SD = 0.24) และน้อยที่สุดคืออายุ 60 – 64 ปี เท่ากับ 1.08 (SD = 0.23)

จากข้อมูลตามตาราง 6 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	8.17	4.09	0.32	.726
	ภายในกลุ่ม	223	2834.77	12.71		
	รวม	225	2842.94			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.04	0.02	0.33	.720
	ภายในกลุ่ม	223	13.04	0.06		
	รวม	225	13.08			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.31	0.16	3.01	.051
	ภายในกลุ่ม	223	11.55	0.05		
	รวม	225	11.86			

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 , 5 และ 6 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ประถมศึกษา	98	10.36	3.04	2.53	0.24	1.10	0.22
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	47	10.85	3.11	2.64	0.22	1.11	0.22
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	37	12.24	4.04	2.67	0.24	1.07	0.28
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	44	12.68	4.03	2.70	0.22	1.14	0.21
รวม	226	11.22	3.55	2.61	0.24	1.11	0.23

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงสุด เท่ากับ 12.68 (SD = 4.03) รองลงมาคือระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า เท่ากับ 12.24 (SD = 4.04) ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เท่ากับ 10.85 (SD = 3.11) และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 10.36 (SD = 3.04)

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงสุด เท่ากับ 2.70 (SD = 0.22) รองลงมาคือระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า เท่ากับ 2.67 (SD = 0.24) ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เท่ากับ 2.64 (SD = 0.22) และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.53 (SD = 0.24)

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงสุด เท่ากับ 1.14 (SD = 0.21) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เท่ากับ 1.11 (SD = 0.22) ระดับประถมศึกษา เท่ากับ 1.10 (SD = 0.22) และระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 1.07 (SD = 0.28)

จากข้อมูลตามตาราง 8 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้าน
ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	212.12	70.71	5.97*	.001
	ภายในกลุ่ม	222	2630.81	11.85		
	รวม	225	2842.94			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.19	0.40	7.42*	.000
	ภายในกลุ่ม	222	11.89	0.05		
	รวม	225	13.08			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.10	0.03	0.64	.588
	ภายในกลุ่ม	222	11.76	0.05		
	รวม	225	11.86			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และ 8 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 10 และ 11

ตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	10.36	10.85	12.24	12.68
ประถมศึกษา	10.36	-	0.49	1.88*	2.32*
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	10.85		-	1.39	1.83*
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	12.24			-	0.44
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12.68				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี หรือสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน
เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	2.53	2.64	2.67	2.70
ประถมศึกษา	2.53	-	0.11*	0.14*	0.17*
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	2.64		-	0.03	0.06
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2.67			-	0.03
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.70				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับ
โรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
รับจ้าง	20	9.70	3.87	2.55	0.28	1.02	0.20
ค้าขายหรือธุรกิจ	45	10.40	2.88	2.59	0.25	1.10	0.22
เกษตรกรรม	15	10.00	1.93	2.37	0.24	0.99	0.20
ข้าราชการบำนาญ	68	12.56	3.89	2.71	0.22	1.08	0.24
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	78	11.15	3.43	2.59	0.20	1.17	0.22
รวม	226	11.22	3.55	2.61	0.24	1.11	0.23

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงสุด เท่ากับ 12.56 (SD = 3.89) รองลงมาคือที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เท่ากับ 11.15 (SD = 3.43) อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เท่ากับ 10.40 (SD = 2.88) อาชีพเกษตรกรรม เท่ากับ 10.00 (SD = 1.93) และอาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 9.70 (SD = 3.87)

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงสุด เท่ากับ 2.71 (SD = 0.22) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย หรือธุรกิจ เท่ากับ 2.59 (SD = 0.25) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันกับ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบ อาชีพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (SD = 0.20) อาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.55 (SD = 0.28) และอาชีพเกษตรกรรม มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.37 (SD = 0.24)

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงสุดเท่ากับ 1.17 (SD = 0.22) รองลงมาคืออาชีพค้าขายหรือธุรกิจ เท่ากับ 1.10 (SD = 0.22) อาชีพข้าราชการบำนาญเท่ากับ 1.08 (SD = 0.24) อาชีพรับจ้าง เท่ากับ 1.02 (SD = 0.20) และอาชีพเกษตรกรรมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 0.99 (SD = 0.20)

จากข้อมูลตามตาราง 12 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	221.02	55.25	4.66*	.001
	ภายในกลุ่ม	221	2621.92	11.86		
	รวม	225	2842.94			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.59	0.40	7.64*	.000
	ภายในกลุ่ม	221	11.49	0.05		
	รวม	225	13.08			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.76	0.19	3.78*	.005
	ภายในกลุ่ม	221	11.10	0.05		
	รวม	225	11.86			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 , 11 และ 12 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 14 , 15 และ 16

ตาราง 14 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน
ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัด
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย หรือธุรกิจ	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	ข้าราชการ บำเหน็จบำนาญ
	$\bar{X}$	9.70	10.00	10.40	11.15	12.56
รับจ้าง	9.70	-	0.30	0.70	1.45	2.86*
เกษตรกร	10.00		-	0.40	1.15	2.56*
ค้าขายหรือธุรกิจ	10.40			-	0.75	2.16*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11.15				-	1.41*
ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ	12.56					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำเหน็จ บำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกร ค้าขาย หรือธุรกิจ และที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน
เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		เกษตรกร	รับจ้าง	ค้าขาย หรือธุรกิจ	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	ข้าราชการ บำเหน็จบำนาญ
	$\bar{X}$	2.37	2.55	2.59	2.59	2.71
เกษตรกร	2.37	-	0.18*	0.22*	0.22*	0.34*
รับจ้าง	2.55		-	0.04	0.04	0.16*
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.59			-	0.00	0.12*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.59				-	0.12*
ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ	2.71					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำเหน็จบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		เกษตรกร	รับจ้าง	ข้าราชการ บำเหน็จบำนาญ	ค้าขาย หรือธุรกิจ	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ
	$\bar{X}$	0.99	1.02	1.08	1.10	1.17
เกษตรกร	0.99	-	0.03	0.09	0.11	0.18*
รับจ้าง	1.02		-	0.06	0.08	0.15*
ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ	1.08			-	0.02	0.09*
ค้าขายหรือธุรกิจ	1.10				-	0.07
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.17					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และข้าราชการบำเหน็จ บำนาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าจะไม่แตกต่างกัน

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

รายได้	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
น้อยกว่า5,000บาท	81	10.63	3.31	2.54	0.24	1.10	0.22
5,000-9,999บาท	61	10.59	3.49	2.58	0.22	1.12	0.23
10,000-14,999บาท	45	12.42	3.33	2.69	0.23	1.13	0.23
15,000บาทขึ้นไป	39	12.05	3.99	2.70	0.24	1.08	0.25
รวม	226	11.22	3.55	2.61	0.24	1.11	0.23

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,000 – 14,999บาท มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุด เท่ากับ 12.42 (SD = 3.33) รองลงมาคือรายได้ 15,000บาทขึ้นไป เท่ากับ 12.05 (SD = 3.99) รายได้น้อยกว่า 5,000บาท เท่ากับ 10.63 (SD = 3.31) และรายได้ 5,000 – 9,999บาท มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 10.59 (SD = 3.49)

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,000บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุด เท่ากับ 2.70 (SD = 0.24) รองลงมาคือรายได้ 10,000 – 14,999บาท เท่ากับ 2.69 (SD = 0.23) รายได้ 5,000 – 9,999บาท เท่ากับ 2.58 (SD = 0.22) และรายได้น้อยกว่า 5,000บาท มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.54 (SD = 0.24)

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,000 – 14,999บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุดเท่ากับ 1.13 (SD = 0.23) รองลงมาคือรายได้ 5,000 – 9,999บาท เท่ากับ 1.12 (SD = 0.23) รายได้น้อยกว่า 5,000บาท เท่ากับ 1.10 (SD = 0.22) และรายได้ 15,000บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 1.08 (SD = 0.25)

จากข้อมูลตามตาราง 17 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	144.42	48.14	3.96*	.009
	ภายในกลุ่ม	222	2698.52	12.16		
	รวม	225	2842.94			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	1.02	0.34	6.28*	.000
	ภายในกลุ่ม	222	12.06	0.05		
	รวม	225	13.08			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.06	0.02	0.38	.766
	ภายในกลุ่ม	222	11.80	0.05		
	รวม	225	11.86			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 และ 14 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 19 และ 20

ตาราง 19 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

รายได้		5,000- 9,999บาท	น้อยกว่า 5,000บาท	15,000 บาทขึ้นไป	10,000- 14,999บาท
	$\bar{X}$	10.59	10.63	12.05	12.42
5,000 – 9,999บาท	10.59	-	0.04	1.46	1.83*
น้อยกว่า 5,000บาท	10.63		-	1.42*	1.79*
15,000บาทขึ้นไป	12.05			-	0.37
10,000 – 14,999บาท	12.42				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,000 – 14,999บาท มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,000 – 9,999บาท และน้อยกว่า 5,000บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,000บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน
เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัด
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

รายได้		น้อยกว่า 5,000บาท	5,000- 9,999บาท	10,000- 14,999บาท	15,000 บาทขึ้นไป
	$\bar{X}$	2.54	2.58	2.69	2.70
น้อยกว่า 5,000บาท	2.54	-	0.04	0.15*	0.16*
5,000 – 9,999บาท	2.58		-	0.11*	0.12*
10,000 – 14,999บาท	2.69			-	0.01
15,000บาทขึ้นไป	2.70				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,000 – 14,999 บาท มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และ 5,000 – 9,999 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และ 5,000 - 9,999 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆพบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย	n	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
มากกว่าปกติ	81	11.09	3.38	2.60	0.24	1.11	0.24
ปกติ	130	11.10	3.55	2.62	0.24	1.11	0.22
น้อยกว่าปกติ	15	13.00	4.19	2.55	0.31	1.02	0.21
รวม	226	11.22	3.55	2.61	0.24	1.11	0.23

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุด เท่ากับ 13.00 (SD = 4.19) รองลงมาคือดัชนีมวลกายปกติ เท่ากับ 11.10 (SD = 3.55) และดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 11.09 (SD = 3.38)

ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับ โรคข้อเข่าเสื่อมสูงที่สุด เท่ากับ 2.62 (SD = 0.24) รองลงมาคือดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ เท่ากับ 2.60 (SD = 0.24) และดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.55 (SD = 0.31)

ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เท่ากับ 1.11 (SD = 0.22) ซึ่งเท่ากันกับผู้สูงอายุที่มีดัชนี มวลกายมากกว่าปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.11 (SD = 0.24) และผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย น้อยกว่าปกติ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.02 (SD = 0.21)

จากข้อมูลตามตาราง 21 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามดัชนีมวลกาย

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	50.84	25.42	2.03	.134
	ภายในกลุ่ม	223	2792.10	12.52		
	รวม	225	2842.94			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.08	0.04	0.71	.491
	ภายในกลุ่ม	223	13.00	0.06		
	รวม	225	13.08			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.13	0.07	1.28	.280
	ภายในกลุ่ม	223	11.73	0.05		
	รวม	225	11.86			

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 , 17 และ 18 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

ตาราง 23 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ
เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม
ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

พฤติกรรม ประสบการณ์การมีญาติ พี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ความรู้					
เคยมีประสบการณ์	70	12.33	3.53	-3.18*	.002
ไม่เคยมีประสบการณ์	156	10.72	3.46		
เจตคติ					
เคยมีประสบการณ์	70	2.65	0.27	-1.76	.082
ไม่เคยมีประสบการณ์	156	2.59	0.23		
การปฏิบัติ					
เคยมีประสบการณ์	70	1.11	0.27	-0.19	.848
ไม่เคยมีประสบการณ์	156	1.10	0.21		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่า
เสื่อมต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 และ 21 ที่ว่า
ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับ
โรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรม
สุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้อง
ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมกับที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 โดยผู้สูงอายุ
ที่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้
เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อ
เข่าเสื่อม

ตาราง 24 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ
เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม
ประวัติการปวดเข่า

พฤติกรรม ประวัติการปวดเข่า	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ความรู้					
เคยมีประวัติการปวดเข่า	30	11.43	3.23	-0.38	.706
ไม่เคยมีประวัติการปวดเข่า	196	11.19	3.61		
เจตคติ					
เคยมีประวัติการปวดเข่า	30	2.66	0.19	-1.43	.159
ไม่เคยมีประวัติการปวดเข่า	196	2.60	0.25		
การปฏิบัติ					
เคยมีประวัติการปวดเข่า	30	1.14	0.25	-0.76	.451
ไม่เคยมีประวัติการปวดเข่า	196	1.10	0.23		

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างก็มีพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 , 23 และ 24 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการ
ปวดเข่าต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	-	0.46*	0.17*
เจตคติ		-	0.20*
การปฏิบัติ			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25 , 26 และ 27

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า

3. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

11. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
13. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
14. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
15. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
16. ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
17. ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
18. ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
19. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
20. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
21. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
22. ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
23. ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
24. ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
25. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
26. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม
27. เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2543 จำนวน 226 คน ซึ่งได้มาโดยการ

เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติ พี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 22 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) วิเคราะห์ตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. หาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของตัวแปร 2 กลุ่มโดยการทดสอบค่าที (t-test) ส่วนตัวแปรที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test) หรือวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls' method)
5. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ มีจำนวน 226 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.27 เป็นผู้มีอายุ 60 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.98 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.36 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 34.51 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.84 เป็นผู้มีดัชนีมวลกายปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.52 ไม่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 69.03 และไม่เคยมีประวัติการปวดเข่า คิดเป็นร้อยละ 86.73

2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า

3.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

3.4 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

3.6 ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

3.7 ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

3.8 ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

4. พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์ (2541 : 168) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี พิกุลทอง (2539 : 148) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า ผู้สูงอายวยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับที่ดีพอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะได้รับการเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในเรื่องนี้ไม่มากนัก ขาดสื่อความรู้ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ เอกสาร แผ่นพับ ฯลฯ ที่จะให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนขาดทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะเผยแพร่ความรู้ทางด้านนี้ให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุในชมรมส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีส่วนน้อยที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือปริญญาตรี จึงทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งผู้สูงอายุอาจเห็นว่าความรุนแรงของโรคไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับโรคไม่ติดต่อชนิดอื่นๆ จึงให้ความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนอง เพชรคง (2541 : 93) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับดี

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อการป้องกันโรค ให้คุณค่าและยอมรับว่าการป้องกันโรคเป็นสิ่งที่ควรกระทำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ ซึ่งในคนทั่วไป เจตคติเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ ถ้ามีเจตคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้น เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ถ้าการเรียนรู้ประสบการณ์เปลี่ยนไป (สมบุญ บุญเกียรติ. 2539 : 90)

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 144) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขข้อในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขข้อในเลือดสูงอยู่ในเกณฑ์พอใช้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์ (2541 : 168) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า ผู้สูงอายุยังไม่มีการปฏิบัติตนในด้านการควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกาย และการมีอิริยาบถในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมในระดับที่ดีพอ ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการเกิดพฤติกรรมปฏิบัติต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 27) การปฏิบัติในทางด้านสุขภาพนั้นถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี หายจากโรคและป้องกันมิให้เกิดโรค แต่การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพเป็นสำคัญ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนด้วย

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการปวดเข่า

2.1 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี พิกุลทอง (2539 : 149) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 147) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขข้อในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ผู้บริหารโรงเรียนที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องภาวะไขข้อใน

เลือดสูงแตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า เพศไม่ใช่อปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความรู้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุแห่งเดียวกัน จึงมีโอกาสเท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีการรับรู้ไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.2 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมวรรณ อยู่ข้า (2536 : 125) ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษา ในส่วนกลาง พบว่า บุคลากรชาย และหญิง มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 94) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพศชาย กับเพศหญิง มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่อาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับอิทธิพลของการเผยแพร่ความรู้ มีการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค การป้องกันโรคที่มีความใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีภูมิสำเนาอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีเจตคติไปในทิศทางเดียวกัน จากเหตุผลที่กล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.3 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีการปฏิบัติดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 112) ที่ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรีที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน โดยประชาชนเพศหญิงมีการปฏิบัติตนดีกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรกร อ่วมบำรุง (2534 : 84) ที่ศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิงมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลโดยตรงกับการปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายและเพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน ทั้งการปลูกฝังในด้านการประพฤติปฏิบัติตน ซึ่งโดยทั่วไประบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล เพศหญิงจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (โสภภาพรรณ วิมลรัตน์. 2537 : 260)

จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

2.4 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 , 5 และ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2533 : 41) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า อายุไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนวิวรรณ กังแฮ (2540 : 102) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน และการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลโดยตรงต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุ อาจเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจากสื่อต่างๆทั้งทางตรงและทางอ้อมที่คล้ายคลึงกัน ก่อให้เกิดการมีความรู้ในระดับเดียวกัน ซึ่งจะไม่มีผลต่อเจตคติ การสร้างค่านิยม ความเชื่อด้วย และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความตระหนัก และให้คุณค่ากับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติด้วย เพราะการมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดแล้วก็จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆด้วย จึงไม่พบความแตกต่างกันของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ จากเหตุผลที่กล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.5 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความรู้และเจตคติดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และ 8 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์ (2541 : 170) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 129) ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนวิวรรณ กังแฮ (2540 : 114)

ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน และการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของ ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวัลย์ วงศ์บา (2541 : 95) ที่ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนของผู้ฝึกทหารในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ฝึกทหารที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน มีผู้ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลทางตรงมากที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Muhlenkamp & Breman. 1988 : 643) ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงย่อมมีโอกาสศึกษาหาความรู้ ประสบการณ์ มีแนวความคิดในด้านการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่า จึงก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้มีเจตคติที่กว้างขวางในเรื่องต่างๆ จากเหตุผลดังที่กล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

2.6 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 93) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒน์วรรณ กังแฮ (2540 : 115) พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 79) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 84) ที่ศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน และการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอาด (2535 : 161) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน แต่ยังไม่สามารถนำเอาความรู้ไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องตามความรู้ได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการเกิด

พฤติกรรมการปฏิบัติต้องอาศัยระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 27) รวมทั้งผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย คือสุขภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมทำให้ขัดขวางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้อง จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.7 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10, 11 และ 12 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญบำนาญ มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม ค้าขายหรือธุรกิจ และที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนการปฏิบัติพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และ ข้าราชการบำนาญบำนาญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสาวรส (2538 : 121) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า สตรีที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงษ์ (2543 : 105) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอาด (2535 : 163) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ มีผู้ศึกษาพบว่า อาชีพของการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหา และอาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Jalowice & Power. 1981 : 10-15) ในการประกอบอาชีพนั้นต้องอาศัยความรู้เป็นสำคัญ ผู้ที่มีความรู้ย่อมมีโอกาสได้ทำงานในตำแหน่งหน้าที่ที่ดี ซึ่งอาชีพที่รับเงินเดือนย่อมมีความรู้ดีกว่ากลุ่มอาชีพใช้แรงงาน ดังนั้นโอกาสในการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง โอกาสที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้รู้จึงมีมากกว่า ทำให้มีการพัฒนาทางด้านความรู้ ความเข้าใจที่ดีกว่านำไปสู่การมีเจตคติที่ดีด้วย ส่วนในด้านการปฏิบัติพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการปฏิบัติดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ มีความรู้และสนใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งมีเวลาในการศึกษาหาความรู้ทำให้รู้จักวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จึงพบผลการศึกษาดังกล่าว จากเหตุผลที่

กล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

2.8 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 และ 14 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒน์วรรณ กังแฮ (2540 : 112) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน และการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์ (2541 : 173) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญารัตน์ (2542 : 95) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีความรู้ และเจตคติต่อโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจของบุคคล มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยด้วย ในกลุ่มบุคคลที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์. 2528 : 53-57) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีพื้นฐานทางการศึกษาเกี่ยวข้องกับเรื่องโรค การป้องกันโรคที่ดี ได้รับการพัฒนาความรู้ เกิดเจตคติในการป้องกันโรคที่ดีกว่า จากเหตุผลดังที่กล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

2.9 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับสปีด , โควาร์ท และ เพลเลท (Speak , Cowart & Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 85) ที่ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 89) ที่ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถศรีไทรลั่น (2541 : 80) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536 : 112) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วอล์กเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker and other. 1988 : 76-90) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 113) ที่ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน ไม่ว่าจะมียาได้สูงหรือรายได้ต่ำอาจได้มีการเตรียมตนเอง เอาใจใส่ในสุขภาพ เนื่องจากได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมต่างๆของชมรมผู้สูงอายุ ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมีสภาวะทางสุขภาพที่เสื่อมโทรมโดยธรรมชาติอยู่แล้วย่อมจะมีความระมัดระวังที่จะปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย จากเหตุผลดังที่กล่าวมาจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.10 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 , 17 และ 18 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ มั่นสนันท์ พรเจริญโรจน์ (2543 : 110) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครูสุศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า ครูสุศึกษาที่มีระดับดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 118) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เจตมงคลวงศ์ (2543 : 68) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน และ

ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เลียวโอ , ฮันเตอร์ และเวียนแมน (Liao , Hunter & Weinman, 1995 : 171-184) ที่พบว่าสตรีวัยกลางคนที่มือน้ำหนักตัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า ดัชนีมวลกายเป็นสิ่งบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการของบุคคลหรือประเมินน้ำหนักตัวของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด การที่บุคคลมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกตินั้น บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นอยู่ในภาวะอ้วนหรือผอม ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้ และบุคคลที่อยู่ในภาวะอ้วนนั้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย ซึ่งน่าจะส่งผลไปถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชมรมเดียวกัน ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งข้อมูลเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะคล้ายคลึงกัน จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.11 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีความรู้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 96) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดี อาจเนื่องมาจากได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากผู้ป่วย หรือได้รับคำแนะนำ ได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาลในการพาผู้ป่วยไปตรวจรักษา มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีแรงจูงใจในด้านสุขภาพอนามัย จากเหตุผลดังกล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

2.12 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 และ 21 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน จะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ อมรชีวิน (2541 :

106) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลพบุรี พบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีประสบการณ์มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 96) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 144) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์การมีบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาค้นคว้าอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุที่เคย และไม่เคยมีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกันนั้น อาจเป็นเพราะการเรียนรู้จากประสบการณ์การมีญาติพี่น้องเจ็บป่วยเป็นโรคเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534 : 168) ได้กล่าวว่า เมื่อได้ให้ความรู้หรือแจ้งใจผู้ป่วยแล้ว การที่ผู้ป่วยจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นก็ถูกทิ้งไว้ให้เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยฝ่ายเดียว การขาดการสนับสนุนทั้งในด้านความรู้และทักษะ อาจจะไม่นำไปสู่การปฏิบัติก็ได้ ดังนั้นการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นต้องอาศัยปัจจัยต่างๆหลายประการ รวมทั้งยังมีปัญหาและอุปสรรคที่มาขัดขวางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เช่น ความทั่วถึงของบริการทางสุขภาพ การสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุนของครอบครัว ความแตกต่างระหว่างบุคคล เป็นต้น จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

2.13 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 , 23 และ 24 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร สำเภาทอง (2536 : 120) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี พบว่า ประวัติการปวดเข่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และความคาดหวังในประสิทธิผลของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ให้

ความสนใจต่อภาวะสุขภาพอยู่แล้วโดยการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จากเหตุผลที่กล่าวมาทำให้ผู้สูงอายุที่มีประวัติการปวดเข่าต่างกันมีความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

3.1 ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 102) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิวัลย์ วงศ์บา (2541 : 97) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนของผู้ฝึกทหารในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้กับเจตคติต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนของผู้ฝึกทหารไม่มีความสัมพันธ์กัน จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ (นิภา มนูญิจู. 2528 : 20) และตามที่ สุขชาติ โสมประยูร (2525 : 28) ได้กล่าวไว้ว่า การสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างหนึ่ง จะเป็นช่องทางสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่นด้วยเสมอ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

3.2 ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 26 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ธรรมเจริญ (2539 : 151) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 137) ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ขออธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่

มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วย ซึ่ง สวาร์ท (Schwart. 1975 : 28-31) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้จะเป็นส่วนประกอบที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติได้ และผลการศึกษครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ นิภา มนูญปิจุ (2528 : 48) ที่ได้สรุปความสัมพันธ์ของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 ลักษณะ ซึ่งในลักษณะที่ 4 ได้อธิบายว่าความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

3.3 ผลการศึกษา พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 27 ที่ว่าเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ สอนง เพชรคง (2541 : 99) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช ปัญญาธิระ (2542 : 103) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า เจตคติกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ตามทฤษฎีทางเจตคติ ซึ่ง สแตงค์ และ ไรท์แมน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534 : 95 ; อ้างอิงจาก Stang & Wrightsman. 1981. *Dictionary of Social Behavior and Social Research Method.*) ได้กล่าวว่า เจตคติสามารถเรียนรู้ได้ ดังนั้นจึงสามารถเปลี่ยนได้ ขณะเดียวกันก็สามารถคงอยู่ภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เจตคติเป็นสิ่งที่ไปกระตุ้นพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งสืบเนื่องมาจากเจตคติ และพฤติกรรมนั้นๆจะสอดคล้องกับเจตคติด้วย ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาจึงทำให้เจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า การตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 63 ข้อ ผู้สูงอายุใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ทำให้ผู้สูงอายุบางคนเกิดความเบื่อหน่าย และไม่มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีผลต่อคำตอบในการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุควรคำนึงในเรื่องจำนวนข้อของแบบสอบถาม ให้มีความพอเหมาะกับความสามารถของผู้สูงอายุด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแทนการใช้แบบสอบถาม

2. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลชมรมผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีโปรแกรมการสอนสุขศึกษาในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดีขึ้น

3. ควรจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในด้านสุขภาพอนามัยที่ครอบคลุม เช่น การให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ การตรวจสุขภาพร่างกาย การรักษาที่ทันท่วงที ซึ่งบริการเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อหารูปแบบของกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ เช่น ใช้วิธีทดลอง ซึ่งอาจทำให้มองเห็นวิธีการที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบให้เกิดประโยชน์ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อต่างๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ค่านิยมในการออกกำลังกาย วัฒนธรรม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. (2524). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : มหามงกุฎราชวิทยาลัย.
- กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- กรุงเทพมหานคร. (2542). จากเทศบาลสู่กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- กองสุขศึกษา. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษร ลำเภาทอง. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญตา ตรัสกุลวัฒนา. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ.2538. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ. (2539). พฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จารุณี นันทวโนทยาน. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจริญ โชติกวณิช. (2526). โรคข้อเสื่อม. กรุงเทพฯ : ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- เจริญ โชติกวณิช และคณะ. (2540). "การวิจัยระบบกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อหรือทางออโรโธปีดิคส์," ใน แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. บรรณาธิการโดย ญัฐ งามประวดี และคณะ. หน้า170-174. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

- ฐศิริ วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตการพิมพ์.
- จิตเวชย์ ตุมราศวิน. (2538). "โรคข้อเสื่อม," ใน ตำราโรคข้อ. บรรณาธิการโดย สุรุฉนิ ปรีชานนท์. หน้า360-374. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ณัฐกร อ่วมบำรุง. (2534). การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐนาฏ ไชยศิริ. (2534). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ดารณี ทองสัมฤทธิ์. (2542). ผลการจัดโปรแกรมกายบริหารแบบไทยต่อการควบคุมภาวะ ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ อำเภอดัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดุชนี สุทธปรียาศรี, เพียรวิทย์ ดันติแพทยางกูร และ บุญช่วย ดุลยศักดิ์. (2527). "ภาวะ โภชนาการปกติ ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะโภชนาการด้อย," ใน เอกสารการ สอนชุดวิชาโภชนศาสตร์สาธารณสุข หน่วยที่1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า459-553. กรุงเทพฯ : นวกก.
- ถนอมวรรณ อยู่ขำ. (2536). พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัด กรมพลศึกษาในส่วนกลาง. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ รวีวรกุล. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัว ความไม่สบายจากโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. (2535). แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนก ตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ : ไทย วัฒนาพานิช.

- ธนวรรณ อิมสมบุญ. (2528, มกราคม-เมษายน). "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน
กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 21-32.
- นฤมล โควินท์ทวีวัฒน์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้
บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล
ในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2527). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
การพิมพ์พระนคร.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุด
วิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า30-
39. นนทบุรี : ชวนพิมพ์.
- บุษบา อุไพบิจิตร. (2537). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่อง
โรค ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้สูงอายุ
ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประคอง กรรณสูตร. (2535). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- . (2536). "พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่1-7
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่11. หน้า151-212. นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และ
สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประวิทย์ สุนทรสิมะ. (2531). กายวิภาคและสรีรวิทยาเล่ม1. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ :
ชนะการพิมพ์.

- ปราณี กาญจนวรรณ. (2539). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยนันท์ มณีกุล. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม:ศึกษาเฉพาะกรณีในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยนุช ปัญญาธิระ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์ศักดิ์ วัฒนา และคณะ. (2533). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคปวดข้อ*. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ : cursaaladpaw.
- พลศักดิ์ จิระวิพลวรรณ. (2537). *โรคข้อและเอ็นเสื่อม*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : ประกายพริก.
- พັນนี รกรวิน. (2526). *จิตวิทยาสังคม:ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัฒนาพานิช.
- พัฒน์วรรณ กังแฮ. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2531, มิถุนายน). "ข้อเสนอสำหรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ," *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*. 7(6) : 394-412.
- พิธีสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ. (2542). *การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข*. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์.
- เพชรรัตน์ อมรชีวิน. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร
- เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. (2528). "หลักและการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
การรักษายาบาลเบื้องต้นหน่วยที่ 2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า53-57.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ไพบูลย์ เทวรักษ์. (2529). จิตวิทยา. ม.ป.พ.
- มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือน
ของครูศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาใน
กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). ประมวลประเด็นการวิจัยและบรรณานุกรมเอกสารการวิจัย
เรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวัลย์ วงศ์บา. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนของผู้ฝึกทหารใน
เขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มติโก. (2530). แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ :
แสงแดด.
- ยงยุทธ วัชรดุลย์. (2535). โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่2.
กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ยุพิน เจตมวงคลวงศ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มา
รับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนแผนกสูตินรีเวชกรรม วชิรพยาบาล.
ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร
- เยี่ยมมนโนภพ บุณนาค. (2538). "เวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรคข้อเสื่อม," ใน ตำราโรคข้อ.
บรรณาธิการโดย สุรุจภูมิ ปรีชาพันธ์. หน้า640-660. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว
การพิมพ์.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2541). การวางแผนและประเมินผล
โครงการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- วัลลภ สำราญเวชย์. (2533). "Osteoarthritis," ใน การวินิจฉัยการรักษาโรคข้อที่พบบ่อย. บรรณาธิการโดย พงษ์ศักดิ์ วัฒนา. หน้า93-109. กรุงเทพฯ : นานักษการพิมพ์.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2530). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- . (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8-11.
- วิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล. (2540, พฤษภาคม-ธันวาคม). "โรคข้อเข่าเสื่อมกับการลดความอ้วน," จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. 6(2-3) : 8-13.
- วิรัตน์ ศรีนพคุณ. (ม.ป.ป.). การประเมินผลสุขภาพ : การสร้างเครื่องมือและการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือเพื่อวัดและประเมินผลสุขภาพ. ภาควิชาสุขภาพ คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2533). รายงานการวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร เสาวรส. (2538). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- โศภาพรรณ วัฒนรัตน์. (2537). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สนอง เพชรคง. (2541). พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สนั่น สุวัจน์ และคณะ. (2523). กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่12. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ กันยา กาญจนบุรานนท์. (2536). "สุขศึกษากับสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่11. หน้า1-45. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมบุรณ์ บุญเกียรติ. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับ บริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สาลี พิกุลทอง. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลตากสิน. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). สมุดสถิติรายปีประเทศไทย2541. กรุงเทพฯ : อรุณสภา.
- สิรินทร์ ศาสตราณักรักษ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรง พยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุจิตรา ไชยพัฒนะพุกษ์. (2532). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณี ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ชีวสถิติ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุจินต์ ปรีชามารณ. (2535). สุขภาพส่วนบุคคล. ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุธีรา เทศวงศ์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค ข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวารีวรรณ กิจสมักร. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรง พยาบาลราชวิถี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร

- สุวิชา จันทรสุริยกุล. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาควอดไดรเซ็ปส์ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุทิศ ดีสมโชค. (2534). *การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อ*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anderson, J.J. & Felson, D.T. (1988, July). "Factors associated with osteoarthritis of the knee in the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES1)," *American Journal of Epidemiology*. 128(1) : 179-189.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education objective Hand Book1 ; Cognitive Domain*. New York : David McKey.
- Conbach, L.J. (1970). *Essential of Psychological testing*. 3 rd ed. New York : Harper and Raw.
- Davis, M.A. et al. (1988, May). "Sex differences in osteoarthritis of the knee," *American Journal of Epidemiology*. 127(5) : 1019-1029.
- Deborah, J.H. & Tim, D.S. (1993, February). "Cigarette smoking and risk of osteoarthritis in woman in the general population : the Chingford study," *Annals of the Rheumatic diseases*. 52(2) : 93.
- Ebong, W.W. (1985, October). "Osteoarthritis of the knee in Nigerians," *Annals of The Rheumatic Diseases*. 44(10) : 682-684.
- Felson, D.T. et al. (1987, August). "The prevalence osteoarthritis of the knee in the elderly," *Arthritis and Rheumatism*. 30(8) : 914-918.
- Forman, M.D., Malamet, R. & Kaplan, D. (1983, April). "A survey of osteoarthritis of the knee in the elderly," *The Journal of Rheumatology*. 10(2) : 282-287.
- Frankel V.H. (1982). *Instructional Course Lectures*. New York : C.V. Mosby.

- Gardner, D.L. (1983, February). "The nature and causes of osteoarthritis," *British Medical Journal*. 286(6363) : 418-424.
- Gochman, D.S. (1988). "Health behavior plural perspectives," in *Health behavior emerging research perspectives*. Edited by Gochman, D.S. p.3 -17. New York : Plenum.
- Good, Carter.V. (1973). *Dictionary of Education*. New York : Mc Graw-Hill.
- Jalowice, A. & M.J. Power. (1981, January-February). "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients," *Nursing Research*. 30(1) : 10-15.
- Liao, K.L.M. , M. Hunter & J. Wianman. (1995, May). "Health related behaviors in middle age," *Psychology and Health*. 10(3) : 171-184.
- Muhlenkamp, A.F. & N.A. Brerman. (1988, October). "Health beliefs, health value and positive health behaviors," *Western Journal of Nursing Research*. 10(5) : 637-646.
- Schwartz, Nancy E. (1975, January). "Nutritional knowledge, attitude and practices of high school graduated," *Journal of The American Dietetic Association*. 66(1) : 28-31.
- Speak, D.L. , M.E. Cowart & L. Pellet. (1989, April). "Health perceptions and lifestyle of the elderly," *Research in Nursing & Health*. 12(2) : 93-100.
- Turex, S.L. (1977). *Orthopaedics*. New York : J.B.Lippincott.
- Walker, S.N. and others. (1988, October). "Health promoting lifestyles of older adults : comparisons with young and middleaged adult, correlates patterns," *Advances in Nursing Science*. 11(1) : 76-90.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๖๔๒๔



บัณฑิตวิทยาลัย

118

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒๖ กันยายน ๒๕๔๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกนกกร สุธสมชีพ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๒๕๐ คน โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร คอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวกนกกร สุธสมชีพ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ คอ ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๔-๔๑๑๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

ที่ ทม 1012/๐๔๔๔๐

วันที่ // กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวกนกกร สุธสมชีพ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์เนภาพร มัธยมมางกูร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการ สังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกนกกร สุธสมชีพ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1012/๐๕๕๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกนกกร สุธสมชีพ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.เพ็ญศิริ สันตโยภาส และ อาจารย์ ดร.จารุพร แสงเป่า เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกนกกร สุธสมชีพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 564-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/๐๔๔ ๔/

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการการประถมศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกนกกร สุธสมชีพ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา ธุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวบังอร พุ่มสะอาด ศึกษานิเทศก์ ๑ หัวหน้าฝ่ายวิจัยและประเมินผล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกนกกร สุธสมชีพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/๐๕๕๕๓



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

// กรกฎาคม 2542

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกนกกร สุธสมชีพ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์อดิศร วิตต่างกูร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกนกกร สุธสมชีพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌิมางกูร
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. อาจารย์ ดร.เพ็ญศิริ สันตโยภาส
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. อาจารย์ ดร.จารุพร แสงเป่า
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
4. นางสาวบังอร พุ่มสะอาด
ศึกษานิเทศก์ 9 หัวหน้าฝ่ายวิจัยและประเมินผล หน่วยศึกษานิเทศก์ สำนักงานการประถม
ศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. นายแพทย์อดิศร วิตตางกูร
นายแพทย์ 5 ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนัก
การแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุแต่ประการใด และผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุคนอื่นๆต่อไป

ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวกนกกร สุธสมชีพ
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี

3. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา หรือ เทียบเท่า

() อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า

() ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า

5. อาชีพ

() รับจ้าง

() ค้าขาย หรือ ธุรกิจ

() เกษตรกรรม

() ข้าราชการบำนาญ บำนาญ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. รายได้ต่อเดือน

() น้อยกว่า 5,000 บาท

() 5,000 – 9,999 บาท

() 10,000 – 14,999 บาท

() 15,000 บาทขึ้นไป

7. ท่านมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่

() ไม่มี

() มี (ระบุ เกี่ยวข้องเป็น)

8. ท่านเคยมีประวัติได้รับยันทารายต่อข้อเข่า หรือมีความผิดปกติของข้อเข่าแต่กำเนิด หรือเคยป่วยเป็นโรคข้อเข่าอักเสบจากสาเหตุต่างๆ

() ไม่เคย

() เคย (ระบุ สาเหตุ)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องถูก ถ้าท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง ข้อความในข้อใดที่ท่านเห็นว่าผิด ให้ทำเครื่องหมายลงในช่องผิด และข้อความในข้อใดที่ท่านไม่ทราบคำตอบว่าถูกหรือผิด ให้ทำเครื่องหมายลงในช่องไม่ทราบ

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีภาวะเสื่อมสลายของกระดูกอ่อนผิวข้อภายในข้อเข่า			
2	คนผอมมีโอกาสป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้น้อยกว่าคนอ้วน			
3	การนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิเป็นเวลานานๆ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม			
4	การได้รับการกระทบกระเทือนที่ข้อเข่า จะทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าปกติ			
5	ผู้ที่ต้องยืนทำงานตลอดเวลา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้			
6	การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิง ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย			
7	ผู้ที่มีความผิดปกติของข้อเข่าแต่กำเนิด เช่น มีขาโก่งออกนอก ขาโก่งเข้าใน มีโอกาเสี่ยงเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าคนปกติ			
8	โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งบริเวณข้อเข่า			
9	ผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ซิฟิลิส มักจะเกิดข้อเข่าเสื่อมได้เร็วกว่า และมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติ			
10	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการมากจะมีลักษณะขาโก่ง และอยู่ในท่าข้อเข่างอ เขยียดตรงได้ยาก			
11	อาการปวดเข่า มีไข้ เจ็บเข่า น้ำหนักลด เป็นอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม			
12	ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่าตลอดเวลาทั้งในขณะเคลื่อนไหวและหยุดพักข้อเข่า			
13	การตรวจวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมให้แน่ชัด ต้องวินิจฉัยจากการตรวจเลือด			

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
14	การตรวจเลือดผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะพบว่ามีกรดยูริกในเลือดสูง			
15	การออกกำลังกายบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ให้ผลดี และไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม			
16	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้			
17	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรหยุดบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในระยะที่มีข้ออักเสบ และมีอาการปวดรุนแรง			
18	การพักผ่อนไม่ควรทำเกิน 1 สัปดาห์ เพราะจะทำให้ข้อเข่ายึดติดได้			
19	การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อบ่อยๆจะทำให้อาการปวดเข่าดีขึ้น และช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่าได้			
20	การเดินขึ้นลงบันไดเป็นการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรปฏิบัติเป็นประจำ			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่งที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ตามความหมายดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ทำให้สูญเสียบุคลิกภาพการเดินที่ดี			
2	การเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นเรื่องของกรรมเก่า ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว			
3	โรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ลำบากยิ่งขึ้น			
4	ผู้สูงอายุทุกคนไม่จำเป็นต้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ถ้ารู้จักการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม			
5	การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นเรื่องยุ่งยาก ขัดขวางความสุขสบายในชีวิตประจำวันของท่าน			
6	เมื่อเข้าสู่วัยชรา ข้อเข่าต้องเสื่อมเป็นธรรมดา ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา			
7	คนแข็งแรงอาจเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ถ้าอ้วน			
8	การควบคุมน้ำหนักเป็นเรื่องยาก และไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม			
9	อาการปวดเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ได้รุนแรงอย่างที่คิด			
10	โรคข้อเข่าเสื่อมจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเท่านั้น จึงจะได้ผลดี			
11	การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการฉีดยาได้ผลดีกว่าการกายภาพบำบัด			

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
12	เมื่อมีอาการปวดเข่า ไม่ควรซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง			
13	การใช้ไม้เท้าช่วยพยุงขณะเคลื่อนไหวน่าจะช่วยบรรเทาอาการปวดเข่าได้			
14	การนั่งพับเพียบ หรือขัดสมาธิ เป็นท่าที่นั่งที่มีผลเสียต่อข้อเข่า			
15	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเป็นสิ่งดี เพราะเป็นการสร้างความแข็งแรงให้กับข้อเข่า			
16	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรบริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง			
17	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ข้อเสื่อมมากขึ้น			
18	การว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายที่ดี เหมาะกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม			
19	กีฬาที่มีแรงมากกระทำต่อข้อเข่าสูง เช่น ฟุตบอล เป็นกีฬาที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อข้อเข่ามากกว่าผลดี			
20	การใช้ส้วมแบบนั่งยองๆ ทำให้ปวดเข่า และไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ			
21	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรหยุดทำงานบ้านทุกชนิด เพราะจะทำให้อาการของโรคทรุดหนักลงได้			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่งซึ่งตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ ตามความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมตามข้อความนั้นท่านปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมตามข้อความนั้นท่านปฏิบัตินานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมตามข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อในแต่ละวัน			
2	ท่านรับประทานอาหารมากที่สุดในมือเย็น			
3	หลังรับประทานอาหารเช้า ท่านจะอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร			
4	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือมะพร้าว			
5	ท่านรับประทานอาหารมันจัด เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ของทอดต่างๆ			
6	ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมเค้ก ไอศกรีม			
7	ท่านดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน เหล้า เบียร์			
8	ท่านรับประทานผัก ผลไม้ และเมล็ดธัญญาพืช			
9	ท่านควบคุม และลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาลและไขมัน			
10	ท่านรับประทานอาหารจุบจิบ ไม่เป็นเวลา			
11	ท่านบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนั่งห้อยเท้า แล้วเตะขาขึ้นลงช้าๆ			
12	ท่านบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนราบ ยกขาขึ้นสูงจากพื้นเล็กน้อยเกร็งขาค้างไว้ ทำสลับกันทั้งสองข้าง			

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
13	ท่านออกกำลังกายโดยการเดินระยะสั้นๆ			
14	ท่านทำงานที่ต้องยืน และเดินเป็นเวลานาน			
15	เมื่อท่านต้องยืนนานๆ จะมีมาเดียวไว้รองเท้าข้างหนึ่งสลับกัน			
16	ท่านต้องขึ้นลงบันไดวันละหลายๆ ชั้น			
17	ท่านนั่งพับเพียบ หรือคุกเข่าเป็นเวลานานเมื่อสวดมนต์			
18	ท่านใช้ส้วมแบบนั่งยองๆ			
19	เมื่อต้องนั่งกับพื้น ท่านจะนั่งเหยียดขาตรง			
20	เวลาทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ทำกับข้าว ล้างจาน ฯลฯ ท่านจะนั่งบนม้านั่งที่เหมาะสม			
21	ท่านนั่งขัดสมาธิเป็นเวลานาน			
22	เมื่อมีอาการผิดปกติของข้อเข่า ท่านไปพบแพทย์ทันที			

คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 26 ค่าสถิติแสดง ค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ข้อ	ค่าความยากง่าย (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.85	0.22
2	0.78	0.37
3	0.65	0.33
4	0.85	0.30
5	0.83	0.20
6	0.89	0.22
7	0.72	0.41
8	0.80	0.26
9	0.69	0.33
10	0.80	0.26
11	0.59	0.44
12	0.85	0.15
13	0.70	0.37
14	0.28	0.41
15	0.93	0.15
16	0.83	0.26
17	0.80	0.30
18	0.65	0.48
19	0.72	0.33
20	0.90	0.11

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ เท่ากับ 0.66

ตาราง 27 ค่าสถิติแสดง ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ
เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนกด้านเจตคติ	ค่าอำนาจจำแนกด้านการปฏิบัติ
1	2.06	2.29
2	2.99	4.02
3	2.00	3.28
4	2.28	3.96
5	2.29	2.82
6	2.68	3.10
7	2.13	4.24
8	3.99	2.53
9	1.79	3.70
10	1.89	2.79
11	3.67	5.37
12	1.86	6.12
13	2.13	2.41
14	4.88	2.13
15	1.79	2.29
16	2.65	3.03
17	3.36	2.27
18	2.38	4.96
19	2.23	2.85
20	2.32	2.40
21	2.59	1.82
22		2.29

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติ เท่ากับ 0.63

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติ เท่ากับ 0.66

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวกนกกร สุธสมชีพ
วัน เดือน ปีเกิด	27 กันยายน 2514
สถานที่เกิด	อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	366/11 ซ.สะพานขวา ถ.ประชาราษฎร์สาย2 แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกศัลยกรรมพิเศษชั้น 4 โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2532	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
พ.ศ.2536	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ.2538	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ.2544	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร