

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
กรุงเทพมหานคร

ปริญญาพันธ์
ของ
กาญจนา คุ่มภัย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
กาญจนา คุ่มภัย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ ๒๕๔๓

กาญจนา คุ่มภัย. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน

กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์

ปรีชามารถ , รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌมางกูร.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำนวน 384 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าสถิติที สถิติเอฟ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของเซฟเฟ่ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและพอใช้ ตามลำดับ
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษา และอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุและระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

HEALTH BEHAVIOR CONCERNING ON THE SELF CARE OF OSTEOARTHRITIS OF
THE KNEE PATIENTS ATTENDING AT THE ORTHOPAEDIC DEPARTMENT IN
LEARDSIN HOSPITAL BANGKOK METROPOLITAN

AN ABSTRACT
BY
KANJANA KUMPAI

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

February 2001

Kanjana Kumpai. (2001). *Health behavior concerning on the self care of osteoarthritis of the knee patients attending at the orthopaedic department in Leardsin Hospital Bangkok Metropolitan*. Master thesis, M.Ed. Health Education. Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Sujin Preechamart. Assoc. Prof. Dr.Napaporn Madhyamankura.

The purposes of this study were to study and to compare the health behavior concerning the self care of osteoarthritis of the knee patients attending at the orthopaedic department in Leardsin Hospital Bangkok Metropolitan with the following variables : sex, age, educational level, occupation, family income, marital status, family condition, length of illness and social support, and the interrelationship among the knowledge, attitude and practice.

Three hundred and eighty four osteoarthritis of the knee patients were sampled by purposive sampling technique. The instrument obtained by questionnaires and the data were analysed by using SPSS for windows program in determining the percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results were as follows :

1. The knowledge of osteoarthritis of the knee patients were at the middle level, with good level of attitude and fair practice of health behavior on self care of osteoarthritis of the knee.
2. There were no significant differences in attitude and practice of health behavior concerning self care of osteoarthritis of the knee patients having different sex while the knowledge of health behavior concerning on self care of osteoarthritis was significantly different at the level .05
3. There were no significant differences in knowledge of health behavior concerning self care of osteoarthritis of the knee patients having different educational level, occupation while the attitude and practice of health behavior concerning on self care of osteoarthritis were significantly different at the level .05

4. There were significant differences at the level .05 in knowledge, attitude and practice of health behavior concerning self care of osteoarthritis of the knee patients having different family income, social support.

5. There were no significant differences in knowledge, attitude and practice of health behavior concerning self care of osteoarthritis of the knee patients having different marital status, family condition.

6. There were no significant differences in knowledge and attitude of health behavior concerning self care of osteoarthritis of the knee patients having different age, illness duration while practice of health behavior concerning self care of osteoarthritis was significantly different at the level .05


7. There were statistically positive relation between knowledge and attitude, knowledge and practice and attitude and practice of health behavior concerning self care of osteoarthritis at the .05 level of significance.

ปริญญาบัตร
เรื่อง

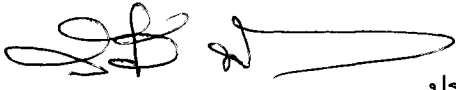
พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก
ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร


ของ
นางกาญจนา คุ่มภัย

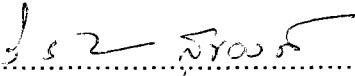
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)
วันที่ 27 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญาบัตร


..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมางกูร)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ชาดา วิมลวัตรเวที กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง จนทำให้ปริญญานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สุริยพงษ์ เสาวพฤทธิ์ นายแพทย์ชลัท วิมล ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลญา วิศาลาภรณ์ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้อนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี และสำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่จันทร์เพ็ญ ซึ่งเปรียบเสมือนครูคนแรกของผู้วิจัย ที่ได้ให้ความรัก กำลังใจ สนับสนุน ช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่างกับผู้วิจัย ตลอดจนครูอาจารย์ทุกท่านที่เคยประสพวิชาความรู้ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการศึกษาด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณคุณสาธร์ คุ่มภัย และเด็กหญิงณัชชา คุ่มภัย ที่คอยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัย และที่สำคัญที่สุดคือ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา รุ่นที่ 16 ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัย จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

กาญจนา คุ่มภัย

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวความคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
โรคข้อเข่าเสื่อม.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	28
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	38
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	54
งานวิจัยในประเทศไทย.....	56
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	64
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	65
ลักษณะของเครื่องมือ.....	65
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	65
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	66
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	68

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3 (ต่อ)	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	119
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	119
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	119
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	119
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	121
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	122
	อภิปรายผล.....	125
	ข้อเสนอแนะ.....	137
	ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	137
	บรรณานุกรม.....	139
	ภาคผนวก.....	154
	ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	155
	ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับการวิจัย.....	162
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....	178

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ผลดีและผลเสียในการพักข้อเพื่อการบำบัดโรคข้อโดยทั่ว ๆ ไป.....	18
2 แสดงการเปรียบเทียบแนวคิดของการดูแลตนเองกับการให้สุขศึกษา.....	48
3 จำนวนคำร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	78
4 จำนวนคำร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตามระดับพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ โรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร.....	82
5 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสินกรุงเทพมหานคร.....	83
6 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค ข้อเข่าเสื่อม เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ.....	84
7 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ.....	85
8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ.....	87
9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ.....	88
10 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	89

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	91
12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	92
13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	93
14 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	94
15 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	96
16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	97
17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ.....	98
18 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	99
19 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	101

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
20 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	102
21 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	103
22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	104
23 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	105
24 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	107
25 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	108
26 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาของการเป็นโรค.....	109
27 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาของการ เป็นโรค.....	111

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
28 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาของการเป็นโรค.....	112
29 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	113
30 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุน ทางสังคม.....	114
31 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	115
32 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	116
33 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	117
34 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน.....	118
35 ค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	176
36 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรมสุขภาพด้านเจตคติ ด้านปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	177

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปด้วย ส่งผลให้อุบัติการณ์และความชุกของโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) สูงขึ้น สาเหตุของโรคไม่ติดต่อบางส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม ทำให้เป็นโรคที่เรื้อรัง และบางครั้งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และมีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงต้องอาศัยการฟื้นฟูเป็นพิเศษ โดยการดูแลให้ความช่วยเหลือแนะนำและสังเกตติดตามในระยะเวลายาว (ประคอง อินทรสมบัติ. 2534 : 134) จากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชากรไทย สาเหตุและอัตราการป่วยที่สำคัญใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชนในปี พ.ศ. 2536 พบว่า โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม มีร้อยละ 60.00 ต่อประชากรพันคน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. 2539 : 27-44) และจากแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้กำหนดให้มีโครงการป้องกันและควบคุมโรคปวดข้อและปวดเมื่อย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาค้นคว้าวิจัย หารูปแบบการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่วนมากพบว่าข้อที่เป็นแล้วสร้างปัญหามากในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะ “ข้อเข่า” เพราะเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักและเคลื่อนไหวร่างกาย โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 50.00 ของจำนวนผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์ด้วยอาการปวดข้อในอายุ 50 ปีขึ้นไป ยิ่งมีอายุสูงขึ้นจะพบได้มากขึ้น แต่มีผู้ป่วยบางรายอาจเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ยงยุทธ วัชรดุลย์. 2526 : 110) โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายบริเวณผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อของเข่าและแตกหลุดเป็นเศษเล็ก ๆ ในช่วงแรก ต่อมาจะมีการงอกของกระดูกเกิดขึ้น ทำให้ข้อบวมกระดูกมีลักษณะไม่เรียบ ขรุขระ ช่องว่างระหว่างข้อมีขนาดแคบลงเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อจึงเกิดการเสียดสีของข้อบวมกระดูกที่ขรุขระ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง ความเจ็บปวดนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต้องทนทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก และส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมตามปกติ (เสนอ อินทรสุขศรี. 2526 : คำนำ) เช่น การเดิน การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงรวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง โรคข้อเข่าเสื่อมสามารถพบการสูญเสียสมรรถภาพบางส่วนถึงร้อยละ 70.00 สูญเสียสมรรถภาพอย่างมาก ร้อยละ 39.00 และทำงานไม่ได้ร้อยละ 29.00 (กันยา ปาละวิวัฒน์. 2531 : 22)

จากการศึกษาวิจัยของคณะอนุกรรมการควบคุมโรคผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกรกฎาคม 2533 จากผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล สถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาครวม 18 แห่ง พบว่าโรคที่พบบ่อย 50 โรคแรกในกลุ่มผู้ป่วยนอกคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ โรคหลอดเลือดและหัวใจ และวัณโรคปอด (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 24) สอดคล้องกับการศึกษาของจากรุวรรณ เหมะธร สมใจ ทุนกุล และจรรยา เสี่ยงเสนาะ (2532 : 3) ที่สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคปวดข้อร้อยละ 69.00 และจากการศึกษาของประสพ รัตนากร (2534 : 16) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาปวดข้อถึงร้อยละ 75.00 จากการสำรวจโรคที่มีผู้รับบริการตรวจรักษามาก ที่สุดของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2535 (ปีนักษัตร 2540) พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ใน 10 อันดับแรก มีจำนวน 5,145 คน พบในผู้หญิง 3,902 คน ในผู้ชาย 1,248 คน จากสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลเลิดสิน ในปี พ.ศ. 2540 พบโรคข้อเข่าเสื่อมถึง 5,173 คน เป็นชาย 1,168 คน เป็นหญิง 4,005 คน (แผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลเลิดสิน. 2541) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเฉพาะช่วงครึ่งแรกของเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 จากห้องตรวจผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ และผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ทั้งสามัญและพิเศษในโรงพยาบาลศิริราช เพื่อนำมาศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่สู่มได้จากห้องตรวจผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ มี 114 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยภาวะข้อเสื่อมจากโรคชรา และการใช้งานมากหรือใช้งานไม่ถูกต้อง โดยพบถึง 36 คน สำหรับผู้ป่วยในนั้นได้สู่มตัวอย่างมา 160 ราย เป็นผู้ป่วยสามัญ 60 ราย และผู้ป่วยพิเศษ 100 ราย พบภาวะข้อเสื่อม 73 ราย การบาดเจ็บของระบบกระดูกเอ็นและข้อ 84 ราย วัณโรคของกระดูกและข้อ 2 ราย และกระดูกเสื่อม 1 ราย ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาตั้งแต่ 2 ถึง 123 วัน ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในนั้นขึ้นกับวิธีการผ่าตัด โดยการผ่าตัดใหญ่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 40,950 บาท และผ่าตัดย่อย 15,615 บาท (เจริญ โชติกวณิชย์ และคณะ. 2540 : 173)

จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นจำนวนมาก และเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยปัญหาหนึ่ง ซึ่งพบได้มากทำให้เคลื่อนไหวลำบาก เกิดลักษณะผิดปกติ เช่น เดินขาโก่ง ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ หากอาการของโรครุนแรงจะมีอาการปวดข้อเข่าแม้กระทั่งขยับเพียงเล็กน้อย ทำให้เข่าผิดรูป ข้อติดแข็งได้ การรักษาโรคนี้จะต้องใช้ระยะเวลานานและค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากยาที่ใช้ในการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และค่าผ่าตัดก็ราคาแพง ภาวะเรื่องการรักษาพยาบาลจึงเป็นภาระหนักสำหรับผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ผลข้างเคียงของการรักษาอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคกะเพาะ เป็นต้น

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539) เน้นการดูแลตนเองเป็นมาตรการหนึ่งที่จะช่วยให้การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลจะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบด้วยตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : คำนิยาม) หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจัง เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Orem. 1991 : 145) จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (สิรินทร์ ศาสตราวุธกุล. 2538 : 3) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะชะลอการเกิดโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค คือการมีความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และการมีความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติได้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าได้กระทำอย่างต่อเนื่องจะลดอาการปวดได้ และบางคนอาจไม่ต้องอาศัยยาในการบำบัดเลย (นิรันดร์ เกียรติศิริโรจน์. 2526 : 213)

ซึ่งโรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีฐานะเป็นกอง สังกัดกรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาวิชา มีการสอนแพทย์ฝึกหัด แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และอายุรกรรม การผ่าตัดที่มีชื่อเสียง คือ ศัลยกรรมอุ้งปัสสาวะ และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ตลอดจนการผลิตแขนขาเทียม และบริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลเลิดสิน จึงสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมว่ามีอยู่มากน้อยเพียงใด ระดับใด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เป็นการสนับสนุนต่องานสาธารณสุขมูลฐานโดยกลวิธีดูแลตนเองต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามตัวแปร อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2. เป็นข้อมูลในการจัดเตรียมวิธีการให้สุขศึกษา และเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

3. เป็นข้อมูลให้ทีมงานสุขภาพในการวางแผน และพัฒนาปรับปรุงการจัดดำเนินงานสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไปเพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยและลงความเห็นของแพทย์ด้วยวิธีการต่างๆ อันได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และจากการถ่ายภาพทางรังสี

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 9,946 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งได้มาจำนวน 384 คน และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรการคำนวณ ตัวอย่างประชากรโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1996 : 583)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 อาชีพ
- 1.5 รายได้ครอบครัว
- 1.6 สถานภาพสมรส
- 1.7 ลักษณะครอบครัว
- 1.8 ระยะเวลาของการเป็นโรค
- 1.9 การสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งแสดงออกในเรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งเราสามารถสังเกต หรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ความสามารถ ความเข้าใจ การนำไปใช้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน และเวชศาสตร์ฟื้นฟู สามารถวัดได้ด้วยแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบในการให้คุณค่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยแบบสอบถามเจตคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปฏิบัติตนในขณะที่เกิดโรค สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ามารับการตรวจรักษาซึ่งได้รับการวินิจฉัยแล้วและได้รับการตรวจรักษาเป็นประจำที่แผนกออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน

3. เพศ

หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น

3.1 หญิง

3.2 ชาย

4. อายุ

หมายถึง อายุของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ามารับการรักษานับจำนวนปีที่เกิดตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ช่วงดังนี้

4.1 อายุต่ำกว่า 40 ปี

4.2 อายุ 40 – 45 ปี

4.3 อายุ 46 – 50 ปี

4.4 อายุ 51 – 55 ปี

4.5 55 ปีขึ้นไป

5. ระดับการศึกษา

หมายถึง การเรียนชั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้
(สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25-26)

5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

5.2 ประถมศึกษา

5.3 มัธยมศึกษา

5.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

5.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

6. อาชีพ

หมายถึง อาชีพของผู้ป่วย โดยยึดอาชีพหลักที่เป็นรายได้สูงสุดของครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

6.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของราชการและหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ

6.2 ค้าขายหรือธุรกิจ หมายถึง ผู้ทำการค้าหรือธุรกิจทุกชนิด

6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน มีรายได้ไม่แน่นอน

6.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

7. รายได้ครอบครัว

หมายถึง จำนวนเงินสุทธิของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่อเดือนแบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 382)

7.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

7.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

7.3 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

7.4 13,000 บาทขึ้นไป

8. สถานภาพสมรส

หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ในปัจจุบันระหว่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และคู่สมรสหรือการไม่มีคู่สมรส แบ่งออกได้ดังนี้

8.1 โสด

8.2 คู่ (อยู่รวมกัน)

8.3 หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

9. ลักษณะครอบครัว

หมายถึง สภาพการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว

9.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกประกอบด้วยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภรรยาและบุตร

9.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่มีสมาชิกประกอบด้วยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภรรยาและบุตร และญาติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หรือญาติของฝ่ายภรรยาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

10. ระยะเวลาของการเป็นโรค

หมายถึง ระยะเวลาที่นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

10.1 ต่ำกว่า 5 ปี

10.2 5 - 9 ปี

10.3 9 ปีขึ้นไป

11. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม แบ่งออกเป็น

ก. การได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ (Emotion support) ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่

ข. การได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง การได้รับการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออกของการได้รับการให้อภัยให้โอกาสปรับปรุงตนเอง

ค. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) ทำให้มีความผูกพัน และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

ง. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrument support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้

จ. การได้รับความช่วยเหลือด้านประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจในสังคม

ฉ. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นข้อมูล หรือข้อแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และจัดแบ่งผลการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับคือ

11.1 การสนับสนุนทางสังคมมาก

11.2 การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

11.3 การสนับสนุนทางสังคมน้อย

12. แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์

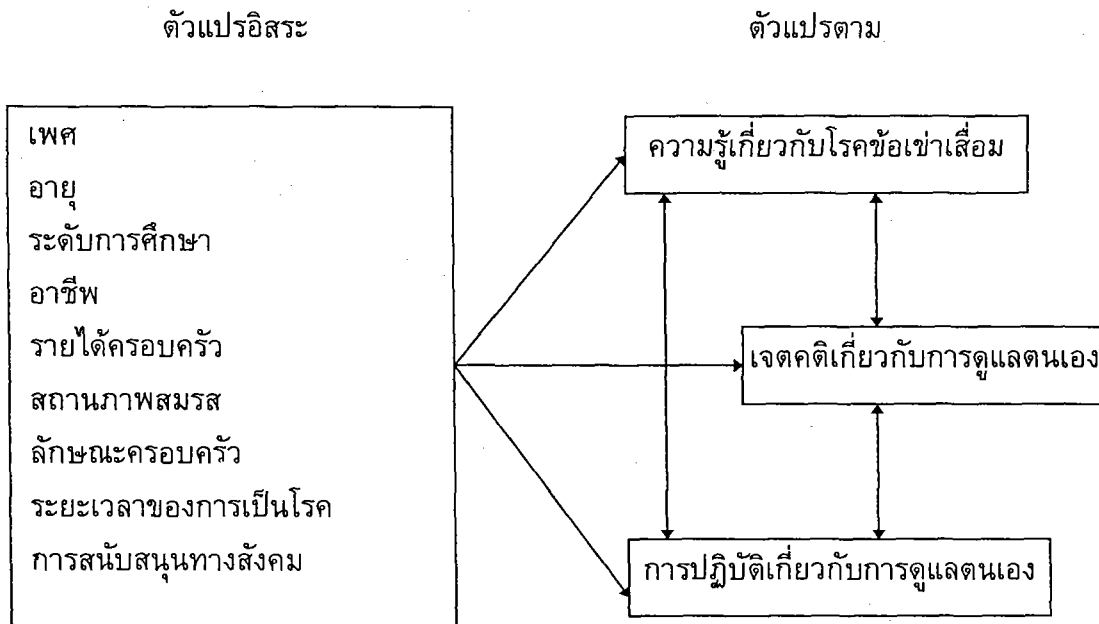
หมายถึง แผนกที่รับตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคทางระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ โดยที่แพทย์ไม่ได้รับไว้ให้อยู่ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล

13. โรงพยาบาลเลิดสิน

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 485 เตียง มีหน้าที่ตามพระราชกฤษฎีกา คือศึกษาวิจัยทางการแพทย์ การให้การศึกษาและฝึกอบรมแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านโรคทั่วไป โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะมีแนวโน้มสูงและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและมักเกิดความพิการถาวร ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงลักษณะของปัญหาและพยากรณ์ปัญหาในอนาคตควรสนับสนุนให้มีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยต่อปัญหาดังกล่าว ทั้งยังจะเป็นการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อไป ดังปรากฏภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน

23. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันจะมีผลต่อเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรค ข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
24. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันจะมีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
25. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
26. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีผลต่อเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
27. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน
28. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
29. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
30. เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 โรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3 แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

โรคข้อเข่าเสื่อม ข้อเสื่อม (Osteoarthritits) คือโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเสื่อมสีกหรือของข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายภายหลังจากการใช้งานมานานหลายสิบปี ภาวะข้อเสื่อมตามสภาพร่างกายนั้นจึงเกิดแก่ทุกคน เช่นเดียวกับการที่ผิวหนังเหี่ยวย่นหรือผมหงอกที่เกิดขึ้นตามวัย แต่อาการปวดข้อจากเสื่อมไม่ได้เกิดขึ้นทุกรายในผู้สูงอายุ ดังนั้นโรคข้อเสื่อมจึงเป็นคำที่ใช้เรียกภาวะข้อเสื่อมที่ทำให้เกิดอาการปวดข้อเท่านั้น ข้อเสื่อมที่ไม่มีอาการปวดไม่ถือว่าเป็นโรค

ภาวะข้อเสื่อมมักเกิดแก่ทุกคนที่มีอายุมากขึ้น แต่อาการปวดข้อจากข้อเสื่อมจะพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอัตราส่วนประมาณ 3 : 1 หญิงชายที่มีอายุเท่ากันโรคข้อเสื่อมในเพศหญิงมักจะรุนแรงกว่าในเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากโครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อในเพศหญิงมักไม่ค่อยออกกำลังกายหนักมากกว่าเพศชาย ประกอบกับวิธีดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น ในวัยสาวเพศหญิงมักไม่ค่อยออกกำลังกายหนักมากกว่าเพศชาย หญิงวัยกลางคนมักมีอาชีพเป็นแม่บ้าน ไม่ต้องออกแรงทำงานมากและมักมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ ความอ้วนบวกกับความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณข้อต่อเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงเป็นโรคข้อเสื่อม และมีอาการปวดข้อรุนแรงกว่าโรคข้อเสื่อมในเพศชาย (ยงยุทธ วัชรตุลย์. 2526 : 110)

การเกิดข้อเข่าเสื่อมอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ (เจริญ โชติกาวิณีชัย. 2526 : 131-132)

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

2. การเสื่อมชนิดทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) เป็นการเสื่อมของข้อเข่าที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของข้ออยู่ก่อนแล้ว หรืออาจมีปัจจัยบางอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น กระดูกหักผ่านข้อและไม่ได้รับการรักษาจัดกระดูกให้เข้าที่ดังเดิม ทำให้ผิวข้อเสื่อมขรุขระเกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปลักษณะทางกายวิภาคและชีวกลศาสตร์ของข้อทำให้มีการทำลายของผิวกระดูกอ่อนได้ง่าย ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมในเวลาต่อมา นอกจากนั้นภายหลังเกิดการติดเชื้อมาในข้อเข่า อาจเป็นวัณโรคกระดูกหรือจากจุลินทรีย์ชนิดอื่นๆ ก็จะมีการทำลายของผิวข้อ เมื่อหายแล้วเกิดการซ่อมแซมผิวกระดูกอ่อนที่ไม่สมบูรณ์ก็จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมได้ง่ายเช่นกัน

พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเข่าเป็นข้อที่เกิดจากกระดูก 2 ชิ้นประกบกัน (Diarthrodial) เพื่อให้การเคลื่อนไหวของข้อมีความราบรื่นจัดแรงเสียดสีและแรงกระแทกที่มีต่อกระดูกโดยตรง ส่วนปลายของกระดูกแข็งจะมีกระดูกอ่อนที่มีความยืดหยุ่นดีมากหุ้มอยู่ทั้งสองด้านพื้นผิวของกระดูกอ่อนซึ่งมองด้วยตาเปล่าจะมีลักษณะเรียบสีขาว มีความลื่นเป็นเงามัน และมีน้ำหล่อลื่นฉาบอยู่ตลอดเรียกว่า “น้ำหล่อข้อหรือน้ำไขข้อ” (Synovial fluid) เป็นของเหลวมีลักษณะเหนียวคล้ายไข่ขาวดิบ ทำหน้าที่หล่อลื่นและหล่อเลี้ยงกระดูกอ่อนพร้อมๆ กับการแบ่งกระจายแรงกดหรือแรงกระแทกที่ผ่านข้อให้ทั่วถึง น้ำไขข้อนี้สร้างขึ้นโดยเยื่อข้อ (Synovial membrane) ซึ่งเป็นเยื่อบางๆ บรรอบบริเวณภายในข้อยกเว้นส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน

การเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อม จะเกิดขึ้นภายหลังที่ข้อถูกใช้งานเป็นสิบ ๆ ปี โดยเฉพาะบริเวณผิวของกระดูกอ่อนส่วนที่ถูกแรงกระแทก หรือแรงเสียดสีมากที่สุด ในระยะแรกของการเสื่อมของกระดูกจะเริ่มมีสีเหลืองขุ่น บางส่วนมีลักษณะอ่อนนิ่ม (Malacia) มีผิวขรุขระจากรอยแตกและผิวบางส่วนเป็นรอยบวมจากแรงกด ซึ่งจะเกิดสลับกับบริเวณกระดูกอ่อนที่มีลักษณะปกติ ในระยะหลังของการเสื่อม ผิวของกระดูกอ่อนจะลู่ที่ขอบ (Frayed) และเริ่มแตกเป็นเส้นเล็กๆ (Fibrillate) ขณะเดียวกันก็จะมีรอยแตกลึกลงไปเนื้อของกระดูกอ่อน บางครั้งจะมีเศษกระดูกอ่อนที่แตกหลุดออกไปอยู่ในน้ำไขข้อ ซึ่งจะทำให้เยื่อข้อเกิดการอักเสบ (Acute synovitis) ได้บริเวณกระดูกอ่อน (Subchondral bone) ตรงบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวลงไปจะมีการสร้างกระดูกใหม่เกิดขึ้น ทำให้เมื่อถ่ายภาพรังสีจะมองเห็นกระดูกงอกหรือติดยกระดูก (Osteophyte spur) ผิวของกระดูกอ่อนและผิวของกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อนจะมีลักษณะหนาที่บวม มีถุงน้ำ (Subchondral bone cyst) เกิดขึ้นบริเวณใกล้ข้อเข่า ซึ่งเกิดจากน้ำไขข้อที่มีปริมาณมากขึ้นเนื่องจากการอักเสบของเยื่อข้อ

กรรมพันธุ์ เพศ อายุ อาชีพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ฮอร์โมนในร่างกายและการได้รับบาดเจ็บที่เข้า เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของเซลล์กระดูกอ่อน (Chondrocyte) ในการสร้างสารที่เป็นโครงสร้างของกระดูกอ่อน เช่น การสร้างเส้นใยคอลลาเจน (Collagen) การสร้างโปรตีนโปรติโอไกลัยแคน (Proteoglycan) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการคงรูปของกระดูกอ่อนและการยืดหยุ่นต่อการรับน้ำหนัก เมื่อข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากกว่าปกติอันเนื่องมาจาก ความอ้วน ความผิดปกติของข้อเข่า เช่น ขาโก่งออกนอกหรือโก่งเข้าใน เป็นต้น มีผลทำให้เกิดแรงที่มากกระทบต่อข้อเข่ามากกว่าปกติ (Abnormal mechanical responses to normal daily loads) จึงทำให้เกิดความผิดปกติของผิวกระดูกอ่อน เกิดการแตกและหลุดเป็นเส้นๆ (Fibrillation) มีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (Loss of cartilage) ที่ปกคลุมกระดูก ทำให้กระดูกเกิดการเสียดสีสึกกร่อน (Exposure of bone-eburnation) ผลที่เกิดตามมาก็คือจะเกิดอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดข้อ ปวดกระดูก เกิดการอักเสบ และอาจเกิดการสร้างกระดูกใหม่ขึ้นมาแทนที่ (Remodiling) ซึ่งทำให้กระดูกผิดรูปไปจากเดิมได้ (Deformity)

สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง แต่อย่างไรก็ตาม โกลดิง (Goding. 1973 : 110-115) และทูเร็กซ์ (Turex. 1977 : 1216) เชื่อว่าอาจมีปัจจัยบางอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องกับด้วย ดังนี้

1. อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมต่างๆ ของเอ็นกล้ามเนื้อที่ยึดจับกระดูกจะเสื่อมคุณสมบัติ เอ็นซึ่งเคยมีความเหนียวแน่นยืดหยุ่นจะหย่อน เกิดการหลวมของข้อและทำให้เกิดความผิดปกติของข้อเข่า ส่วนใหญ่มักจะเริ่มเมื่ออายุตั้งแต่ 40-45 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันนี้พบว่าความเสื่อมของข้อเข่า อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยอาจจะมี ความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งนำหน้ามาก่อนแล้ว
2. เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
3. น้ำหนักตัว เชื่อว่าเมื่อมีน้ำหนักตัวมาก จะทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ทำให้เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนได้ง่าย
4. ความผิดปกติของข้อเข่ามีลักษณะโก่งออกนอก (Genu varum) หรือโก่งเข้าใน ซึ่งจะทำให้แรงกดมากทางด้านตรงข้ามกับที่โก่งออก แรงที่มากกระทำต่อข้อเข่านี้จะไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อนเพิ่มมากขึ้น
5. อากัปกรณ์ที่กระทำบ่อยๆ ได้แก่ การขึ้นลงบันได การเดิน การยืน การนั่ง ยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ และนั่งคุกเข่าเป็นเวลานานๆ และเป็นประจำ จะทำให้ผิวกระดูกถูกเสียดสีและแตกสลายได้ง่าย
6. การได้รับภยันตรายต่อข้อเข่า เช่น กระดูกเข่าแตกหัก (Fracture) การเคลื่อนหลุดของข้อเข่า (Dislocation) และการเคลื่อนที่ของข้อเข่าเป็นบางส่วน (Subluxation) เป็นต้น

7. ฮอร์โมนและสารต่างๆ ในร่างกาย (Metabolic and endocrine factor) พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในหญิงวัยหมดประจำเดือน หรือผู้ที่มีโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูง
8. สภาพอากาศ พบว่าผู้ที่อยู่ในแถบที่มีอากาศหนาวจะมีอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มาก
9. อาหาร พบว่า ในประเทศไซบีเรีย (Siberia) ผู้ที่รับประทานข้าวเกรน (Grain) ซึ่งมีสารฟูซาเรีย (Fusaria) อยู่ในเมล็ดข้าวจะมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น

อาการและอาการแสดงทางคลินิก (ประกิต เทียนบุญ. 2534 : 6)

อาการปวดเข่ามักเป็นอาการแรกที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ลักษณะของอาการปวดจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย อาจชี้ตำแหน่งที่แน่นอนได้ หรืออาจจะปวดทั่วไปทั้งหมดทั้งเข่าด้านหน้า ด้านหลัง หรือด้านนอก ในผู้ที่ตำแหน่งอาการปวดชัดเจนแน่นอนสามารถวินิจฉัยได้ง่ายโดยดูว่ามีอาการบวมและกดเจ็บมากกว่าปกติหรือไม่ ส่วนใหญ่แล้วอาการเจ็บปวดมักจะเริ่มเป็นที่ด้านในของข้อเข่าก่อน เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนักมากที่สุด กลุ่มของเนื้อเยื่อที่อาจจะเกิดอาการมีหลายตัว ตั้งแต่เส้นเอ็นต่างๆ ลึกลงไปจนกระทั่งถึงหมอนรองเข่าและตัวกระดูก ความเสื่อมที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของเนื้อเยื่อต่างๆ นั้น การตรวจจะสามารถทราบได้โดยการกดดูว่าเจ็บที่จุดใดผู้ป่วยบางรายอาจจะกดเจ็บหลายๆ จุด หรืออาจจะไม่มีจุดกดเจ็บเลย และอาจจะคลำได้ถึงกระดูกที่งอกออกมาไม่ว่าจะเป็นที่กระดูกสะบ้า (Patella) หรือที่ขอบของข้อเข่า บางรายอาจจะมึนน้ำในข้อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในรายที่มีอาการอักเสบอื่น ๆ อาจจะคลำได้เพียงอุ่น ๆ เล็กน้อยเท่านั้น ในคนที่เป็นมากและเป็นมานานลักษณะเข่าอาจจะบวมขึ้น จากการหนาตัวของเยื่อข้อ ส่วนใหญ่การเคลื่อนไหวของเข่ามักจะเป็นปกติ ยกเว้นในขณะที่กำลังปวดมาก ๆ เท่านั้น ในรายที่ผิวกระดูกอ่อนเสียไปมาก ๆ จนถึงชั้นผิวของกระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อนอาจจะได้ยินเสียงกระดูกเสียดสีกัน (Crepitation sound) และอาจจะพบว่าเข่าเหยียดไม่สุดหรือเข่ายึดติด ไม่สามารถขยับได้ สาเหตุนี้อาจจะเกิดจากหมอนรองเข่าเข้าไปขวางได้ กระดูกอ่อนและกระดูกซึ่งอยู่ใต้กระดูกอ่อนที่เสียไปมาก ๆ จนทรุดตัวลง จะทำให้เกิดความพิการในลักษณะของเข่าโก่ง อันมีผลไปถึงข้อซึ่งจะหลวมมากกว่าปกติด้วย และทั้งหมดนี้จะทำให้กล้ามเนื้อเข่าอ่อนแรงและเหี่ยวลีบลง

ปัญหาของโรคข้อเสื่อมและวิธีการแก้ปัญหา

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน และมีปัญหาเกิดขึ้นมากมาย ในการดำรงชีพ ปัญหาที่พบบ่อยในโรคข้อเสื่อมได้แก่

1. ปัญหาความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นอาการที่สำคัญของโรคข้อเสื่อม มักจะมีลักษณะปวดลึก ๆ ไม่มีขอบเขตชัดเจน มักจะเป็นตอนใช้งานและหายไปเมื่อได้พัก เมื่อโรคนี้เป็นมากขึ้น แม้เคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยก็จะปวด

ความเจ็บปวดในโรคข้อเสื่อมมีกลไกที่สลับซับซ้อนและยังไม่ทราบแน่ชัด อาการปวดเป็นๆ หายๆ และเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นมักจะมีผลเสียตามมามากมาย เช่น ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อยลงทำให้ข้อติด กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง กระดูกบางลง นอนไม่หลับ ถ้าทิ้งไว้นานจะมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมกลายเป็นความเจ็บปวดแบบเรื้อรังได้

ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาโรคข้อเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษาคือ ลดอาการปวด ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปตามปกติ ป้องกัน หรือแก้ไขการผิดรูปผิดร่างของข้อ และทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการทำงานได้เป็นปกติ วิธีการรักษา ได้แก่

- 1.1 ยา
 - 1.2 พักข้อ ลดการลงน้ำหนักที่ข้อ
 - 1.3 ความร้อน ความเย็น
 - 1.4 การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า
 - 1.5 การดึง (Traction) การดัด (Manipulation) การนวด (Massage)
- ## 2. ปัญหาข้อติด

ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในระยะแรกๆ อาจจะมีข้อฝืดในตอนเช้า แต่ส่วนใหญ่แล้วไม่นานเกินครึ่งชั่วโมง อาการอาจจะเกิดถ้าทำงานหรืออยู่ในท่าใดนานๆ เช่น นั่งพับเพียบกับพื้นจะรู้สึกข้อเข้าเมื่อยฝืดได้ ในระยะต่อมาอาจจะมีเสียงดังในข้อขณะเคลื่อนไหว ในระยะหลังๆ อาจจะมีอาการข้อติดได้ สาเหตุของข้อติดเกิดขึ้นได้หลายประการ เช่น ผิวสัมผัสของข้อแต่ละด้านอาจจะไม่เข้าพอดีกันทำให้เวลาเคลื่อนไหวไม่สะดวก (Incongruity) หรืออาจจะเกิดจากกล้ามเนื้อเกร็งตัวอยู่นาน ทำให้มีการปรับความยาวของ แซคโคเมอร์ (Sacromere) เกิดหดแข็งอย่างถาวร (Contracture) นอกจากนี้ยังอาจจะมีข้อติดจากกระดูกงอก (Osteophyte) หรือมีลูลูส บอดี (Loose bodies) ไปขัดการเคลื่อนไหวอยู่ในระยะสุดท้ายจะเกิดการผิดรูปและข้อเคลื่อนไหวได้จากการสูญเสียเนื้อกระดูกอ่อน ซีสท์ที่กระดูก กระดูกงอก (Bony overgrowth) และจากการขาดความสมดุลของกล้ามเนื้อเพราะกล้ามเนื้อลีบอ่อนแอ

จากการศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมจำนวน 63 คน มีการติดของข้อร้อยละ 12.70 มีเสียงดังในข้อร้อยละ 96.80 ขาโก่งร้อยละ 44.40 และมีความไม่มั่นคง (Instability) ร้อยละ 4.80

วิธีการบำบัดรักษาปัญหาข้อติด

2.1 การจัดทำ ให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมป้องกันการติดของข้อ ในท่าที่ต้องการการจัดท่ามักจะใช้บ่อยในระยะที่มีอาการมากต้องการพักข้อ

2.2 การบริหารนิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ นับว่าจำเป็นมากในการป้องกันข้อติด ควรเริ่มทำให้เนิ่นนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ บางรายจะให้เริ่มด้วยการออกกำลังกายแบบแอคทีฟ (Active) คือ ให้อผู้ป่วยทำเองเพื่อว่าผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดอยู่ จะรู้ขีดจำกัดของตัวเองว่าทำได้เพียงใดจึงจะไม่เจ็บ ซึ่งจะให้ออาการอักเสบไม่เป็นอย่างมากขึ้น แต่ข้อเสียของการออกกำลังกายแบบนี้คือ ผู้ป่วยที่กลัวจนเกินไปจะไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อได้เต็มพิสัย ทำให้ข้อติดได้ ดังนั้นไม่ควรตั้งเป็นกฎเกณฑ์ว่าเริ่มการบริหารข้อเพื่อป้องกันการติดหรือเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวจะต้องเป็นผู้ป่วยทำเองเท่านั้น บางกรณีอาจจะให้ทำแบบพาสซีฟ (Passive) ได้ คือมีผู้ทำให้ผู้ป่วยแต่ต้องทำด้วยความนุ่มนวล คอยสังเกตอาการของผู้ป่วยด้วยตลอดเวลา การจะใช้วิธีการแบบใดขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรงของโรค และจะต้องคำนึงถึงว่าต้องการจะออกกำลังกายเพื่อจุดประสงค์อย่างอื่นด้วยหรือไม่ เช่น เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความคงทน

2.3 ใช้กายอุปกรณ์เสริม (Orthoses) อาจจะใช้เฝือก (Splint) เพื่อจัดทำให้เหมาะสมและป้องกันการผิดรูปที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือแก้ในรายที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น เครื่องพยุง (เบรส) ที่สามารถใช้ตัดให้หัวเข่าค่อย ๆ เหยียดออกได้

3. ปัญหาเรื่องความแข็งแรงและคงทนของกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าทั้งความแข็งแรงและความคงทนของกล้ามเนื้อแบบแอโรบิก คาพาซิตี (Aerobic capacity) และความสามารถในการทำงานของข้อ ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยลดการใช้งานของ กล้ามเนื้อเพราะมีอาการเจ็บปวดอักเสบ บวม ข้อติด และจากการที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน เหล่านี้มีผลสืบเนื่องให้ความคงทนของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยลดลง และพบว่ากล้ามเนื้อมีทิฟเปิลไฟเบอร์ แอ็ดโทรफी (Type II fiber atrophy) เป็นส่วนใหญ่ซึ่งตามปกติแล้วกล้ามเนื้อและเอ็นรอบข้อจะทำหน้าที่เป็นช็อค แอบซอร์เบอร์ (Shock absorber) และทำให้เกิดความมั่นคงของข้อ ถ้ากล้ามเนื้อและเอ็นอ่อนแอลงก็อาจจะทำให้เกิดการทำลายที่ข้อได้ง่ายขึ้นทำให้อาการของโรคเลวลงได้ ดังนั้นการบริหารกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อให้แข็งแรงจึงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยพวกนี้ การออกกำลังกายในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอักเสบมากเรามักจะให้พักแต่ในการพักข้อก็มีทั้งผลดีและผลเสีย ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 ผลดีและผลเสียในการพักข้อเพื่อการบำบัดโรคข้อโดยทั่วๆ ไป

ผลดี	ผลเสีย
1. ลดบวม	1. เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ
2. ลดปวด	จุดตั้นและเอ็มโบลิสซัน
3. ลดการบาดเจ็บที่จะเกิดเพิ่มขึ้นจากการเคลื่อนไหว	2. เพิ่มโอกาสเกิดภาวะกระดูกบาง
4. ลดการอักเสบสามารถจัดข้อให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม	3. เสี่ยงต่อการเกิดแผนกดทับ
5. ทำให้ภาวะจิตใจดีขึ้น	4. กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ
	5. ข้อติดยึด
	6. เพิ่มการเกิดนิ้วในไต
	7. อาจเกิดภาวะซึมเศร้า
	8. น้ำหนักตัวเพิ่ม

ที่มา : เยี่ยมมโนภพ บุญนาค. (2538). “เวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรคข้อเข่าเสื่อม” ใน ตำราโรคข้อ บรรณาธิการโดย สุรวุฒิ ปรีชานนท์ และสุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. หน้า 651.

การพักข้อเป็นวิธีการรักษาที่ใช้กันมาแต่โบราณและยังคงใช้มาจนถึงปัจจุบัน แต่เนื่องจากการพักข้อมีทั้งผลดีและผลเสีย ดังนั้นการพักข้อจึงควรจะทำในเวลาให้พักน้อยที่สุดเพื่อไม่ให้เกิดผลเสีย ซึ่งต้องพิจารณาตามอาการและภาวะของร่างกายว่าอยู่ในสภาพใด เมื่ออาการดีขึ้นจะเริ่มออกกำลังกายโดยทำเป็นไอโซเมตริก (Isometric) เพราะการออกกำลังกายแบบนี้จะเพิ่มแรงกดในข้อน้อยเป็นผลให้การอักเสบหรือการทำลายข้อน้อยกว่าการออกกำลังกายแบบอื่น เมื่ออาการของผู้ป่วยน้อยลงก็เปลี่ยนเป็นการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic dynamic) โดยมีการเคลื่อนไหวของข้อด้วยตัวผู้ป่วยเอง ในระยะแรกจะไม่ใช้แรงต้านเมื่ออาการดีขึ้นก็ค่อยๆ เพิ่มแรงต้านมากขึ้นตามความเหมาะสม โปรแกรมการออกกำลังกายแบบนี้จะเน้นด้านความแข็งแรงก่อนเป็นสำคัญในระยะหลังจึงเพิ่มการออกกำลังกายแบบเพิ่มความคงทนและเออีโรบิก คาพาซิตี (Aerobic capacity) การออกกำลังกายของผู้ป่วยประเภทนี้ต้องระวังเพราะมักจะเป็นผู้ที่มีอายุมากและมักจะมีโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจหลอดเลือดและการหายใจ ดังนั้นจึงต้องถามประวัติตรวจร่างกายให้ดีในกรณีที่เป็นควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4. ปัญหาด้านการเดิน

ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีปัญหาที่ข้อต่างๆ ของขา โดยเฉพาะข้อเข่าและตะโพก รวมทั้งกระดูกสันหลัง มักจะมีความผิดปกติของท่าเดิน ทำให้เดินลำบากหรือเดินไม่ไหว ปัญหานี้มักจะมีสาเหตุมาจากอาการปวดข้อติดยึดรูป

ในการบำบัดรักษาสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1. ฝึกทำเดินให้ถูกต้อง
2. ใช้กายอุปกรณ์เสริมช่วย เช่น
 - 2.1 เข่าเจ็บอาจจะใส่เฝือกพยุงเข่า (Knee support)
 - 2.2 เข่าไม่ค่อยมั่นคงอาจจะใช้เบรลช่วย
 - 2.3 เข่าที่มีการผิดรูป เช่น จีนู วารัม (Genu varum) ก็ใช้เบรลช่วย

ประกอบด้ว

2.4 ดัดแปลงรองเท้าให้มีสันนิ่มกว่าธรรมดา หรือสันตัดว่าเพื่อลดแรงกระแทกช่วงเวลาสั้นกระแทกพื้น (Knee strike)

2.5 ในกรณีที่มี จีนู วารัม (Genu varum) อาจจะใช้อุปกรณ์เสริมพื้นด้านใน (Medial heel and sole wedge) เพื่อเปลี่ยนแนวแรงที่ไปกระทำต่อข้อเข่าให้เป็นปกติมากขึ้น

2.6 ในกรณีที่มีอาการเจ็บมากๆ หรือข้อเข่าไม่มั่นคง อาจจะใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า (Cane) ไม้ค้ำยัน (Crutch) ช่วยลดการลงน้ำหนักที่ขาข้างนั้น การใช้เครื่องช่วยเดินควรระวังความสูงให้ถูกต้อง และฝึกทำเดินให้ถูกต้องจึงจะได้ผล

2.7 กรณีที่เป็นมากและสุขภาพทั่วไปไม่ดีด้วย อาจจะต้องพิจารณาใช้รถล้อเข็น (Wheel chair)

3. ฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อและพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ

นอกจากเรื่องเดินแล้วควรพิจารณาเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การขึ้นลงบันได ขึ้นลงทางลาด ขึ้นลงรถเมล์ เป็นต้น ในต่างประเทศมีกฎหมายออกมาช่วยผู้พิการมากมายในการแก้ไขอุปสรรคจากสิ่งแวดล้อม (Architectural barriers) ทำให้คนพิการคนป่วยสามารถเดินทางไปในที่สาธารณะต่างๆ ได้สะดวก

5. ปัญหาด้านกิจวัตรประจำวัน

งานที่จะทำในกิจวัตรประจำวันในที่นี่มีหลายอย่าง เช่น การกินอาหาร การทำครัว ทำงานบ้าน การแต่งตัว การทำความสะอาดของร่างกาย (เช่น แปรงฟัน ล้างหน้า ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ) ในกรณีที่เคลื่อนไหวไม่ได้ก็ต้องรวมถึงการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปที่หนึ่งด้วย ผู้ที่ฝึกให้ผู้ป่วยพิการสามารถทำงานดังกล่าวได้นั้นมักจะได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) โดยสรุปแล้วนักกิจกรรมบำบัดจะมีหน้าที่

5.1 ฝึกและแก้ไขตัวผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่มีและทำงานได้ เช่น ฝึกให้เกิดกำลัง ความคงทน และโคดิเนชั่น (Coordination) ในการใช้มือที่พิการกินอาหาร หรือหัดใช้มืออีกข้างที่ตีทำงานแทน เป็นต้น

5.2 แก้ไขสิ่งแวดล้อมและเครื่องใช้ให้ผู้ป่วยสามารถทำงานที่ต้องการได้เช่น ผู้ป่วยกำมือไม่ได้มาก ไม่สามารถหยิบด้ามช้อนได้ ก็ทำด้ามช้อนเสียใหม่ให้ใหญ่ขึ้นสามารถทำได้ โต๊ะเก้าอี้ต่ำไปก็ทำให้สูงขึ้นเหมาะกับผู้ป่วย ส้วมแบบนั่งยองๆ ลำบากก็เปลี่ยนเป็นแบบ โถนั่ง ขับริยยนต์ลำบากก็ใช้เครื่องมือปรับช่วย เป็นต้น

6. ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

ในความเป็นจริงปัญหาด้านนี้มีมากแต่มักจะถูกกละเลย เพราะผู้ป่วยอายุที่จะบอกรักษาและแพทย์เองก็ไม่ค่อยกล้าถาม สาเหตุของปัญหานี้มีหลายประการ เช่น เกิดจากความเจ็บปวด ข้อติดฝืด ปัญหาด้านจิตใจมีอาการซึมเศร้า ไม่สนใจเรื่องเพศ (Self image) ไม่ดีสุขภาพอ่อนแอ เหนื่อยล้าง่าย รวมทั้งสาเหตุจากการใช้ยาบางประเภท เช่น Beta blocker พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ตะโปก เขา กระดูกสันหลัง มักจะมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีข้อตะโปกเสื่อมอย่างเดียวนั้นมีปัญหาในแง่นี้ถึงร้อยละ 67 โดยเฉลี่ย

วิธีบำบัดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

6.1 หากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น สาเหตุอาจจะมีหลายอย่าง อย่างใดที่แก้ไขได้ก็ต้องช่วยเหลือ เช่น เปลี่ยนชนิดและขนาดของยา ช่วยแก้ไขบริหารข้อที่ติดและกล้ามเนื้อที่อ่อนแอ ข้อใดปวดหรือไม่มีความมั่นคงก็แก้ไขตามแนวทางแก้ปัญหาดังกล่าวที่กล่าวมาก่อนหน้านี้

6.2 ช่วยแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ ให้การปรับประคับประคองและเสริมความมั่นใจ

6.3 ช่วยแนะนำเทคนิคในการร่วมเพศการให้ยาแก้ปวด อาบน้ำอุ่น และนวดก่อนการร่วมเพศจะช่วยให้ลดปวดและคลายความตึงเครียดวิตกกังวล การแนะนำทำในการร่วมเพศจะเป็นประโยชน์มาก ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง การใช้ท่านอนตะแคงข้างจะช่วยได้ ผู้หญิงที่มีอาการที่ตะโปกและกระดูกสันหลัง ทำร่วมเพศโดยผู้ชายอยู่ทางด้านหลังหรือด้านข้างจะสะดวกกว่า สำหรับผู้ชายมักจะมีปัญหามากเมื่อมีโรคข้อเสื่อมที่มือแขน เพราะไม่สามารถใช้มือยันในท่าอยู่บนได้ ดังนั้นจึงมักจะนิยมแนะนำให้ใช้ท่านอนข้างจะเห็นได้ว่าไม่เฉพาะต่อผู้ป่วยเท่านั้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากคู่ของผู้ป่วยด้วย

6.4 ให้คำปรึกษาในแง่วางแผนครอบครัวและการเลี้ยงดูเด็ก

7. ปัญหาทางด้านจิตใจ

ถึงแม้ว่าโรคข้อเสื่อมจะไม่ค่อยมีความพิการหรืออาการปวดรุนแรง แต่เนื่องจากโรคนี้เป็นเรื้อรังค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น จึงมักจะมีปัญหาด้านจิตใจไม่มากก็น้อย ในผู้หญิงจะพบปัญหาด้านความสวยงาม โดยเฉพาะถ้าเป็นที่นิ้วมือ ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจตัวเองที่จะเข้าสังคม ในกรณีผู้ชายจะเป็นปัญหามากเมื่อมีผลกระทบด้านงานอาชีพ เพราะจะทำให้ลดความภูมิใจในการเป็นผู้นำของครอบครัว เกิดความวิตกกังวลไม่สามารถจะปฏิบัติงานให้ลุล่วงไปได้ถ้าไม่มีการแก้ไข อาจจะกลายเป็นอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม Cognitive ซึ่งจะเป็นปัญหาที่แก้ได้ยาก

วิธีการบำบัดรักษาปัญหาทางด้านจิตใจ

ในขั้นแรกโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างตัวผู้ป่วยกับแพทย์ อธิบายความเป็นไปของโรคและเพิ่มความมั่นใจในผลการรักษา ไม่วิตกกังวลไปเกินกว่าเหตุ ให้ความสนใจกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรค ให้ความสำคัญต่อครอบครัวและสังคมในอันที่จะช่วยแก้ปัญหา ร่วมกับผู้รักษาและผู้ป่วย ในกรณีที่จำเป็นควรปรึกษาจิตแพทย์

8. ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

เป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยแต่แพทย์โดยทั่วไปมักจะมองข้าม บ่อยครั้งความล้มเหลวในการรักษามีสาเหตุโดยตรงจากปัญหานี้ อย่างไรก็ตามการแก้ปัญหาเหล่านี้ค่อนข้างยากและต้องการบุคลากรหลายประเภท เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ผู้ฝึกอาชีพเบื้องต้น และนักจิตวิทยา เป็นต้น ดังนั้นปัญหานี้มักจะทำได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อมเท่านั้น

9. ปัญหาด้านความเข้าใจในโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตน

วิธีบำบัดรักษา

9.1 ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเสื่อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งลักษณะของโรค การดำเนินของโรคและปัจจัยที่จะทำให้โรคเป็นมากขึ้น พร้อมวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เช่น ให้ความรู้แก่นักวิ่งซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยข้อเสื่อม สวมรองเท้าที่ไม่มีบัวรดเท้า และมีส่วนนึ่มที่สัน (เช่น Air cushion heel) เพื่อลดแรงกระแทกแนะนำโปรแกรมการออกกำลังกาย การพักผ่อน และการเล่นกีฬาที่เหมาะสม เป็นต้น

9.2 สอนโปรแกรมการระมัดระวังอันตรายต่อข้อและการประหยัดพลังงาน

จุดมุ่งหมายของโปรแกรมนี้คือความพยายามจะลดแรง Stress และอาการเจ็บของข้อที่เป็นโรค ซึ่งจะมีผลในการลดการอักเสบและรักษาสุขภาพของข้อไว้ไม่ให้เสียหาย ถูกทำลายไปเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนโปรแกรมฝึกการประหยัดพลังงานนั้น มีประโยชน์ในแง่จะได้มีพลังงานไว้ใช้ได้นานตามความจำเป็นในการใช้งาน

หลักการในโปรแกรมการระวังป้องกันข้อมีดังนี้

9.2.1 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความเจ็บปวด รู้จักสังเกตว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำโดยใช้ความเจ็บปวดเป็นเครื่องวัด ทั้งนี้เพราะถ้าหากระวังเกินไปไม่เคลื่อนไหวเลยก็เกิดผลร้ายทำให้ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ ตรงข้ามถ้าไม่ระมัดระวังเลยมีกิจกรรมมากเกินไปก็มีการทำลายข้อได้โดยมากแล้ว จะแนะนำไม่ให้งานกิจกรรมใดๆ ที่หลังจากแล้วมีความเจ็บปวดอยู่นานเกิน 1 ชั่วโมง

9.2.2 การพักกับการทำงาน ผู้ป่วยโรคข้อมักจะอ่อนล้าได้ง่าย ดังนั้นควรมีโอกาสพักมากกว่าคนปกติ โดยทั่วไปมักจะให้พัก 10-12 ชั่วโมง/วัน และแนะนำว่าควรมีช่วงระยะพักตอนกลางวันด้วย อย่างไรก็ตามจะพักหรือทำงานเท่าใดต้องพิจารณาความเหมาะสมเป็นรายๆ ไป

9.2.3 เสริมสร้างความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อและป้องกันการยึดติดของข้อ

9.2.4 ลดแรงที่จะทำงานหนึ่งงานใด เช่น ลดน้ำหนักเครื่องมือหรือสิ่งของที่ต้องยกใช้เครื่องช่วยออกแรง เป็นต้น

9.2.5 พยายามใช้ข้อที่แข็งแรง

9.2.6 ควรใช้ข้อใดข้อหนึ่งในท่าที่ข้อนั้นๆ อยู่ในสภาวะที่มั่นคงที่สุด เช่น เวลาลุกขึ้นยืนไม่ควรจะเอียงไปยังข้างใดข้างหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดแรงบิดที่เข้าเป็นอันตรายต่อเส้นเอ็นได้ควรจะลุกขึ้นมาตรงๆ ไม่ควรใช้นิ้วมือเป็นตัวดันควรจะใช้อุ้งมือแทน

9.2.7 หลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ เพราะการอยู่ในท่าใดนานๆ จะเป็นผลให้กล้ามเนื้อเฉพาะบางกลุ่มหรือเส้นเอ็นเมื่อยล้าทำงานไม่เต็มที่จนเกิดแรงกดต่อข้อได้

9.2.8 ไม่ควรทำงานต่อเนื่องกันนานเกินไป

9.2.9 ควรพิจารณาการใช้กายอุปกรณ์เสริมหรือเครื่องมือช่วยในกรณี

จำเป็น

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (ประกิด เทียนบุญ. 2534 : 7-9)

การรักษาข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงที่ปรากฏออกมาว่ามากน้อยแค่ไหน โดยไม่ควรรักษาผู้ป่วยตามลักษณะที่เห็นจากภาพรังสี แต่อาจใช้เป็นส่วนประกอบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางรักษา โดยทั่วไปแล้วแนวทางการรักษาให้พิจารณาที่

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

ส่วนในแง่ของวิธีการรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมนั้นประกอบด้วย

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

การรักษาทางยา

อาการเจ็บปวดข้อเข่าเกือบทั้งหมดสามารถบำบัดรักษาให้หายได้ หรืออย่างน้อยก็ดีขึ้นจนสามารถดำเนินชีวิตปกติประจำวันได้ โดยพยายามแก้ไขให้ตรงจุด หรือตรงกับสาเหตุของโรค เพราะฉะนั้นก่อนที่จะทำการรักษาต้องทราบสาเหตุแน่นอนของโรคก่อนว่าเป็นอะไรและอยู่ที่ตำแหน่งใดของข้อเข่า อาการเจ็บปวดรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า

มากอาจจะต้องพักการใช้งานของข้อเข่าสักระยะหนึ่ง การพักเข่าอาจจะมีหลายวิธีตั้งแต่ไม่ให้นั่งน้ำหนัก ให้เฉพาจะงอเข่า เขยียดเข่า หรือใส่เฝือกตามไว้ชั่วคราวเป็นเวลา 1-3 สัปดาห์ ความเจ็บปวดจากการอักเสบของเส้นเอ็นจะค่อยๆ หายไปได้เอง หรือร่วมกับการรับประทานยา จะช่วยให้การอักเสบและเจ็บปวดอย่างมากๆ ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว การเลือกยาสำหรับใช้ในการรักษาข้อเข่าเสื่อมมียามากชนิดให้เลือก ในปัจจุบันทั้งยารับประทาน ยาทา หรือยานวด ยาฉีดทั้งชนิดเข้ากล้ามเนื้อและเข้าข้อ

ยาที่ใช้ในโรคข้อเสื่อมเดิมมักจะใช้ยาแก้ปวด (Analgesic drug) เท่านั้น แต่ต่อมามีผู้เชี่ยวชาญหลายคนเห็นว่าน่าจะใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAID) ร่วมด้วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยจะมีอาการของการอักเสบอยู่ด้วยโดยเฉพาะพบมากในระยะที่กำลังมีอาการปวด อย่างไรก็ตามในระยะหลังมีรายงานว่ามียาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAID) บางขนานอาจจะทำให้โรคเป็นมากขึ้น เข้าใจว่าอาจเกิดจากยาไประงับความปวดทำให้ผู้ป่วยชะล่าใจใช้ข้อทำงานมากขึ้นเป็นผลให้ข้อเสื่อมเร็ว นอกจากนี้ยังมีรายงานว่ายาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAID) บางขนานรวมทั้งแอสไพรินอาจจะเข้าไปขัดขวางการสร้างโปรตีนโปรติโอกลัยแคน ทำให้การซ่อมแซมกระดูกอ่อนทำได้ไม่ดี เป็นผลให้เกิดข้อเสื่อมได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมส่วนใหญ่จะมีอายุมาก ดังนั้นจึงควรระวังเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงให้มาก และเลือกยาที่มีอายุในการทำงานสั้นในการรักษา

ในบางครั้งโรคข้อเสื่อมจะมีอาการเจ็บที่กล้ามเนื้อ แบบมายโอพาสซิคอล เพน (Myofascial pain) หรือเจ็บที่เอ็นร่วมด้วย ในกรณีแบบนี้การรักษาโดยฉีดยา ไทรเกอร์พอยท์ (Trigger point) ด้วยซัลโลเคน หรือฉีดสเตียรอยด์ตรงบริเวณเอ็นที่เจ็บจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นมาก ดังนั้นการตรวจให้ละเอียดว่าตำแหน่งของความเจ็บปวดอยู่ที่ใด ในหรือนอกข้อจะมีความสำคัญมากในการรักษา

กายภาพบำบัด

เป็นวิธีการหนึ่งที่ให้ผลการรักษาดีและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถ้าทำอย่างถูกต้อง และระมัดระวัง จุดประสงค์ในการทำกายภาพบำบัด นอกจากจะทำเพื่อลดอาการเจ็บปวดแล้วยังต้องการให้กล้ามเนื้อเข้าแข็งแรงมากขึ้น การเคลื่อนไหวของเข่าเป็นปกติและเป็นการป้องกันความพิการมิให้เกิดขึ้น หรือให้เกิดซ้ำลง การแก้อาการเจ็บปวดสามารถทำได้โดยใช้ความร้อนหรือความเย็น แต่นิยมใช้ความร้อนซึ่งเป็นทั้งชนิดการใช้ความร้อนในระดับลึกจากผิวหนัง (Deep heat) หรือการใช้ความร้อนในระดับผิวหนัง (Superficial heat) โดยอาศัยเครื่องมือที่เป็นแหล่งความร้อนต่างๆ เช่น อัลตราซาวด์ (Ultra Sound) เป็นต้น

ความเย็นและความร้อน

ความเย็นอาจจะใช้น้ำแข็งประคบน้ำแข็งนวด หรือฉีดพ่น ความเย็นสามารถลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ลดความไวของมาสเซล สปินเดิล (Muscle spindle) และเพิ่มพิภักต์ความเจ็บปวด

เรามักใช้ความเย็นในระยะเฉียบพลันหลังจากผู้ป่วยมีอาการปวดอักเสบเมื่อไปโดนกระทบกระแทกหรือทำงานหนักมาก

ความร้อน

เราแบ่งชนิดความร้อนได้เป็น 2 อย่างคือ

- ความร้อนตื้น เช่น พาราฟิน กระเป๋าน้ำร้อน ถังน้ำวน (Whirl pool ; ความร้อนแบบเปียก) หรือแสงอินฟราเรด (ความร้อนแห้ง)

- ความร้อนแบบลึก มี 3 ชนิดให้ความร้อนลึกต่างกันดังนี้

ซ็อตเวฟ ไดอะเธอมี (Shortwave diathermy) ให้ความร้อนถึงบริเวณ

กล้ามเนื้อชั้นตื้น

ไมโครเวฟ ไดอะเธอมี (Microwave diathermy) ให้ความร้อนถึงบริเวณ

กล้ามเนื้อชั้นลึก

อัลตราซาวด์ (Ultrasound) ให้ความร้อนถึงบริเวณรอบๆ

หลักในการให้ความร้อนมีดังนี้

- เลือกใช้ความร้อนในช่วงหลังจากระยะเฉียบพลัน (ระยะแรกสุดใช้ความเย็น)

- เลือกความร้อนชนิดเปียก ไม่นิยมใช้ชนิดแห้ง (ผู้ป่วยรู้สึกสบายกว่า)

- นิยมใช้ความร้อนตื้นมากกว่าแบบลึก เพราะส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยไม่สะดวกจะมารักษาที่โรงพยาบาล เครื่องมือที่ให้ความร้อนลึกมักจะหายากและมีราคาไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ที่บ้าน

- ถ้าผู้ป่วยเป็นมาก เรื้อรัง มีข้อติดต้องเลือกใช้ความร้อนลึก ยิ่งเป็นมาก เรื้อรังมากต้องเพิ่มขนาดหรือเวลาในการรักษา

- ในข้อที่ลึกมากๆ เช่น ข้อตะโพก หรือในกรณีเคยผ่าตัดใส่อุปกรณ์โลหะ ควรจะเลือกใช้คลื่นเสียงความถี่สูง และปลอดภัยกว่าใช้ความร้อนลึกชนิดอื่น

- ไม่ควรใช้ความร้อนลึกในกรณีผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยง หรือบริเวณที่เส้นประสาทรับความรู้สึกไม่ปกติ

การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า

เราแบ่งออกได้เป็น 2 อย่างคือ

- การกระตุ้นเส้นประสาท ด้วยไฟฟ้าลดความเจ็บปวด (Transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย ราคาถูก สามารถซื้อไปใช้ที่บ้านได้สะดวก สามารถใช้ได้ปลอดภัยในกรณีผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลังผ่าตัด

- การกระตุ้นเพื่อลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ โดยใช้หลักที่ว่าเมื่อการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อลดลง อาการปวดจะลดลง นอกจากนั้นยังมีคนใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Mycrodyne) กระตุ้นส่วนข้อเข่าและข้อเท้าในขณะที่แช่อยู่ในน้ำ และรายงานว่าจะสามารถลดบวม คลายกล้ามเนื้อและลดปวดลงได้

การนวด

ในรายของโรคข้อ หวังผลที่จะช่วยลดความเจ็บปวด ลดบวม ช่วยลดการดึงของกล้ามเนื้อที่อยู่ใกล้ๆ ข้อ มักจะทำก่อนการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวเสียก่อน มิฉะนั้นอาจจะเจ็บ การนวดมักจะไม่ทำต่อข้อโดยตรงทีเดียว แต่จะนวดที่กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อ ข้อเสียของการนวดก็คือ เสียเวลาและแรงงานมากกว่าการใช้เครื่องแต่ก็มีผลที่ทำให้การสัมผัสโดยตรงต่อผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจต่อผู้รักษา โรคทางข้อที่เราไม่ใช้การบำบัดโดยวิธีนวดคือ โรคข้ออักเสบติดเชื้อ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ระยะเฉียบพลัน เก๊าท์ การอักเสบติดเชื้อที่กระดูก การนวดมักจะได้ผลดีในกรณีที่มีกล้ามเนื้อเกร็งตัวจากปัญหาของกระดูกหลังและคอ

การดึง

ใช้มากในการรักษาโรคของกระดูกสันหลัง เช่น ข้อสันหลังติดตรึง (Spondylosis) โดยเฉพาะที่ส่วนคอใช้บ่อยกว่าที่ส่วนอื่น สำหรับโรคที่เป็นที่แขนขา การดึงมีจุดประสงค์ที่จะลดการเคลื่อนไหวข้อ แก้ไขการติดแข็งของข้อที่เป็นไม่มากนัก และช่วยลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ เราไม่ใช้การดึงในรายที่มีความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง เช่น ในรายโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ นอกจากนี้โรคอื่นที่มักจะไม่ใช้การดึงก็มี เช่น มะเร็งภาวะกระดูกบาง วัณโรคกระดูก

การตัด

ผลในการรักษาโรคข้อโดยวิธีนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ และมักจะทำกันในพวกที่มีประสมการณ์และความชำนาญเพียงพอ มิฉะนั้นจะมีอันตรายได้ การรักษาโดยวิธีตัดมีจุดมุ่งหมายที่จะยึดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เยื่อหุ้มข้อ ช่วยแก้ข้อเคลื่อน (Subluxation) การผิดรูปของข้อ เราไม่ใช้วิธีนี้กับโรคหลายประเภท เช่น ในรายมีเนื้อร้าย มีการติดเชื้อที่กระดูกและข้อ รายที่มีข้อไม่มั่นคงแข็งแรง ในคนที่มีกระดูกแก่ และในรายที่มีพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง

ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการปวดเข่ารุนแรง เหมือนกับอาการปวดเข่าที่มีสาเหตุจากอย่างอื่น อาการปวดเข่ามักจะเริ่มอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป ยกเว้นบางรายที่เอ็นรอบเข่ามีการอักเสบอย่างฉับพลัน เพราะฉะนั้นการใส่ฝีกข้อเข่าจึงไม่ค่อยมีความจำเป็นพบว่าการรักษาทางยาร่วมกับการทำกายภาพบำบัดก็สามารถที่จะช่วยรักษาอาการเจ็บปวดรวมทั้งอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วยได้เป็นอย่างดี ยกเว้นในรายที่มีความเสื่อมของเข่ามากๆ

การผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นวิธีการอันหนึ่งซึ่งไม่ใช่วิธีการสุดท้าย ดังที่เข้าใจกันในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะไม่ใช่หมายความว่าหลังการผ่าตัดแล้ว อาการปวดเข่าหรือความพิการของข้อจะเป็นปกติเหมือนเดิม การรักษาทางยาและการทำกายภาพบำบัดยังคงมีความจำเป็นอยู่มาก

ทั้งในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ๆ และระยะท้ายๆ เมื่อความเสื่อมเริ่มเกิดขึ้นอีก แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดก็เป็นวิธีการที่ได้ผลการรักษาดีวิธีหนึ่ง เมื่อเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

การเปลี่ยนข้อเข่าเป็นทางเลือกสุดท้ายในกรณีที่ไม่สามารถทำอย่างอื่นให้ดีขึ้นได้ เมื่อความเสื่อมเกิดขึ้นอย่างมากกับข้อเข่า ปัญหาคือความเสื่อมมากแค่ไหนจึงจะเหมาะกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จึงควรต้องพิจารณาจากข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ดังนี้

1. มีความเสื่อมเกิดขึ้นกับข้อเข่าทั้งสองข้างมาก บริเวณช่องทางด้านในและด้านนอก รวมทั้งกระดูกสะบ้าด้วย

2. พวกที่ตรวจพบที่มีการเคลื่อนของข้อเข่าบางส่วน

3. อายุมากตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

4. ไม่ควรอ้วนมากเกินไป โดยทั่วไปน้ำหนักไม่ควรเกิน 80 กิโลกรัม

5. ความเสื่อมของข้อเข่าที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุเกิดจากโรคติดเชื้อของข้อเข่า

6. ไม่มีโรคที่อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อต่อข้อเข่าได้ง่าย เช่น มี

บาดแผลเรื้อรังที่เท้า เป็นต้น

7. เข่าที่จะนำมาเปลี่ยนข้อเข่านั้น ควรจะมีช่วงการเคลื่อนไหวเป็นปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติก่อนผ่าตัด เข่าที่เสื่อมติดแข็งแล้วถ้านำมาผ่าตัดวิธีนี้ หลังการผ่าตัดไม่

สามารถเคลื่อนไหวได้ดีเท่าที่ต้องการ นอกจากนี้ยังไม่มั่นคงแข็งแรงเหมือนการเปลี่ยนข้อเข่าอื่นๆ อีกด้วย

วิธีอื่น เช่น การพักข้อ

การพักข้อมักจะทำในระยะที่เจ็บมากๆ หรือมีอาการอักเสบโดยงดใช้งานข้อที่เจ็บ เมื่ออาการดีขึ้นก็ให้ทำงานได้แต่พักเป็นช่วงๆ บางทีการใช้กายอุปกรณ์เสริม (Orthosis) จะช่วยผู้ป่วยได้มาก เช่น ใส่เบรสปยุงข้อเข่า หรือการใช้ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน (Crutch) ช่วยรับน้ำหนัก จะทำให้ผู้ป่วยเดินได้ไกลขึ้นมั่นคงและเจ็บน้อยลง

หลักการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ยงยุทธ วัชรดุลย์, 2526 : 56-58)

1. ลดน้ำหนักตัวในกรณีที่อ้วน ทำได้โดยปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยในการรับประทานอาหาร ดังนี้

1.1 ลดอาหารจำพวกที่มีไขมัน แป้ง และน้ำตาลให้น้อยลง เพราะอาหารพวกนี้ ร่างกายจะสะสมไว้ ควรรับประทานอาหารจำพวกที่มีกากมากๆ แต่ให้พลังงานแก่ร่างกายน้อย ได้แก่ อาหารจำพวกผักต่างๆ

1.2 ควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ในขนาดที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย คือ วันละประมาณ 100 กรัม โดยอาจจะปรุงอย่างไรก็ได้ แต่ควรใช้ไขมัน แป้ง และน้ำตาลให้น้อยที่สุด

1.3 ควรรับประทานอาหารจุกจิกทุกชนิด เช่น เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ได้แก่ น้ำอัดลม กาแฟ และขนมหวานทุกชนิด ควรดื่มน้ำเปล่า และรับประทานผลไม้ที่ไม่มีรสหวาน มากแทน

1.4 ดื่มน้ำหลายๆ แก้วก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อให้หน้าที่ดื่มเข้าไปแทนที่ ในกระเพาะอาหาร จะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง

1.5 ถ้างดอาหารหรือลดจำนวนอาหารบางมื้อลงได้ก็ควรจะทำ เช่น มื้อเย็น ถ้างดได้ก็ควรงด เพราะหลังจากรับประทานอาหารมื้อเย็นแล้วร่างกายไม่ได้นำอาหารที่รับประทาน ไปใช้เป็นแรงงาน ทำให้อาหารที่รับประทานเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บสะสมไว้ตามที่ต่างๆ ของร่างกาย การงดอาหารมื้อเย็น ถ้าหัดจนเคยชินแล้วจะไม่ใช่เป็นอันตรายใดๆ

นอกจากการเปรียบเทียบบริโภคนิสัยในการรับประทานอาหารแล้ว ถ้าจะให้ ได้ผลดีควรออกกำลังกายควบคู่ไปด้วย แต่ก็ควรทำด้วยความระมัดระวังไม่หักโหม บางครั้งการ ออกกำลังกายทำให้เราต้องการอาหารเพิ่มขึ้น และในรายที่มีอาการปวดเข่า การออกกำลังกาย อาจทำให้ปวดเข่ายิ่งขึ้นถ้าเป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้การเดิน ยืน วิ่ง ประกอบด้วย

2. หลีกเลี่ยงการใช้เข่าในท่าที่มีการกดของกระดูกภายในเข่ามากๆ เช่น การนั่ง ยองๆ การเดินมากๆ หรือการขึ้นลงบันไดบ่อยๆ เพราะการกระทำเหล่านี้จะเป็นสาเหตุให้ข้อเข่า ที่อักเสบอยู่แล้วมีอาการรุนแรงขึ้น

3. การบริหารกล้ามเนื้อหน้าขาให้มีความแข็งแรง มีความสำคัญในการป้องกันและ รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างยิ่ง เพราะหน้าที่ของกล้ามเนื้อขาเหนือเข่าจะช่วยลดแรงที่กระทำ ต่อข้อเข่า อันเป็นผลทำให้กระดูกอ่อนภายในข้อเข่า ต้องรับน้ำหนักมากจนเกิดอาการเสื่อม และในข้อเข่าที่เสื่อมและมีการอักเสบแล้ว กล้ามเนื้อมัดนี้จะเกิดความอ่อนแอ เนื่องจากการไม่ได้ ใช้งานเต็มที่นานๆ เพราะการอักเสบก่อให้เกิดความเจ็บปวดจึงทำให้การเคลื่อนไหวใช้กล้ามเนื้อ มัดนี้น้อยลง การบริหารกล้ามเนื้อเหนือเข่าที่ทำหน้าที่เหยียดเข่าออก หรือยืดเข่าให้อยู่ในท่าตรงนั้น ต้องทำการบริหารในท่าที่กล้ามเนื้อมีการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย 2 ท่าที่สำคัญคือ ในท่าหนึ่ง เหยียดขาตรงทั้งสองข้าง เกร็งเข่าและยกให้สูงจากพื้นพอประมาณ ยกขึ้นลงประมาณ 20-30 ครั้ง หรือท่าหนึ่งเหยียดขาบนเก้าอี้ และเกร็งเข่าที่ละข้างเป็นจังหวะประมาณ 20-30 ครั้ง และ ในท่านอนโดยนอนราบกับพื้น เหยียดเท้าทั้ง 2 ให้ตรง ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นลง 20-30 ครั้ง โดยยกสูงพอประมาณ เสร็จแล้วยกอีกข้างหนึ่งทำเช่นเดียวกัน

อีกท่าหนึ่งสำหรับในรายที่ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าไม่มาก หรือพวกที่จะป้องกัน มิให้โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้น มีวิธีปฏิบัติคือ นั่งเก้าอี้ห้อยเท้าในท่างอเข่า แล้วเหยียดเข่าให้ตรง ให้ขนานกับพื้นแล้วงอเข่าดังเดิม ทำสลับกัน ถ้าผู้ป่วยสามารถจะจัดหาถุงทรายหนักประมาณ 1-2 กิโลกรัม มาถ่วงบริเวณข้อเท้าด้วยก็จะดียิ่งขึ้น

การบริหารกล้ามเนื้อหน้าขาดังกล่าวทั้ง 3 ท่า หรือท่าใดท่าหนึ่งรวมกันให้ได้ วันละ 300 ครั้ง โดยแบ่งทำคราวละ 20-30 ครั้ง แล้วแต่โอกาส

ข้อแนะนำที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ เป็นแต่เพียงวิธีการที่จะช่วยให้ทุเลาความยากลำบากแก้ไขปัญหาในรายที่เป็นไม่มาก และสภาพของข้อเข่ายังไม่เสื่อมมากจนสูญเสียหน้าที่ของข้อเข่าเท่านั้น

เวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรคข้อเข่าเสื่อม

สุรวุฒิ ปรีชานนท์ และสุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ (สุรวุฒิ ปรีชานนท์ และสุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. 2528 : 641) กล่าวว่า เวชศาสตร์ฟื้นฟูคือ แขนงหนึ่งของการแพทย์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ให้สามารถเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมให้มากที่สุด ทั้งนี้ตามแต่สภาพของผู้ป่วยแต่ละคนจะอำนวยความสะดวกให้การบำบัดรักษาจึงมักจะทำงานเป็นทีมงาน ประสานกันโดยมีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน โดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าจะรักษาโดยลำพัง หรือรักษาโดยหลายหน่วยงานถึงแม้โรคข้อเข่าเสื่อมจะพบได้มากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคข้ออื่น แต่เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่ค่อยมาก โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น อีกทั้งการดำเนินโรคยังเป็นไปช้าๆ ดังนั้นผู้ป่วยเองและแพทย์ที่รักษา จึงมักจะละเลยไม่ได้สนใจอย่างจริงจังเหมือนกับโรคข้ออื่นๆ ทั้งๆ ที่ความจริงแล้วถ้าปล่อยให้โรคดำเนินต่อไปจะเกิดปัญหามากโรคข้อเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการ สูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานได้มาก เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่น ทั้งยังทำให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง

เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีส่วนในการบำบัดรักษาโรคข้อเสื่อมเกือบทุกระยะของโรค ทั้งในแง่การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาสมภาวะของผู้ป่วยไม่ให้เลวลง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจะเน้นหนักในทางแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการประสานกันเป็นทีมงาน การแก้ปัญหาควรพิจารณาเป็นรายบุคคล เพราะแต่ละบุคคลมีปัญหาไม่เหมือนกัน และที่สำคัญที่สุด คือ ดูแลปัญหาที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยทั้งหมดไม่ใช่ดูแลเฉพาะแต่เพียงบริเวณข้อที่ผู้ป่วยมีปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายและขอบเขตของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) มีความแตกต่างกันระหว่างพฤติกรรมศาสตร์ นักศึกษาและนักวิชาการด้านสาธารณสุข แต่แนวคิดหลักของความว่าพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับ คือแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) สามารถจะใช้เครื่องมือวัดได้ พฤติกรรมภายนอกนั้น ได้แก่ การปฏิบัติซึ่งสามารถสังเกต และมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายในนั้นมีความหมายกว้างมาก ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factor) ต่างๆ ซึ่งสามารถจะใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาวัดได้องค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่ ความเชื่อ ความคิดเห็น การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวังหรือเป้าหมาย (สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2529 : 24-25)

พฤติกรรมตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 580) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 97-98) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึงการแสดงออก ทำที่ของบุคคล การคิด การพูด การเดิน การวิ่ง การหัวเราะ การรับประทานอาหาร การหายใจ การเต้นของหัวใจ ความรู้สึกของบุคคล ล้วนแต่เป็นพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น ดังนั้นอาจให้ความหมายของพฤติกรรมดังนี้ พฤติกรรมหมายถึง ปฏิบัติการหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายใน หรือแสดงออกมาจากภายนอก นักพฤติกรรมศาสตร์บางคนเรียกการเคลื่อนไหวของสิ่งที่ไม่มีชีวิตว่าเป็นพฤติกรรมด้วย

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้มีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น (สุชาติ โสมประยูร. 2526 : 1)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไปดังที่กล่าวมาแล้ว แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้น ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2526 : 33) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า คือความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ โดยเน้นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

รัตนา ประเสริฐสม (2526 : 3) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาสุขภาพที่ควรกระทำในชีวิตประจำวัน

สรงค์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2538 : 67) พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นภายใน (Covert behavior) และภายนอก (Overt behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกายส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวคนจะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ทำทางหรือคำพูดที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะป็นน้ำเสียง สีหน้า

วารี ระกิติ (2530 : 695-705) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก โดยจะเน้นเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ โดยที่องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ มีความรู้ ความคิดเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บว่าเป็นอย่างไร แสดงออกโดยการบอกกล่าว หรือเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การบอกกล่าวว่าจะรักษาสุขภาพอย่างไร จะระมัดระวังสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วยได้อย่างไร การอธิบายให้รู้ถึงสาเหตุของโรค หรือการเขียนบทความให้ผู้อื่นอ่านให้เกิดแนวคิดในเรื่องสุขภาพ เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ เป็นพฤติกรรมที่มีความหมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ เช่น ความยินดี ความเห็นชอบ ความพึงพอใจที่จะปฏิบัติให้เป็นผู้มีสุขภาพดี

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เป็นการแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นได้โดยการสังเกตจากผู้อื่น เช่น การเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ถูกหลักอนามัย การแต่งกายสะอาด เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 202) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้ทั้งโดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้นอาจแยกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2535 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทักษะ โดยเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่ครูสามารถสังเกตและวัดได้

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับความสบาย หรือความสุขปราศจากโรคทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งอาจสังเกตและวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2526 : 93-94)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้โรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

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

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลด หรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับบุญเยี่ยมตระกูลวงศ์ (2528 : 587) ที่ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพ ออกได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค
2. พฤติกรรมบทบาทความเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมเจ็บป่วย

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การเกิดพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมากขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งสะสมกันมาตั้งแต่เด็กของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จะถูกหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ดังนั้นจึงมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173-185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ ความคับข้องใจ เป้าหมาย องค์ประกอบทางด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน โดยแต่ละคนจะแตกต่างกันในลักษณะและความมากน้อย บางคนอาจมีองค์ประกอบทางด้านนี้ในลักษณะและจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจมีลักษณะและจำนวนที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมที่ดีนั้นก็คือองค์ประกอบทางด้านนี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคล

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยกันในกลุ่มประชาชนที่มีเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาด จะสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพดี อาร์รีย์ บุณณะตระกูล (2533 : 131) ได้ทำการวิจัยถึงพฤติกรรม

สุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องการดูแล บุตรดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำได้

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาค่ำมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาค่ำ พิสมัย พัททษาวรรค (2536 : 89) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าพวกที่มีการศึกษาค่ำกว่า

5. องค์ประกอบทางด้านการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้ประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

ระบบบริการสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 141-150) มีดังต่อไปนี้คือ

1. ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อาจจะขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติหรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดเจนในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรักษาพยาบาลที่มีการเพียงพอและทั่วถึงได้ยอมพิสูจน์ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติตามการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมป้องกันโรค

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษา การขาดแหล่งทรัพยากร และค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่ปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อและเจตคติคอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติแล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านเงินจึงจะมีบทบาทต่อพฤติกรรม ดังนั้นการจะขจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความพร้อมในการทำนายพฤติกรรม (Behavioral intention) แล้วเท่านั้น

จากแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมนั้นจะมีองค์ประกอบทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

บลูม (Bloom. 1975 : 18) ได้แบ่งระดับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ (Taxonomy of educational objectives) ออกเป็น 3 ด้าน ตามลักษณะของพฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะทางสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาของปัญหาและทักษะซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอนคือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้เกี่ยวกับการนิยามคำ ความจริง กฎเกณฑ์ ผลลัพธ์ และหลักการ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรมซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี เป็นต้น

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่ส่วนย่อยเป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์มุ่งที่จะสื่อความหมายให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่างๆ หรือส่วนต่างๆ ประกอบเข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียงเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นการกำหนดเกณฑ์ขึ้นเอง หรือเป็นการกำหนดของบุคคลอื่น

2. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม ความสนใจ เจตคติ คุณค่าและค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน

2.1 การยอมรับ (Receiving) เป็นความสามารถในการรู้ หรือความจับไว้ใน การรับรู้สิ่งต่างๆ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ เต็มที่และพอใจในสิ่งเร้า

2.3 การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึก หรือสำนึกในคุณค่าหรือคุณธรรมของสิ่งต่างๆ จนกลายเป็นความนิยมและเชื่อถือในสิ่งนั้น

2.4 การจัดระบบ (Organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ เข้ามาเป็นระบบ

2.5 การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิสัยเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดถือ

3. พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับกับระบบทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

3.1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ

3.2 การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำให้สิ่งที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็นทางการเป็นเรื่องราวเป็นธรรมชาติ

3.4 การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติโดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

นิภา มนูญปิฎ (2528 : 68) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติ และการปฏิบัติไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. $K \longrightarrow A \longrightarrow P$

เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติดังนี้ ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ

2. $\begin{array}{c} K \\ \updownarrow \\ A \end{array} \longrightarrow P$

ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาตามมา

3. $\begin{array}{c} K \\ \searrow \\ A \end{array} \longrightarrow P$

ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

4. $\begin{array}{c} & A & \\ & \nearrow \searrow & \\ K & \longrightarrow & P \end{array}$

ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K = Knowledge

A = Attitude

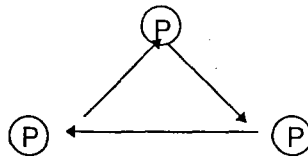
P = Practices

ในสุภาษิตนั้น สุชาติ โสมประยูร. (2526 : 54-55) กล่าวว่า เจตคติเปรียบเสมือนตัวเร่งปฏิกิริยาทางเคมีของสารประกอบ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับก็จะช่วยให้สามารถนำความรู้นั้นไปใช้ได้ ดังนี้

เจตคติ

ความรู้ + การลงมือกระทำ $\xrightarrow{\text{เจตคติ}}$ การปฏิบัติ

ปฏิกิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิกิริยา เช่นเดียวกับความรู้ไม่ถูกนำไปใช้จนกว่าจะมีเจตคติที่ดีเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิกิริยา ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้น อาจสามารถแสดงรูปแบบความสัมพันธ์ได้อีกแบบหนึ่ง ดังนี้



แต่ละวงกลม หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 นี้ต่างมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นลูกโซ่

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติ ไว้ดังนี้

ความรู้หรือประสบการณ์ของบุคคลช่วยในการเกิดเจตคติ และเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล นอกจากองค์ประกอบด้านความรู้แล้ว เจตคดียังประกอบไปด้วยองค์ประกอบด้านความรู้และด้านการปฏิบัติ เจตคติมีบทบาทในการช่วยให้บุคคลแสดงออกถึงค่านิยมต่างๆ เจตคติมิได้เป็นองค์ประกอบอย่างเดียวที่ทำให้เกิดการปฏิบัติแต่เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดหรือเป็นที่มาของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของบุคคลจะทำให้มีเจตคติเปลี่ยนแปลง และเกิดเจตคติขึ้นมาใหม่ได้ นอกจากนั้นการปฏิบัติของบุคคลนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากเจตคติอย่างเดียว แต่เป็นผลที่เกิดจากการครองชีวิตและสิ่งที่คาดหวังจากผลของการกระทำด้วย

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ

ในการที่จะวัดหรือศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยหลายอย่างได้แก่

1. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการสังเกต
2. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการสัมภาษณ์
3. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม
4. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้วิธีทางมานุษยวิทยา

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการสังเกต วิธีนี้เหมาะที่จะใช้ในด้านการศึกษาปฏิบัติ วิธีการผู้สังเกตควรเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ โดยผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัวให้ระยะเวลาพอสมควรและเวลาที่แตกต่างกัน เพราะบางครั้งสิ่งที่ได้จากการสังเกตครั้งหนึ่งๆ นั้น อาจไม่ใช่เป็นการปฏิบัติที่เป็นนิสัยของบุคคลนั้นอย่างแท้จริง จึงจำเป็นต้องสังเกตหลายๆ ครั้ง แต่ต่างเวลากัน การสังเกตจะมีคุณค่า และมีความสำคัญขึ้นอยู่กับผู้สังเกต ตั้งใจค้นหาความจริงเกี่ยวกับเรื่องที่สังเกตได้อย่างถูกต้องแล้วบันทึกให้ตรงตามที่เห็นหรือได้ยินโดยไม่ต้องแสดงความคิดเห็นใดๆ แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์แปลผล

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะต้องตั้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ให้แน่ชัดก่อนว่าต้องการทราบอะไรจากผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะนำเอาข้อมูลนั้นมาใช้ประโยชน์อย่างไร เช่น ในงานสาธารณสุขนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลและหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอะไรบ้างที่ต้องแก้ไขเพื่อหาทางช่วยเหลือต่อไป

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามที่ใช้ศึกษาจะประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการหรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพตลอดจนความเชื่อที่ผิด การศึกษาพฤติกรรมด้านการศึกษาปฏิบัติทางสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามมีข้อเสียเพราะไม่สามารถจะบอกได้ว่าการปฏิบัติที่ผู้ตอบตอบนั้น เป็นการปฏิบัติจริงหรือไม่ ฉะนั้นควรใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วยจะได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือยิ่งขึ้น

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้วิธีทางมานุษยวิทยา ในการศึกษาพฤติกรรม การปฏิบัติทางสุขภาพนั้น ต้องพิจารณาในแง่ความหมาย ความเข้าใจ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมตามสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลในสังคมนั้นยึดถือ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดทางด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยนเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ พฤติกรรมของคนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการพัฒนาของคน ซึ่งรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นแบ่งได้ 3 ลักษณะคือ (วารี ระกิติ. 2529 : 98-101)

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ เช่น สังคมใช้กฎหมายเป็นเครื่องบังคับไม่ปฏิบัติตามจะถูกลงโทษ

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง โดยถือเอาตัวบุคคลนั้นเป็นแบบอย่าง เช่น การเลียนแบบบิดา มารดา ครู อาจารย์ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีที่การเปลี่ยนแปลงนั้นตรงกับแนวความคิดและค่านิยมของตนเองจนยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ เพราะพบว่าสามารถแก้ปัญหาเองได้
ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะเป็นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มแนว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มแนวให้อยู่ในระดับที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดเริ่มแรกของการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมในครอบครัว หรือจากสังคมแวดล้อมต่างๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างพอเพียงเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดมีขึ้นได้โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ บุคคลต่างๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือปฏิเสธพันธข้ออย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยการใช้การตัดสินใจของตนเอง

จากแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยความรู้หรือเจตคติเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่นำ

ไปสู่การปฏิบัติหรือความรู้ทำให้เกิดเจตคติ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งแล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบใดนั้นยังเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบและปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและทำให้สภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญยิ่งในปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) ได้มีนโยบายในเรื่องนี้อย่างแน่ชัด ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าจะสามารถทำให้ประชาชนบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ประชาชนควรมีหน้าที่รับผิดชอบตนเอง บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพควรมีหน้าที่กระตุ้น สนับสนุนและสร้างเสริมศักยภาพให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และพยายามกระตุ้นให้ประชาชนเปลี่ยนจากการพึ่งพาคูการทางการแพทย์มาเป็นพึ่งตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : คำนิยม)

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังหมายถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

โอเร็ม (Orem. 1985 : 105) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล เพื่อบรรลุถึงความต้องการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมขบวนการของชีวิต การคงไว้ หรือส่งเสริมโครงสร้างและหน้าที่ในพัฒนาการของมนุษย์

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเป็นการกระทำที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 1991 : 121-134) มีจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่บุคคล คือ ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลการดูแลตนเอง

เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งเหล่านี้คือ

- 1.1 ให้ร่างกายได้คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 ให้ร่างกายคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 ให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 ให้รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้อื่น

- 1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลลบหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา ญาติสนิท การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของชีวิตที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

2.2 การดูแลและส่งเสริมในด้านต่างๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือพิการรวมทั้งการปฏิบัติการรักษาของแพทย์ซึ่งเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เช่น การผ่าตัดอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ความเปื้อน่ายท้อแท้ในการรักษาพยาบาล ความต้องการชนิดนี้ ได้แก่

3.1 การแสวงหา ความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย เมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลตนเองและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือโรค เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเองตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

ความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน (Orem. 1985 : 105) เป็นการกระทำอย่างจงใจเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดที่เฉพาะตัดสินใจได้ถูกต้องจะมีผลต่อการริเริ่มกระทำการดูแลตนเองได้อย่างไรต่อเนื่อง (Orem. 1991 : 148-154) ประกอบด้วย 3 ประการดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิด โดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 การคาดการณ์เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการรับรู้การดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถและควรจะทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

1.3 การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง โอเร็มและเทลเลอร์ (Orem & Taylor. 1986 : 48) มองพลังแต่เฉพาะเจาะจงในการกระทำอย่างจงใจในการดูแลตนเองไม่ใช่กระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเองตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงาน ด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายในการเคลื่อนไหวหรือ
ปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่
เหมาะสม และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การ
จัดกระทำ การติดต่อ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการ
ดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็น
ส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)
เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่วๆ ไปประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการ
อ่านเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัสการมองเห็น
การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ย่อมขาด
ความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนา
ความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ
10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง การที่จะพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองต้องคำนึงถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

เพศกับการดูแลตนเอง

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ยอมรับกำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง ลักการีเนน และเฮ็นตินีน (Lakkarinen & Hentinen. 1997 : 295-304) ได้ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์น้อย และจากการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2535 : 46) ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก-ข) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 32) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย พบว่าเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร วิสิทธิ์กุล (2539 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540 : 70-71) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตดี ส่วนเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เนื่องจากเพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย ท้อแท้ และเบื่อหน่าย ในการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่าเพศชาย แต่ในการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 102) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย และจากการศึกษาของอรพิน อินทรนุกุลกิจ (2535 : 75) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลในกะเพาะอาหาร เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุนีย์ วัฒนชานุกร (2536 : 136) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฉมยง เหล่าโชติ (2536 : 127) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535 : 23) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุกับการดูแลตนเอง

อายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ การแปลความหมายการเข้าใจ และการตัดสินใจในสิ่งต่างๆ และมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในระดับพัฒนาการของมนุษย์ โดยจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985 : 225) ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาของสูลันหา ยัมแย้ม (2530 : 84) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเอกลักษณ์ของบทบาททางเพศกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์แรก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 150 คน พบว่ากลุ่มที่มีอายุ 31-35 ปี มีการปรับตัวต่อบทบาทในการเป็นมารดาดีกว่ากลุ่มอายุ 19-25 ปี และจากการศึกษาของอังคณา นวลยงค์ (2535 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ระดับการศึกษากับการดูแลตนเอง

เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ช่วยเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของการดูแลตนเอง บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) พฤติกรรมการดูแลพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตการใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน คาสส์ และคอบบ์ (Kart & Cobb. 1996 : 250-251) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 38) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยมีการศึกษาสูงปฏิบัติตนได้เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ จันทรโมลี (2535 : 136-152) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ การปฏิบัติและความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเรื่องการดูแลตนเอง กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติดีกว่าผู้ที่จบประถมศึกษา จากการศึกษาของอุบล เลี้ยววาริณ (2534 : 235) พบว่าผู้ที่มีการ

ศึกษาในระดับมัธยมปลาย มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมภารกิจที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จีรนุช สมโชค (2540 : 73-74) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกิตติมา อนันต์อัครกุล (2539 : 80) พบว่าผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปในเขต 1 ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการศึกษาของอรอนงค์ สัมพัญญ (2539 : 102) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาชีพกับการดูแลตนเอง

เป็นปัจจัยที่ใช้พิจารณาแหล่งประโยชน์ ด้านเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 37) จากการศึกษาของกอบแก้ว คุดตวัส (2527 ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษของผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพมีงานประจำจะมีการดูแลตนเองด้านการรักษาม่าเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย จากการศึกษาของกาญจนา บุญทับ (2534 : 42) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานที่กำหนดเวลาแน่นอนจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาและจากการศึกษาของจินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันคือ อาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพมีการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน

รายได้กับการดูแลตนเอง

รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161-162) กล่าวว่าพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีสถานสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของเพนเดอร์ยังพบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง คาสส์ และคอบบี้

(Karl & Cobb. 1966 : 250-251) ได้ศึกษาตัวแปรระดับรายได้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2539 : 102) พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 71) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพหญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จีรนุช สมโชค (2540 : 74) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตดี ส่วนผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำมีคุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี ไชนิล (2536 : 76) พบว่า รายได้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 แต่จากการศึกษาของน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ุ (2535 : 91) พบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) พบว่า รายได้ครอบครัวยังไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

สถานภาพสมรสกับการดูแลตัวเอง

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เมื่อเจ็บป่วยคู่สมรสจะช่วยแบ่งเบาภาระทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ดี (Robert. 1980 : 10) จากการศึกษาของฮับบาร์ดและคณะ (Habbart and others. 1984 : 266-269) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่แต่งงาน จากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 107) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โศภาพรรณ วิมลรัตน์ (2537 : 264-265) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่กับคู่สมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด และเป็นม่าย/หย่าร้าง/แยกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของจีรนุช สมโชค (2540 : 72) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดี ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสม่าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จากการศึกษาของอารมณี วุฒิพฤกษ์ และคณะ (2529 - 2530 : 39) ทำการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538 : 99) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ลักษณะครอบครัวกับการดูแลตนเอง

เป็นปัจจัยที่ช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการ และความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ (2534 : 56) ที่ทำการศึกษาดังตั้งครรรค์ โดยหญิงตั้งครรรค์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรรค์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของริชาร์ดสัน (Richardson, 1981 : 159-174) ศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรรค์กับบุคคลในกลุ่มสังคม พบว่าการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวเดี่ยวหญิงตั้งครรรค์ จะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวขยาย

ระยะเวลาของการเป็นโรคกับการดูแลตนเอง

เป็นปัจจัยที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองได้ดีขึ้น ตามระยะเวลาที่นานขึ้นจากความเจ็บป่วย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2534 : 156-157) เพราะธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้และปรับตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องเผชิญปัญหาซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วย และหากวิถีเผชิญความเครียดเพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่า เกียรติภูมิของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 139) จากการศึกษาของยุวดี สุวรรณาคะ (2532 : 71) พบว่า ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพออนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา พานิชกุล (2536 : ข) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การศึกษาของอรอนงค์ สัมพัญญ (2539 : 104) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535 : 93) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ วณิชชานุกร (2536 : 136) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของจิรนุช สมโชค (2540 : 76) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต คือผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นานมีคุณภาพชีวิตดี และจากการศึกษาของเพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 73) พบว่า ผู้หญิงโรคเบาหวานไม่ว่าจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยหรือมากก็มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

แนวคิดเกี่ยวข้องกับการสุขศึกษากับการดูแลสุขภาพตนเอง

ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดใดที่เสนอกรอบพฤติกรรมไว้ สิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญในการศึกษา และทำความเข้าใจคือรายละเอียดของลักษณะพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้น ลักษณะพฤติกรรมเช่นนี้มักจะเป็นการตอบสนองต่อภาวะการเจ็บป่วยเฉพาะหน้าที่ของตนเองในฐานะปัจเจกชนของครอบครัว ในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกมีบทบาทความรับผิดชอบ และของชุมชน ในบทบาทหน้าที่เท่าที่ชุมชนคาดหวังหรือตนตระหนักเอง (สมทรง รัชเฝ้า. 2534 : 5-6) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองสามารถจำแนกตามแบบแผนโดยทั่วไปได้ดังนี้

1. การอยู่เฉยๆ คอยเฝ้าดูอาการโดยหวังว่าอาการเจ็บป่วยจะหายไปเอง
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่ใช้ยา แต่ใช้วิธีการอื่น เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น
3. การใช้ยารักษาอาการด้วยตนเอง

ตามสภาพความเป็นจริงนั้นประชาชนมิได้เพียงแต่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพอย่างเดียว หากได้มีพฤติกรรมอื่นที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภัย ใช้เจ็บ เช่น การออกกำลังกาย การละเว้นการบริโภคอาหารหรือการมีกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด โดยเฉพาะที่ตนเองมีความเชื่อว่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ในสภาพของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนที่ด้อยพัฒนา หรือกำลังพัฒนาที่ประกอบอยู่ในประเทศต่างๆ ลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ว่าจะเพื่อการดูแลตนเองตามแผนโบราณ และการดูแลตนเองตามแผนปัจจุบัน

สรุปได้ว่า แนวคิดที่เป็นการยอมรับทั่วไป คือกลุ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในอันที่จะส่งเสริมคุณภาพ การป้องกันโรค การรักษาอาการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพทั้งกระบวนการโดยมีตารางเปรียบเทียบแนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองกับการให้สุขศึกษาดังนี้

ตาราง 2 แสดงเปรียบเทียบแนวคิดของการดูแลตนเองกับการให้สุขศึกษา

การดูแลสุขภาพตนเอง	การให้สุขศึกษา
1. เป็นความรับผิดชอบส่วนตัวของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับโรคและการมีสุขภาพที่ดี	1. เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี
2. ผู้รับบริการวางเป้าหมายของการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมตามความต้องการของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา	2. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นผู้ริเริ่มวางเป้าหมาย และการจัดการให้ความรู้ตามโรคที่ผู้ป่วยประสบ
1. ผู้รับบริการมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง	3. ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตาม
4. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการควบคุมกระบวนการตัดสินใจ	4. บุคคลในวิชาชีพเป็นผู้ควบคุมการตัดสินใจ จึงทำให้เกิดปัญหาการไม่ปฏิบัติตาม
5. พิจารณาถึงความเป็นปัจเจกบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง	5. แสวงหาและใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐานในการปรับพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือผู้รับบริการจะต้องปรับปรุงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ
6. สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งพาตนเองโดยเรียนรู้และฝึกทักษะทางด้านการแพทย์บางอย่าง	6. สนับสนุนให้ประชาชนต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพมากขึ้นมองเห็นทักษะทางด้านการแพทย์ว่าจะต้องกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญ

ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). “แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง”

การดูแลตนเอง : ศาสตร์ และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 5.

ฉะนั้นบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตัวเองเกิดขึ้นและจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสุขภาพที่จะต้องหาวิธีให้เหมาะสมถ้าต้องการให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพและบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์ ด้านความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะที่ต้องอาศัยพึ่งพาซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและมีความหมายขึ้น โดยต้องชี้ให้เห็นคุณค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจใส่ใจกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ช่วยเตือนให้ความช่วยเหลือการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมในทางที่เหมาะสม จากแนวคิดดังกล่าวนี้ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรัก และสนใจ มีคนยกย่อง และมีคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ฟิลิซุค (Pilisuk. 1982 : 25) ให้ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความหมายในเชิงแคบและกว้าง ความหมายในเชิงแคบ หมายถึง สิ่งๆ ที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนได้มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการความหมาย

ในทางกว้าง แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง เครือข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งครอบคลุมถึงความเกี่ยวเนื่องของเครือข่ายสังคมนั้น ๆ ว่ามีหน้าที่ช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความหวังใย ความรัก การให้วัตถุประสงค์ของ และการเปลี่ยนแปลงข่าวสาร

จากแนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม อาจสรุปได้ว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัตถุประสงค์ต่าง ๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ คนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลร่วมกัน โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจมีคณยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มาก แตกต่างกันดังนี้

ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social need) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้ 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Social emotional aid) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวมตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย
2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสารข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง

ฟาร์เบอร์ (Farber. 1983 : 156) ได้อธิบายได้ว่า ระบบการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์และทรัพยากรอื่น ๆ และฟาร์เบอร์ยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Social – emotional support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม
2. การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้
3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

เฮาส์ (Brown. 1986 : 5 ; Citing House. 1981 Reading Ma.) ได้อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจรู้สึกเป็นห่วง และการยอมรับความคิดเห็น
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน
3. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อแนะนำสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การได้รับการสนับสนุนด้านการประมาณค่า เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเองหรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ นอกจากนี้ยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396-397) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบคือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวญาติพี่น้องซึ่งถือว่ามีค่ามากต่อผู้ป่วยเพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย
2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่ค้นหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้
3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious organizations or denomination) เป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแหล่งแรกที่ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิทและกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับแบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบจะมีลักษณะไม่เป็นทางต่างจากสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่าง ๆ หรือกลุ่มคนในสังคมอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนจะแบ่งได้สองชนิดคือการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของมนุษย์

จากการที่แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแพร่หลายจึงมีนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้พยายามศึกษาและอธิบายผลกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยไว้หลายท่าน เช่น

เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman & Syme. 1979 : 202) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพกับมนุษย์ไว้ โดยกล่าวว่า

1. คนที่แยกตัวออกจากสังคมจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย และมีโอกาสเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกการต่อสู้เป็นหนทางนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุ
3. การแยกตัวออกจากสังคมจะทำให้คนมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้บุคคลมีโอกาสจะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

โคเฮนและวิลลิส (Cohen & Willis. 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune system) ทำงานดีขึ้นหรืออาจส่งผลโดยตรง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าทึในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรง

2. การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคในขณะเดียวกันก็ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

สำหรับกลไกของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อเหตุการณ์เครียดนั้น ไลเบอร์แมน (Liebman. 1972 : 776-781) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต
2. ถ้ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้นแล้ว การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์เครียดนั้นเปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันก็สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดลดลงด้วย

3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะเครียดกับระดับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคล

4. การสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมทางเผชิญภาวะเครียดของบุคคล และในทำนองเดียวกันก็สามารถลดความรุนแรงจากผลกระทบของภาวะเครียด หรือสามารถดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด

5. การสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งถูกทำลายลงจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น

6. การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล จากการศึกษาทั้งทฤษฎีการศึกษาศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย พอสรุปได้ 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคมนี้อาจเป็นการกระตุ้นหรือส่งเสริมภาวะปกติสุขได้จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2. ปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียด หรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of stress of the buffering hypothesis) การสนับสนุนทางสังคมลดความเครียดได้โดยตรงหรือช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง

มีผลถึงภาวะสุขภาพในที่สุด (Pender. 1982 : 336) ซึ่งแคปแลน (Caplan. 1977 : 7) ทำการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ช่วยลดความเครียดซึ่งมีผลต่อทางร่างกายและจิตใจ โดยทำให้บุคคลอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ดังนั้นบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้กระบวนการเผชิญภาวะความเครียด (Coping process) การใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ถ้าเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมก็เกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวหรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นขุมพลังที่มีอยู่ในสังคมจึงทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ หรือเปลี่ยนแผนสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ริชาร์ดสัน (Richardson. 1981 : 159-174) ศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม จากหญิงตั้งครรภ์ 159 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวเดี่ยว หญิงตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวขยาย

ฮับบาร์ด และคนอื่น ๆ (Hubbard et. al. 1984 : 266 -268) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม ที่มีอายุเฉลี่ย 70 ปี และ 44 ปี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

เบอร์คฮาร์ดท์ (Burkhardt. 1985 : 11-16) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 คน มีอายุระหว่าง 27-98 ปี ซึ่งเลือกแบบเจาะจงจากคลินิกโรคข้อและคลินิกผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม นั่นคือผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีเครือข่ายทางสังคมใหญ่และหนาแน่นขึ้น แต่มักจะขอความช่วยเหลือการสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดน้อยลง

อ็อบอง (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 24-27 ; อ้างอิงจาก Ebong. 1985. *Annals of the Rheumatic Disease*. unpage) ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไนจีเรีย จำนวนผู้ป่วย 116 คน ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.70 เพศชาย ร้อยละ 33.30 คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 โดยอาชีพที่มีผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือหญิงที่มีอาชีพ แม่บ้านและหญิงที่มีอาชีพขายของชำ จะพบว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 45 คน จาก

หญิงที่เป็นโรคทั้งหมด 54 คน และพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีอายุระหว่าง 25-90 ปี มีผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.50

เฟลสัน และคณะ (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 24-25 ; อ้างอิงจาก Felson, et al. 1987. *Arthritis and Rheumatism*. unpage) ได้รับทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุจำนวน 1,424 คนโดยอาศัยผลทางภาพถ่ายรังสีประกอบการวินิจฉัยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิง (ร้อยละ 34.00) มากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 31.00) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงมีอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมเด่นชัดกว่าผู้ชายร้อยละ 11.00 และร้อยละ 6.80 ตามลำดับ

เซฟเฟอร์ และคณะ (Sehaefer et. al. 1986 : 179-185) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุน และไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ 54 คน และวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 18 คน ผลการศึกษาพบว่า ในครอบครัววัยรุ่นที่มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีจะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และในผู้ใหญ่พบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ได้เต็มที่และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี

แอนเดอร์สัน และ เฟลสัน (ปิยนันท์ มณีกุล. 2540 : 24-28 ; อ้างอิงจาก Anderson & Felson. 1988. *American Journal of Epidemiology*. unpage) ศึกษาโดยทำการสำรวจประชากร ในสหรัฐอเมริกา 5,193 คน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ ภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการ ครั้งที่ 1 ในปี ค.ศ. 1971-1975 ผลการศึกษาพบว่า

1. อายุ กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งปรับค่าตามอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 ปี
2. เพศ พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 315 คน เพศชาย 105 คน เพศหญิง 210 คน อุบัติการณ์เกิดโรคในเพศชาย และหญิงเท่าเทียมกันคือร้อยละ 1.20 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี แต่สำหรับในกลุ่มอายุระหว่าง 45-54 ปี, 55-64 ปี และ 65-74 ปี พบผู้ป่วยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
3. รายได้กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีการควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับอายุ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.01$) ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 ดอลลาร์/ปี คิดเป็นเงินไทย 125,000 บาท/ปี) มีอุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสือน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยและเมื่อพิจารณาโดยควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น เชื้อชาติ การศึกษา สถานภาพสมรส และ อายุ เป็นต้น แล้วนำมาวิเคราะห์ผลของความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

4. ระดับการศึกษา แบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้ที่มีระยะเวลาในการศึกษา (8 ปี, 9-12 ปี และ > 12 ปี) เมื่อพิจารณาเฉพาะปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา โดยมีการควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อพิจารณาโดยควบคุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น เชื้อชาติ การศึกษา สถานสภาพสมรส และอายุ เป็นต้น แล้วนำมาวิเคราะห์ผลของความสัมพันธ์ทางสถิติตามวิธีการหาความถดถอยพหุเชิงเส้นตรง พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

5. วิทยุหมดประจำเดือน พบว่าหญิงที่หมดประจำเดือนก่อนวัยอันสมควรไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

เกษร สำเภาทอง (2536 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 76 คน เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และเปรียบเทียบ 36 คน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและเฉพาะกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย ภายหลังจากทดลอง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความคาดหวัง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษบา อุไผจิตร (2537 : ก-ข) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเคหะชุมชนร่มเกล้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คู่ จับคู่ตามเพศ อายุ การศึกษา ความรุนแรงของโรค และ ขนาดรูปร่าง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้ทำการศึกษาโดยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากทดลอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และความรุนแรงของโรคทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง แต่ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคกับความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนน

การควบคุมโรคอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับคะแนนความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนการควบคุมโรคอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

สิรินทร์ ศาสตราภรณ์ (2538 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 155 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.60) ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองร้อยละ 69.70 อยู่ในระดับสูง ส่วนความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 60.60 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ระดับนัยสำคัญ .05 คือ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคและที่ระดับนัยสำคัญ .001 คือ ภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 และที่ระดับนัยสำคัญ .01 คือ ภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ระดับ .001 และพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ความรู้สึกร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมได้คะแนนร้อยละ 14.60

จารุณี นันทโนทยาน (2539 : ก-ข) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการครั้งแรกที่คลินิกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาและเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 3 ด้านคือ การหลีกเลี่ยงการใช้ท่าทางที่เพิ่มแรงกดในข้อเข่า การลดน้ำหนักตัวและบริหารกล้ามเนื้อคอทไคเซปส์เพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 3 ด้าน นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษากลุ่มทดลองน้ำหนักลดลง ไม่ใช้ยาแก้ปวดและบรรเทาอาการปวดเข่าประมาณ ร้อยละ 81.00, 64.00 และ 44.00 ตามลำดับ

ปียนันท์ มณีกุล (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมคือ เพศ อายุ วิทยาลัยประจำเดือน พันธุกรรม ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า บริโภคนิสัย และกิจกรรมในชีวิต

ประจำวันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมคือ เพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป หญิงวัยหมดประจำเดือนมีประวัติญาติพี่น้องเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว (โรคความดันโลหิตสูง, เบาหวาน) มีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า มีบริโภคนิสัยและกิจกรรมในชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง และส่วนมากความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมคือ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541 : 9) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกายโภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี อิทธิพลด้านสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 12.15 ส่วนอิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การดูแลตนเองได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534 : 50-52) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองตาม เพศ สถานสภาพสมรส และรายได้กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สถานสภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 107) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง

กาญจนา ประสารปราณ (2535 : 65) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานสภาพสมรสรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่ต่างกัน

ดารากร แซ่ไคว่ (2535 : 62) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการอัตโนมัติและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย ที่ได้ รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่

จินตนา รอดนำพา (2535 : 91-93) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี ทั้งในสิ่งที่ควรปฏิบัติและสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุชาย และ ผู้สูงอายุหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน คือ อาชีพ รับจ้าง เกษตรกร กิจการส่วนตัว รับราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรับราชการ มีการดูแลสุขภาพ ตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมประกอบกิจการส่วนตัว ในข้อที่ว่าการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมรัฐวิสาหกิจ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเอกชนในข้อที่ว่า การใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 44) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิง

รัชสุรีย์ จันทเพชร (2539 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างศึกษาเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 183 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด ผู้สูงอายุมีความบกพร่องน้อยในด้านารดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ สำหรับด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปมีเพียงเรื่องการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันที่มีความบกพร่องมาก ส่วนภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีเพียงเรื่องการซักถามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่มีความบกพร่องมาก

วาสนา เกื่อนหงษ์ (2540 : 135) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540 : 42) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเอง และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง

อัสรา อวารณ์ (2540 : 97) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ จำนวน 235 ราย เป็นชาย 64 คน และหญิง 71 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน คือ

1. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีสถานสมรสต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 56-59) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีเพศ และระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีรายได้และอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. อายุ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น การมุ่งอนาคตและควบคุมตน และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. สุขภาพจิตและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก ผลการศึกษา

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

เสาวภา วิชิตวาทी (2534 : 86-109) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา

กาญจนา บุญทับ (2534 : 56) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระบบครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย

ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2535 : ก) ศึกษาสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอตำบองสะดวก จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค ผลการศึกษา พบว่า การดูแลตัวเองอยู่ในระดับดีและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

กรองจิตร ชมสมุท (2535 : ก, ข, 89) ศึกษาประสิทธิภาพผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อการควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโครงการสุขภาพ ผู้ป่วยมีเจตคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้น มีน้ำตาลในโลหิตเฉลี่ยลดลง แรงสนับสนุนจากญาติไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติของผู้ป่วย แต่พบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535 : 43-50) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง

ภาวดี มโนหาญ (2536 : 1-30) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 75 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รวมพร คงกำเนิด (2536 : ก-ข) ศึกษาแผนแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการติดตามไปสัมภาษณ์ลึกกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ควบคุมได้อย่างเคร่งครัด รองลงมาไม่เคร่งครัดในการควบคุมอาหารและไม่ควบคุมอาหารตามลำดับ การใช้ยา พบว่า มีการใช้ยาของโรงพยาบาลร่วมกับยาสมุนไพร แต่จะให้ความสำคัญกับยาโรงพยาบาลมากกว่า ผู้ป่วยมีการ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และมีเพียงการออกแรงในที่ทำงานหรือการทำงานบ้านเนื่องจาก ไม่ให้ความสนใจในการออกกำลังกาย ส่วนแบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มี 3 รูปแบบ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว มีความคิดเชื่อในทิศทางเดียวกับครอบครัวมีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตัวเอง โดยมีการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด และใช้ยาของโรงพยาบาลอย่างเดียว คล้อยตามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2. ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว แต่มีความคิดความเชื่อและมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในทิศทางตรงกันข้ามกับการสนับสนุนทางสังคมกับครอบครัว โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร และการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ควบคุมอาหารและมีทั้งการใช้ยาเองเพียงอย่างเดียว และใช้ร่วมกับยาสมุนไพร

3. ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี โดยบางส่วนมีลักษณะห่างเหิน บางส่วนมีลักษณะขัดแย้ง ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหารได้ไม่ดี มีการใช้ยาของโรงพยาบาลร่วมกับสมุนไพรอย่างหลากหลายและยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความเครียดและวิตกกังวลสูง

วรุณวรรณ ผาโคตร (2537 : 74-82) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนในระดับปีต่างกัน มีอายุต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพด้านเรียนรู้ และด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคตับอักเสบบีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน

สุพร เพร็งเพิศ (2538 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (2538 : 36-42) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลทางการศึกษาพบว่า อายุ สถานะทางสุขภาพ การศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สถานะทางสุขภาพ และสถานที่อยู่อาศัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2542 จำนวน 9,946 คน (เวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลเลิดสิน พ.ศ. 2542)

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเลิดสิน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นตามที่ได้กำหนดไว้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรการคำนวณตัวอย่างประชากรของยามาเน่ (Yamane. 1996 : 583) โดยให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่าง 384 คน เป็นชาย 99 คน และเป็นหญิง 285 คน โดยใช้สูตร

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

เมื่อ	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	จำนวนประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 5 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ตามตัวแปร อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟู มีลักษณะเป็นแบบปรนัยเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสร้างข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา และแนวคิดเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จากหนังสือ แบบเรียน ตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบทดสอบและแบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาจากแบบทดสอบและแบบสอบถามต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 35 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ มีจำนวน 35 ข้อ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ 35 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 35 ข้อ

4. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ประธานและกรรมการที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนและถูกต้อง จากนั้นนำไปหาคุณภาพเครื่องมือ

5. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะแล้ว ได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 30 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ 30 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 35 ข้อ

6. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกตรวจกระดูกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือแล้ว ได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 21 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 21 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 26 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ใช้เกณฑ์ (กระทรวงศึกษาธิการ. 2534 : 24) ดังนี้

คะแนน	16.00-21.00 (ร้อยละ 80-100)	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
คะแนน	14.00-15.99 (ร้อยละ 70-79)	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
คะแนน	12.00-13.99 (ร้อยละ 60-69)	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน	10.00-11.99 (ร้อยละ 50-59)	หมายถึง	ความรู้ระดับพอใช้
คะแนน	10.00 (ร้อยละ 0-49)	หมายถึง	ความรู้ระดับควรปรับปรุง

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบเป็นรายข้อดังนี้

2.1 เจตคติทางบวก

เห็นด้วย	ค่าคะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน	1	คะแนน

2.2 เจตคติทางลบ

เห็นด้วย	ค่าคะแนน 1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ค่าคะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน 3	คะแนน

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

2.34 – 3.00 หมายถึง มีเจตคติในระดับดี

1.67 – 2.33 หมายถึง มีเจตคติในระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 หมายถึง มีเจตคติในระดับไม่ดี

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมการให้คะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบ ดังนี้

3.1 การปฏิบัติทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	ค่าคะแนน 2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ค่าคะแนน 1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ค่าคะแนน 0	คะแนน

3.2 การปฏิบัติทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ค่าคะแนน 0	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ค่าคะแนน 1	คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ค่าคะแนน 2	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

1.34 – 2.00 หมายถึง การปฏิบัติดี

0.67 – 1.33 หมายถึง การปฏิบัติพอใช้

0.00 – 0.66 หมายถึง การปฏิบัติต้องปรับปรุง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่อไปนี้คือ จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ โดยจะถามการได้รับการสนับสนุนทั้งหมด 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของทางการเงินหรือแรงงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คำถามแต่ละด้านมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

4.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนดังนี้

มาก	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	1	คะแนน

4.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

มาก	ให้	1	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาคิดค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ หรือมากกว่า 0.5 ถือว่าใช้ได้ ตามเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence หรือ IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มี IC เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำแบบทดสอบและแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกตรวจกระดูกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร เพื่อนำมาหาคุณภาพ

2. การวิเคราะห์หาค่าความยาก (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบทดสอบและแบบสอบถาม กระทำโดยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่ายากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยค่าคะแนนรายข้อจะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และคะแนนเป็น 0 ถ้าตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบ คำนวณหาค่าความยากง่ายเป็นรายข้อ โดยเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20 ถึง 0.80 โดยให้ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีรีส์เรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) แล้วเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117)

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3.1 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ที่มีระบบการให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกให้ คะแนนเป็น 1 และถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้คะแนนเป็น 0 นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร KR-20 (Kuder Richardson) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เจตคติ การปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72, 0.76 และ 0.73 ตามลำดับ จึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลเลิดสิน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน

2. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2543 รวมเป็นเวลา 60 วัน ได้แบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 384 ชุด

3. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามมาตรวจสอบข้อมูลให้สมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส สำหรับวินโดวส์ (SPSS : Statistical Package for the Social Sciences for MS Windows) ต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามแล้วคัดฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตาราง
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน คือ ลักษณะครอบครัว และ เพศ โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,19,20 และ 21
5. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปร ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อเดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15,16,17,18,22,23,24,25,26 และ 27
ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe)
6. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 28,29 และ 30

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101)

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

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 35)

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

เมื่อ \bar{X}	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
$\sum x$	แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

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

เมื่อ S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
$\sum x^2$	แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละคนยกกำลังสอง
$(\sum x)^2$	แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
N	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

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

เมื่อ IC	แทน ดัชนีความสอดคล้อง
$\sum R$	แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
N	แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยาก (P) เลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าความยากระหว่าง .20 ถึง .80 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129-130)

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

P	แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
R	แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
N	แทน จำนวนผู้เข้าสอบ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discrimination)

2.3.1 ข้อเข้าเชื่อมโยงวิธีสัมพัทธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อดัชนีสัมประสิทธิ์แบบพอยต์ไบซีเรียล

Y_p แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก

Y_q แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งฉบับ

P แทน ค่าความยากของข้อสอบนั้น (สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก)

q แทน ค่า $(1-P)$ ซึ่งเป็นสัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเชื่อมโยงวิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Correlation item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

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

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวมทั้งกลุ่มตัวอย่าง

$\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน x กับ y

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของกำลังของคะแนน x

$\sum y^2$ แทน ผลรวมของกำลังของคะแนน y

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

2.4.1 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 (สุณี
รักษาเกียรติศักดิ์. 2529 : 121)

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

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
 n แทน จำนวนข้อของแบบทดสอบ
 p แทน ค่าความยากของข้อสอบนั้น
 q แทน ค่า $(1-P)$ ซึ่งเป็นสัดส่วนของผู้ที่ตอบ
 ข้อนั้นผิด
 S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.4.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อมใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient)
โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ α แทน ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 n แทน จำนวนข้อของคำถาม
 $\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
 S_t^2 แทน ความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการ
ปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระ
จากกันเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-3, 19-21 โดยการทดสอบค่าที โดยใช้สูตร (ชูศรี
วงศ์รัตน์. 2541 : 173)

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

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

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาของการแจกแจงแบบที
\bar{X}_1, \bar{X}_2	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2
S_1^2, S_2^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4-6, 7-18, 22-27 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 236)

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

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
MS_b	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
MS_w	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่าการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Scheffe) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 227)

$$S = \sqrt{(K-1)F(\alpha, df_b, df_w)} \cdot \sqrt{\frac{2}{n} / MS_w}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าวิกฤตแบบเซฟเฟ
	$F(\alpha, df_b, df_w)$	แทน	ค่า F ที่เปิดจากตารางแจกแจงของค่า F ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = α โดยมีค่า $df_b = K - 1$ และ $df_w = N - K$ เมื่อ K แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ค่าวิกฤตของ F)
	MS_w	แทน	ค่า Mean Square ภายในกลุ่มที่ได้คำนวณไว้แล้ว ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง (ทุกกลุ่ม n เท่ากัน) ถ้าจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน จะต้องใช้ $\frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j}$ แทน ($2/n$) เมื่อ n_i และ n_j แทนจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง คู่ที่นำมาเปรียบเทียบ

ถ้าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคู่ใดมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า ค่า S ค่าเฉลี่ยนั้นก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ระหว่างคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 28, 29 และ 30 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	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
	$\sum X$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของระหว่าง X และ Y
	N	แทน	จำนวนคน

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตรนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 317)

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

เมื่อ t	แทน	ค่าสถิติที (t-test)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
N	แทน	จำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{x}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t - distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบเอฟ (F - distribution)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 384 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่ได้คำตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอว์วินโดวส์ (SPSS for Windows : Statistical Package for the Social Sciences for Windows) ดำเนินการวิเคราะห์โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม 2543 โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยแสดงค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแสดงร้อยละของระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แขนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม โดยทดสอบค่า t ($t - test$) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ($one - way$ analysis of variance) หรือทดสอบค่า เอฟ ($F - test$) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี เชฟเฟ ($Scheffe'$) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แขนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ($Pearson's$ product moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แขนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว คำนวณค่าความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	25.80
หญิง	285	74.20
รวม	384	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	7	1.80
40 - 45 ปี	31	8.10
46 - 50 ปี	54	14.10
51 - 55 ปี	89	23.20
55 ปี ขึ้นไป	203	52.90
รวม	384	100.00
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	99	25.80
ประถมศึกษา	151	39.30
มัธยมศึกษา	84	21.90
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	25	6.50
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	6.50
รวม	384	100.00
อาชีพ		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	42	10.90
ค้าขายหรือธุรกิจ	64	16.70
เกษตรกรกรรม	13	3.40
รับจ้าง	90	23.40
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97	25.30
แม่บ้าน	78	20.30
รวม	384	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	86	22.40
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	166	43.20
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	64	16.70
มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	68	17.70
รวม	384	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	34	8.90
คู่	268	69.80
ม้าย	71	18.50
หย่า	7	1.80
แยก	4	1.00
รวม	384	100.00
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	222	57.80
ครอบครัวขยาย	162	42.20
รวม	384	100.00
ระยะเวลาของการเป็นโรค		
ต่ำกว่า 5 ปี	279	72.70
5 – 9 ปี	86	22.40
9 ปีขึ้นไป	19	4.90
รวม	384	100.00
การสนับสนุนทางสังคม		
มาก	126	32.80
ปานกลาง	235	61.20
น้อย	23	6.00
รวม	384	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน จำแนกตามตัวแปรได้ดังนี้

เพศ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 74.20 เป็นเพศชาย 25.80

อายุ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 55 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.90 รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 51 - 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.20 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.80

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.90 รองลงมา คือระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.80 และ 21.90 และระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า เท่ากันมีน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 6.50

อาชีพ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.30 รองลงมาได้แก่ อาชีพรับจ้าง และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.40 และ 20.30 อาชีพเกษตรกรกรรม มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.40

รายได้ครอบครัว ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.20 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 13,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 22.40 และ 17.70 มีรายได้ 8,001 - 13,000 บาท ต่อเดือนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.70

สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.80 รองลงมาคือ หม้าย และโสด คิดเป็นร้อยละ 18.50 และ 8.90 แยกกันอยู่ มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.00

ลักษณะของครอบครัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.80 และมีลักษณะครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 42.20

ระยะเวลาของการเป็นโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.70 รองลงมาคือ 5 - 9 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.40 น้อยที่สุด คือ 9 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4.90

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.20 รองลงมาคือ มาก คิดเป็นร้อยละ 32.80 และน้อย มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยแสดงจำนวนร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 4 และ ตาราง 5

ตาราง 4 จำนวนค่าร้อยละ และระดับคะแนนของพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรม	ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้	ดีมาก	68	17.70
	ดี	88	22.90
	ปานกลาง	99	25.80
	ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	58	15.10
	ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ	71	18.50
	รวม	384	100.00
เจตคติ	ดี	232	60.40
	ปานกลาง	152	39.60
	ไม่ดี	-	-
	รวม	384	100.00
การปฏิบัติ	ดี	83	21.60
	พอใช้	298	77.60
	ต้องปรับปรุง	3	0.80
	รวม	384	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.80 รองลงมาได้แก่ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 22.90 ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 17.70 ระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.50 และระดับต่ำกว่าเกณฑ์ พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.10

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.40 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.60 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีเจตคติในระดับไม่ดี

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 77.60 รองลงมาคือ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 21.60 และควรปรับปรุงพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.80

ตาราง 5 คะแนนเต็มค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	n	\bar{x}	S	ระดับ
ด้านความรู้	21	20.00	1.00	384	13.31	3.78	ปานกลาง
ด้านเจตคติ	3	2.85	1.75	384	2.36	0.20	ดี
ด้านการปฏิบัติ	2	1.86	0.67	384	1.21	0.21	พอใช้

จากตาราง 5 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.31 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.78 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.21 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.21 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรคและการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 6 - 33

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ

	เพศ	n	\bar{X}	S	t	p
ความรู้	ชาย	99	13.88	2.88	2.06*	0.04
	หญิง	285	13.11	4.03		
เจตคติ	ชาย	99	2.35	0.20	0.99	0.32
	หญิง	285	2.37	0.21		
การปฏิบัติ	ชาย	99	1.18	0.16	1.47	0.19
	หญิง	285	1.22	0.22		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพศชาย ($\bar{X} = 13.88$, $S = 2.88$) มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง ($\bar{X} = 13.11$, $S = 4.03$) ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 และ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันตามลำดับ

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

พฤติกรรม	อายุ	n	\bar{X}	S
ความรู้	ต่ำกว่า 40 ปี	7	12.57	3.46
	40 - 45 ปี	31	12.41	3.69
	46 - 50 ปี	54	13.25	3.00
	51 - 55 ปี	89	12.89	3.98
	55 ปี ขึ้นไป	203	13.67	3.90
	รวม	384	13.31	3.79
เจตคติ	ต่ำกว่า 40 ปี	7	2.54	0.19
	40 - 45 ปี	31	2.41	0.19
	46 - 50 ปี	54	2.30	0.18
	51 - 55 ปี	89	2.36	0.23
	55 ปี ขึ้นไป	203	2.37	0.20
	รวม	384	2.36	0.21
การปฏิบัติ	ต่ำกว่า 40 ปี	7	1.30	0.19
	40 - 45 ปี	31	1.23	0.23
	46 - 50 ปี	54	1.19	0.21
	51 - 55 ปี	89	1.12	0.18
	55 ปี ขึ้นไป	203	1.25	0.22
	รวม	384	2.36	0.21

จากตาราง 7 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 13.67$, $s = 3.90$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 46 - 50 ปี ($\bar{X} = 13.25$, $s = 3.00$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 51 - 55 ปี ($\bar{X} = 12.89$, $s = 3.98$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ

ต่ำกว่า 40 ปี ($\bar{X} = 12.57$, $s = 3.46$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 40 - 45 ปี มีความรู้ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 12.41$, $s = 3.69$)

พฤติกรรมด้านเจตคติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 2.54$, $s = 0.19$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 40 - 45 ปี ($\bar{X} = 2.41$, $s = 0.19$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 2.37$, $s = 0.20$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 51 - 55 ปี ($\bar{X} = 2.36$, $s = 0.23$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 46 - 50 ปี ($\bar{X} = 2.30$, $s = 0.18$)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด เท่ากับ 1.30 ($s = 0.19$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป เท่ากับ 1.25 ($s = 0.22$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 40 - 45 ปี เท่ากับ 1.23 ($s = 0.23$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 46 - 50 ปี เท่ากับ 1.19 ($s = 0.21$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 51 - 55 ปี เท่ากับ 1.12 ($s = 0.18$)

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แขนงผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	69.89	17.47	1.22	0.30
	ภายในกลุ่ม	379	5422.61	14.30		
	รวม	383	5492.61			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.47	0.11	2.81	0.20
	ภายในกลุ่ม	379	15.85	0.04		
	รวม	383	16.33			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.10	0.27	6.33*	0.00
	ภายในกลุ่ม	379	16.57	0.04		
	รวม	383	17.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกั้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของเชฟเฟ (sheffe') ต่อไปดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอายุ

อายุ	\bar{x}	46 - 50 ปี	51 - 55 ปี	55 ปี	40 - 45	ต่ำกว่า
				ขึ้นไป	ปี	40 ปี
		2.30	2.36	2.37	2.41	2.54
46 - 50 ปี	2.30	-	0.06	0.07	0.11	0.24
51 - 55 ปี	2.36	-	-	0.01*	0.05	0.18
56 ปีขึ้นไป	2.37	-	-	-	0.04	0.17
40 - 45 ปี	2.41	-	-	-	-	0.13
ต่ำกว่า 40 ปี	2.54	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 51 - 55 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค
 ข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 แขนงผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรม	ระดับการศึกษา	n	\bar{x}	S
ความรู้	ต่ำกว่าประถมศึกษา	99	12.80	4.49
	ประถมศึกษา	151	13.52	3.63
	มัธยมศึกษา	84	13.87	2.79
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	25	13.12	4.07
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	12.44	4.14
	รวม	384	13.13	3.79
เจตคติ	ต่ำกว่าประถมศึกษา	99	2.33	0.19
	ประถมศึกษา	151	2.33	0.21
	มัธยมศึกษา	84	2.39	0.21
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	25	2.51	0.16
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	2.52	0.13
	รวม	384	2.37	0.21
การปฏิบัติ	ต่ำกว่าประถมศึกษา	99	1.17	0.23
	ประถมศึกษา	151	1.21	0.19
	มัธยมศึกษา	84	1.21	0.20
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	25	1.31	0.23
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	1.32	0.26
	รวม	384	1.21	0.21

จากตาราง 10 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรค
 ข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระดับการศึกษาแล้ว พบว่า ผู้ป่วย
 โรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับศึกษามัธยมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด (\bar{X} =
 13.87 , s = 2.79) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา
 (\bar{X} = 13.52 ,s = 3.63) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 (\bar{X} = 13.12 , s = 4.07) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (\bar{X}

= 12.80 , s = 4.92) และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า ($\bar{X} = 12.44$, s = 4.14)

พฤติกรรมด้านเจตคติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระดับการศึกษาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 2.52$, s = 0.13) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 2.51$, s = 0.15) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ($\bar{X} = 2.39$, s = 0.21) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ($\bar{X} = 2.33$, s = 0.19) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ($\bar{X} = 2.33$, s = 0.21)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการศึกษาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 1.32$, s = 0.26) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ($\bar{X} = 1.31$, s = 0.23) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.21$, s = 0.19) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ($\bar{X} = 1.21$, s = 0.19) และ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ($\bar{X} = 1.17$, s = 0.230)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค
 ข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร
 จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	78.47	19.61	1.37	0.24
	ภายในกลุ่ม	379	5414.02	14.28		
	รวม	383	5492.50			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.47	0.36	9.37*	0.00
	ภายในกลุ่ม	379	14.86	0.03		
	รวม	383	16.33			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.72	0.18	4.06*	0.00
	ภายในกลุ่ม	379	16.95	0.04		
	รวม	383	17.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 และข้อ 9 ที่ว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงนำคะแนนพฤติกรรมด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ้ (*sheffe'*) ดังปรากฏตามตาราง 12 และ 13

ตาราง 12 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ประถมศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
	\bar{x}	2.33	2.33	2.39	2.51	2.52
ประถมศึกษา	2.33	-	0.001	0.06	0.18*	0.19*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.33	-	-	0.06	0.18*	0.19*
มัธยมศึกษา	2.39	-	-	-	0.12	0.13
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2.51	-	-	-	-	0.01
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.52	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษานูปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีเจตคติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ย ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่
 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แขนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
 จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	\bar{X}	ต่ำกว่า ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	ประถม ศึกษา	อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
		1.17	1.21	1.21	1.31	1.32
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.17	-	0.04	0.04	0.14	0.15*
มัธยมศึกษา	1.21	-	-	0.00	0.10	0.11
ประถมศึกษา	1.21	-	-	-	0.10	0.11
อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	1.31	-	-	-	-	0.01
ปริญญาตรีหรือ สูงกว่า	1.32	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือ
 สูงกว่า มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาด้านต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ
โรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม	อาชีพ	n	\bar{X}	S
ความรู้	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	42	14.07	3.93
	ค้าขายหรือธุรกิจ	64	13.25	3.51
	เกษตรกรกรรม	13	11.23	4.46
	รับจ้าง	90	13.07	2.74
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97	13.79	3.99
	แม่บ้าน	78	12.99	4.46
	รวม	384	13.31	3.79
เจตคติ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	42	2.53	0.14
	ค้าขายหรือธุรกิจ	64	2.31	0.22
	เกษตรกรกรรม	13	2.37	0.22
	รับจ้าง	90	2.33	0.19
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97	2.33	0.21
	แม่บ้าน	78	2.41	0.19
	รวม	384	2.37	0.21
การปฏิบัติ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	42	1.32	0.22
	ค้าขายหรือธุรกิจ	64	1.17	0.19
	เกษตรกรกรรม	13	1.23	0.23
	รับจ้าง	90	1.16	0.17
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97	1.18	0.20
	แม่บ้าน	78	1.29	0.26
	รวม	384	1.21	0.21

จากตาราง 14 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามอาชีพแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุดใน ($\bar{X} = 14.07$, $s = 3.93$) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 13.79$, $s = 3.99$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ ($\bar{X} = 13.25$, $s = 3.51$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้าง ($\bar{X} = 13.07$, $s = 2.74$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพแม่บ้าน ($\bar{X} = 12.99$, $s = 4.46$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีความรู้ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 11.23$, $s = 4.46$)

พฤติกรรมด้านเจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามอาชีพแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุดใน ($\bar{X} = 2.53$, $s = 0.14$) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพแม่บ้าน ($\bar{X} = 2.41$, $s = 0.19$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพเกษตรกรรม ($\bar{X} = 2.37$, $s = 0.22$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 2.33$, $s = 2.12$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้าง ($\bar{X} = 2.33$, $s = 0.19$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจมีเจตคติต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.31$, $s = 0.22$)

ด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามอาชีพแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุดใน ($\bar{X} = 1.32$, $s = 0.22$) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพแม่บ้าน ($\bar{X} = 1.29$, $s = 0.26$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพเกษตรกรรม ($\bar{X} = 1.23$, $s = 0.23$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 1.18$, $s = 0.20$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ ($\bar{X} = 1.17$, $s = 0.19$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้างมีการปฏิบัติต่ำที่สุด ($\bar{X} = 1.16$, $s = 0.17$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค
 ข้อเข้าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม
 แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	5	116.94	23.39	1.65*	0.15
	ภายในกลุ่ม	378	5375.56	14.22		
	รวม		5492.50			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	5	1.661	0.32	8.56*	0.00
	ภายในกลุ่ม	378	14.67	0.04		
	รวม	383	16.33			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	5	1.48	0.30	0.68*	0.00
	ภายในกลุ่ม	378	16.21	0.04		
	รวม	383	17.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์
 โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข้าเสื่อมไม่
 แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 10 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน
 จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
 สำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 และข้อ 12 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม
 ที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงนำคะแนนเฉลี่ย
 ด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็น
 รายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Sheffe') ปรากฏตามตาราง 16 และ 17

ตาราง 16 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่
 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
 กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย หรือธุรกิจ	รับจ้าง	ไม่ได้ ประกอบ อาชีพ	เกษตร กรรม	แม่บ้าน	รับราชการ หรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ
	\bar{x}	2.31	2.33	2.33	2.37	2.41	2.53
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.31	-	0.02	0.02	0.06	0.01	0.22*
รับจ้าง	2.33	-	-	0.00	0.04	0.08	0.20*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.33	-	-	-	0.04	0.08	0.20*
เกษตรกรรม	2.37	-	-	-	-	0.04	0.16
แม่บ้าน	2.41	-	-	-	-	-	0.12
รับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.53	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงาน
 รัฐวิสาหกิจมีเจตคติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ ดีกว่าผู้ป่วยโรค
 ข้อเข่าเสื่อมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 17 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่
 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
 กรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย หรือธุรกิจ	รับจ้าง	ไม่ได้ ประกอบ อาชีพ	เกษตร กรรม	แม่บ้าน	รับราชการ หรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ
	\bar{x}	1.16	1.17	1.18	1.23	1.29	1.32
ค้าขายหรือธุรกิจ	1.16	-	0.01	0.02	0.07	0.13*	0.16*
รับจ้าง	1.17	-	-	0.01	0.06	0.12*	0.15*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.18	-	-	-	0.04	0.11*	0.14*
เกษตรกรรม	1.23	-	-	-	-	0.06*	0.09
แม่บ้าน	1.29	-	-	-	-	-	0.02
รับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.32	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงาน
 รัฐวิสาหกิจ และอาชีพแม่บ้าน มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย
 หรือธุรกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ และแม่บ้านดีกว่าเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ครอบครัว

พฤติกรรม	รายได้ของครอบครัว	n	\bar{X}	S
ความรู้	ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	86	13.53	3.86
	3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	166	12.66	3.95
	8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	64	13.39	2.77
	มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	68	14.56	3.84
	รวม	384	13.31	3.79
เจตคติ	ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	86	2.35	0.20
	3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	166	2.37	0.20
	8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	64	2.31	0.23
	มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	68	2.44	0.19
	รวม	384	2.37	0.21
การปฏิบัติ	ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	86	1.22	0.23
	3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	166	1.18	0.20
	8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	64	1.21	0.21
	มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	68	1.28	0.22
	รวม	384	1.21	0.21

จากตาราง 18 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามรายได้ครอบครัวแล้ว พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 14.56$, $s = 3.84$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 13.53$, $s = 3.86$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 13.39$, $s = 2.77$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 12.66$, $s = 3.95$)

ด้านเจตคติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาท ต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 2.44$, $s = 0.19$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 - 8,000 บาท ต่อเดือน ($\bar{X} = 2.37$, $s = 0.20$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 2.35$, $s = 0.20$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 2.31$, $s = 0.23$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 1.28$, $s = 0.22$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน ($\bar{X} = 1.22$, $s = 0.23$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.21$, $s = 0.21$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X} = 1.18$, $s = 0.20$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 19

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ครอบครัว

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	181.68	60.56	4.33*	0.00
	ภายในกลุ่ม	380	5310.82	13.98		
	รวม	383	5492.50			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.61	0.20	4.90*	0.00
	ภายในกลุ่ม	380	15.72	0.04		
	รวม	383	16.33			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.45	0.15	3.28*	0.02
	ภายในกลุ่ม	380	17.23	0.05		
	รวม	383	17.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 , ข้อ 14 และข้อ 15 ตามลำดับ จึงนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Sheffe') ดังปรากฏตามตาราง 20 , 21 และ 22

ตาราง 20 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ของ ครอบครัว		3,000 – 8,000บาทต่อ เดือน	8,001 – 13,000 บาท ต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	มากกว่า 13,000 บาท ต่อเดือน
	\bar{x}	12.66	13.39	13.53	14.56
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	12.66	-	0.73	0.87	1.90*
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	13.39	-	-	0.14	1.16
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	13.53	-	-	-	1.02
มากกว่า 13,001 บาทต่อเดือน	14.56	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ของครอบครัว 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ครอบครัว

รายได้ของครอบครัว		8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน
	\bar{x}	2.314	2.35	2.37	2.44
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	2.31	-	0.03	0.05	0.12*
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	2.35	-	-	0.02	0.97*
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	2.37	-	-	-	0.07
มากกว่า 13,001 บาทต่อเดือน	2.44	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 22 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่
ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของ ครอบครัว		3,000 – 8,000บาทต่อ เดือน	8,001 – 13,000 บาท ต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	มากกว่า 13,000 บาท ต่อเดือน
	\bar{x}	1.18	1.21	1.22	1.28
3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน	1.18	-	0.02	0.03	0.09*
8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน	1.21	-	-	0.009	0.07
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	1.22	-	-	-	0.06
มากกว่า 13,001 บาทต่อเดือน	1.28	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส

พฤติกรรม	สถานภาพสมรส	n	\bar{x}	S
ความรู้	โสด	34	12.50	3.56
	คู่	268	13.47	3.74
	หม้าย	71	13.04	4.05
	หย่า	7	14.14	4.29
	แยก	4	12.75	2.87
	รวม	384	13.31	3.78
เจตคติ	โสด	34	2.40	0.22
	คู่	268	2.36	0.20
	หม้าย	71	2.33	0.22
	หย่า	7	2.47	0.23
	แยก	4	2.51	0.18
	รวม	384	2.36	0.21
การปฏิบัติ	โสด	34	1.22	0.23
	คู่	268	1.19	0.20
	หม้าย	71	1.23	0.22
	หย่า	7	1.25	0.14
	แยก	4	1.41	0.13
	รวม	384	1.21	0.21

จากตาราง 23 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรส หย่า มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 14.14$, $s = 4.29$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 13.47$, $s = 3.74$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสหม้าย ($\bar{X} = 13.04$, $s = 4.05$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ ($\bar{X} = 12.75$, $s = 2.87$) และ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสโสด ($\bar{X} = 12.50$, $s = 3.56$)

ด้านเจตคติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรส แยกกันอยู่ มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 2.51$, $s = 0.18$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสหย่า ($\bar{X} = 2.47$, $s = 0.23$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสโสด ($\bar{X} = 2.04$, $s = 0.22$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 2.36$, $s = 0.20$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสหม้าย ($\bar{X} = 2.33$, $s = 0.22$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 1.41$, $s = 0.13$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสหย่า ($\bar{X} = 1.25$, $s = 0.14$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสหม้าย ($\bar{X} = 1.23$, $s = 0.22$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสโสด ($\bar{X} = 1.22$, $s = 0.23$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 1.19$, $s = 0.20$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แขนงผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ด้านความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	40.70	10.17	0.70	0.58
	ภายในกลุ่ม	379	5451.80	14.38		
	รวม	383	5492.50			
ด้านเจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.26	0.06	1.55	0.18
	ภายในกลุ่ม	379	16.07	0.04		
	รวม	383	16.33			
ด้านการปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.27	0.06	1.49	0.20
	ภายในกลุ่ม	379	17.41	0.04		
	รวม	383	17.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 , ข้อ 17 และข้อ 18 ที่ว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 25 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว

พฤติกรรม	ลักษณะครอบครัว	n	\bar{x}	S	t	p
ความรู้	ครอบครัวเดี่ยว	222	13.22	3.83	0.50	0.50
	ครอบครัวขยาย	162	13.42	3.74		
เจตคติ	ครอบครัวเดี่ยว	222	2.37	0.20	1.11	0.16
	ครอบครัวขยาย	162	2.35	0.22		
การปฏิบัติ	ครอบครัวเดี่ยว	222	2.80	0.17	4.19*	0.00
	ครอบครัวขยาย	162	2.66	0.22		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 และ 20 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 21 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวขยาย ($\bar{X} = 2.66$, $S = 0.22$) มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ($\bar{X} = 2.80$, $S = 0.17$)

ตาราง 26 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ

โรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม
ระยะเวลาของการเป็นโรค

พฤติกรรม	ระยะเวลาของการเป็นโรค	n	\bar{x}	S
ความรู้	ต่ำกว่า 5 ปี	279	13.16	3.89
	5 - 9 ปี	86	13.61	3.44
	9 ปีขึ้นไป	19	14.05	3.68
	รวม	384	13.31	3.78
เจตคติ	ต่ำกว่า 5 ปี	279	2.36	0.19
	5 - 9 ปี	86	2.35	0.22
	9 ปีขึ้นไป	19	2.41	0.21
	รวม	384	2.36	0.20
การปฏิบัติ	ต่ำกว่า 5 ปี	279	1.21	0.21
	5 - 9 ปี	86	1.18	1.88
	9 ปีขึ้นไป	19	1.35	0.22
	รวม	384	1.21	0.21

จากตาราง 26 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามระยะเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 9 ปีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 14.05$, $s = 3.68$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 5 - 9 ปี ($\bar{X} = 13.61$, $s = 3.44$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปี ($\bar{X} = 13.16$, $s = 3.89$)

ด้านเจตคติ พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 9 ปีขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 2.41$, $s = 0.21$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค ต่ำกว่า 5 ปี ($\bar{X} = 2.36$, $s = 0.19$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็น 5 - 9 ปี ($\bar{X} = 2.35$, $s = 0.22$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 9 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติดีที่สุด ($\bar{X} = 1.35$, $s = 0.22$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปี ($\bar{X} = 1.21$, $s = 0.21$) และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 5-9 ปี ($\bar{X} = 1.18$, $s = 1.88$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 27

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาของการเป็นโรค

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	24.13	12.07	0.84	0.43
	ภายในกลุ่ม	381	5468.37	14.35		
	รวม	383	5492.50			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.06	0.03	0.72	0.48
	ภายในกลุ่ม	381	16.27	0.04		
	รวม	383	16.33			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.43	0.21	4.68*	0.01
	ภายในกลุ่ม	381	17.25	0.05		
	รวม	383	17.681			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 และข้อ 23 ที่ว่าระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 24 จึงนำคะแนนเฉลี่ยไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ่ (Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่
 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
 กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระยะเวลาของการเป็นโรค

ระยะเวลาของการเป็นโรค	\bar{x}	5 - 9 ปี	ต่ำกว่า 5 ปี	9 ปีขึ้นไป
		1.18	1.21	1.35
5 - 9 ปี	1.18	-	0.02	0.16*
ต่ำกว่า 5 ปี	1.21	-	-	0.13*
9 ปีขึ้นไป	1.35	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 9 ปี
 ขึ้นไปมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็น
 โรคต่ำกว่า 5 ปี และดีกว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 5 - 9 ปี อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 29 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรม	การสนับสนุนทางสังคม	n	\bar{x}	S
ความรู้	มาก	126	14.34	4.16
	ปานกลาง	235	12.74	3.40
	น้อย	23	13.47	4.30
	รวม	384	13.31	3.78
เจตคติ	มาก	126	2.42	0.19
	ปานกลาง	235	2.34	0.20
	น้อย	23	2.25	0.22
	รวม	384	2.36	0.20
การปฏิบัติ	มาก	126	1.31	0.23
	ปานกลาง	235	1.17	0.17
	น้อย	23	1.04	0.23
	รวม	384	1.21	0.21

จากตาราง 29 แสดงว่า พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 14.34$, $s = 4.16$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ($\bar{X} = 13.47$, $s = 4.30$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($\bar{X} = 12.74$, $s = 3.40$)

ด้านเจตคติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 2.42$, $s = 0.19$)

รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($\bar{X} = 2.34$, $s = 0.20$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ($\bar{X} = 2.25$, $s = 0.22$)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมดีที่สุด ($\bar{X} = 1.31$, $s = 0.23$) รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ($\bar{X} = 1.17$, $s = 0.17$) และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ($\bar{X} = 1.04$, $s = 0.23$)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 30

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	212.96	106.48	7.68*	0.00
	ภายในกลุ่ม	381	5279.54	13.85		
	รวม	383	5492.50			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.80	0.40	9.76*	0.00
	ภายในกลุ่ม	381	15.53	0.05		
	รวม	383	16.33			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	2.35	1.17	29.12*	0.00
	ภายในกลุ่ม	381	15.34	0.05		
	รวม	383	17.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 30 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 26 , 27 และ ข้อ 28

ผู้วิจัยจึงน่าจะแผนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 31 , 32 และ 33 ตามลำดับ

ตาราง 31 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นรายคู่ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

		ปานกลาง	น้อย	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	12.74	13.47	14.34
ปานกลาง	12.74	-	0.73	1.60*
น้อย	13.47	-	-	0.87
มาก	14.34	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 32 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	น้อย	ปานกลาง	มาก
		2.25	2.34	2.42
น้อย	2.25	-	0.07*	0.17
ปานกลาง	2.34	-	-	0.09
มาก	2.42	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 32 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 33 ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นรายคู่
 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
 กรุงเทพมหานคร จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	น้อย	ปานกลาง	มาก
		1.04	1.17	1.31
น้อย	1.04	-	0.13*	0.27*
ปานกลาง	1.17	-	-	0.14*
มาก	1.31	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
 และมาก มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทาง
 สังคมน้อย และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่า
 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 34

ตาราง 34 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมสุขภาพ	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ด้านความรู้	1.000	0.218*	0.209*
ด้านเจตคติ	-	-	0.247*
ด้านการปฏิบัติ	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 34 แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ($r = 0.218$, 0.209 และ 0.247 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 28, 29 และ 30

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามตัวแปรอายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน

8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน

10. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร จำนวน 384 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรอิสระที่จะศึกษาได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษา และการดูแล โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 26 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอว์ วินโดว์ (SPSS for Windows / Statistical Package for the Social Sciences for Windows) โดยดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ ตามตัวแปรที่ศึกษา อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม นำเสนอในรูปตารางประกอบ ความเรียง

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน นำเสนอในรูป ตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร เพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม เป็นอิสระจากกัน ใช้การทดสอบด้วยค่า ที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 , 2 , 3 , 19 , 20 และ 21

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่า เอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , 12 , 13 , 14 , 15 , 16 , 17 , 18 , 22 , 23 , 24 , 25 , 26 และ 27 ถ้าพบว่าข้อความใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ่ (Scheffe') และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และ เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 28 , 29 และ 30 และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวนโดยการทดสอบด้วยค่า t (t - test) และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จำนวน 384 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.20 มีอายุ 56 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.30 มีรายได้ของครอบครัว 3,000 – 8,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.20 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.80 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.80 มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.70 และมีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.20

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐานโดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพศชายมีความรู้ดีกว่าผู้ป่วยเพศหญิง
2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปมีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 51 - 55 ปี
5. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีเจตคติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา
7. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา
8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีเจตคติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ
10. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ กับอาชีพแม่บ้าน มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ
11. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีความรู้ดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัว 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน
12. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีเจตคติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัว 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

13. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน

14. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

15. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

16. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีลักษณะครอบครัวขยาย มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว

17. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

18. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 10 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่ำกว่า 5 ปี และดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 5 – 9 ปี

19. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ด้านเจตคติผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่วนด้านการปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและมาก มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

20. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับบุคลากรที่มสุขภาพนอกจากจะทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการแล้ว ยังทำให้บุคลากรที่มสุขภาพไม่มีเวลาหรือโอกาสในการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีโอกาสน้อยมากที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถึงแม้ว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจะได้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคต่าง ๆ ให้กับประชาชน แต่การเผยแพร่ก็ยังเป็นไปได้อย่างไม่กว้างขวาง ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับความรู้ที่น้อย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจักรภพ ชันธวงศ์ (2542 : 97) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัดเขตยานนาวา พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัดมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านเจตคติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้ป่วยเข้าใจดีว่า ภาวะข้อเข่าเสื่อมนั้นเป็นโรคเรื้อรัง และต้องใช้เวลาในการรักษานาน และเป็นโรคที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพร่างกาย ซึ่งเกิดแก่ทุกคน เช่นเดียวกับผิวหนังที่เหี่ยวยุบ หรือผมหงอกที่เกิดขึ้นตามวัย และเมื่อเป็นแล้วจะเกิดอาการปวดข้อ ปวดกระดูก มีการอักเสบบริเวณข้อต่อ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และถ้าเป็นมากอาจทำให้พิการได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่า เมื่อตนเองไม่เอาใจใส่ดูแลตนเองแล้ว อาจทำให้ตนเองไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 93) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี พบว่าเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒน์วีรณ กังแฮ (2540 : 104) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ แสดงว่าผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน และมีปัญหาเกิดขึ้นมากในการดำรงชีวิต อาการเจ็บปวดเป็น ๆ หาย ๆ และเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น มักจะมีผลเสียตามมามากมาย เช่น เคลื่อนไหวน้อยลง ข้อติด กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบส่วนตัวเกี่ยวกับการจัดการ เกี่ยวกับโรค เพื่อให้มีสุขภาพดี ให้ความสนใจที่จะไปพบแพทย์ และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง จึงทำให้ผู้ป่วยมักปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรรง (2541 : 93) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา อนันต์อักษรกุล (2539 : 80) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไป เขต 1 พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปเขต 1 มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับพอใช้

2. จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาของการเป็นโรค และการสนับสนุนทางสังคม อภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 เพศ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นมากในเพศหญิง และการเป็นไปของโรคนี้จะเป็นลักษณะค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ใช้เวลานาน และเมื่อเกิดอาการแล้ว ส่วนใหญ่ก็ยังสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ยกเว้นเวลามีอาการปวดมาก ๆ แต่เมื่อได้กินยาแล้วอาการปวดจะทุเลาลง ประกอบกับเพศหญิงเป็นเพศที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และทำงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ค่อยทำงานหนักมาก ทำให้เพศหญิงไม่สนใจที่จะเรียนรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรค ซึ่งเพศชายสนใจตัวเองเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่จะเกิดขึ้นกับตน ว่าเมื่อมีอาการแล้วทำให้กระดูกผิดรูป การเคลื่อนไหวผิดไปจากเดิม จึงทำให้เพศชายสนใจเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าเพศหญิง ซึ่งการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของตีรนาถ โกวิทเจริญตระกูล (2540 :

75) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน อินทรนุกุลกิจ (2535 : 75) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีเพศต่างกัน จะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้น ย่อมจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในขณะนั้น แต่เมื่อได้เข้ารับการรักษาแล้วอาจจะทุเลา ทำให้สำนึกว่าโรคที่เป็นอยู่มีความสำคัญเพราะอาจทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อย่างเป็นปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายมีเจตคติและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน การศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 84) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งพฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้เป็นการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะขจัดความผิดปกติของร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ จันทรเพชร (2536 : 65) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความเครียดในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร วิสิทธิ์กุล (2539 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540 : 70-71) ที่ศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง

2.2 อายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 และข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุใกล้เคียงกันคือ 51-55 ปี และ 55 ปีขึ้นไป ทำให้การรับรู้หรือเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ได้เหมือนกัน ประกอบกับในการมารับการรักษาจากแพทย์ได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้ร่วมกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 78) ที่ได้ศึกษา

เรื่องการศึกษาตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ที่ได้ศึกษาเรื่องลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิรนาถ โกวิทเจริญตระกูล (2540 : 75) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน แสดงว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุมาก เห็นความสำคัญและของการเกิดโรคว่าเป็นโรคอันตราย อาจทำให้เกิดความพิการได้ ประกอบกับตนเองอายุมากแล้ว บุตรหลานส่วนใหญ่จะไปทำงาน ทำให้ไม่มีใครมาดูแลได้เต็มที่ ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังกังวลเกี่ยวกับการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่สนใจถึงสุขภาพตัวเอง เพราะโดยรวมแล้วยังแข็งแรงอยู่ สามารถเดินทางไปมาได้คล่องกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิรธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 58) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา เทศวงศ์ (2543 : 103) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีอายุมากอาศัยอยู่ในบ้านเป็นส่วนใหญ่ มีกิจกรรมนอกร้านน้อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย และเมื่อได้รับการรักษา ได้รับคำแนะนำจากทีมบุคลากรสุขภาพ จึงมีเวลาสนใจดูแลตนเองได้มากกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรประภา ภาวีไล (2535 : 99) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ทยา หอมทรัพย์ (2538 : 96) ที่ศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์

2.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นได้กับคนทุกอายุ ทุกเพศ ทุกวัย และเป็นโรคที่ทุกข์ทรมานในการเคลื่อนไหว จำเป็นต้องรีบมาพบแพทย์ เมื่อเกิดอาการ ทำให้เกิดความสนใจที่รับรู้ถึงภาวะการของโรคที่เกิดขึ้นกับตนจากที่มงานบุคลากรทางการแพทย์ ที่คอยให้ความรู้ ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลตนเองให้ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 106) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 57) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา เทศวงศ์ (2543 : 104) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ด้านเจตคติ และการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 และข้อ 9 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน แสดงว่าระดับการศึกษาสูง ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษานุปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีเจตคติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาย่อมตระหนักถึงอันตรายของโรค และเข้าใจถึงปัญหาที่จะเกิดตามมาถ้าปล่อยให้เป็นโรคนานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาสูง เข้าใจและพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด และรู้จักการใช้บริการทางด้านการแพทย์มากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับการศึกษาต่างกันเกิดเจตคติและการปฏิบัติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 161) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับ

บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุริย์ จันทเพชร (2533 : 38) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความเครียดในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่จะช่วยเอื้ออำนวย การดูแลตนเองได้ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 106) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน

2.4 อาชีพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจุบัน พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจถดถอย ทำให้ทุกคนมุ่งทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเอง เมื่อป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นโรคไม่ถึงแก่ความตายในทันที ทำให้ผู้ป่วยสามารถหาความรู้จากแหล่งอื่นได้ แทนที่จะได้จากโรงพยาบาล ประกอบกับเป็นยุคโลกไร้พรมแดน มีการติดต่อสื่อสารได้ทุกหนทุกแห่งไม่ว่าที่บ้านหรือที่ทำงาน ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับรู้ได้โดยไม่ต้องขวนขวายเหมือนในอดีต และโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เมื่อเป็นมากแล้วจะต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงทำให้เกิดความกลัวว่าตนจะเป็นลักษณะนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยสนใจที่จะรับรู้เรื่องเกี่ยวกับโรค จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนี เวชประสิทธิ์ (2540 : 88) ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า อาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันในสตรีวัยหมดประจำเดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 108) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว คุณตวัส (2527 : ก-ข) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าผู้ที่มีลักษณะงานอาชีพเป็นงานประจำ จะมีการดูแลตนเองด้านการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพที่ต้องย้ายถิ่นบ่อย

ด้านเจตคติและการปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 และข้อ 12 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และแม่บ้าน มีเจตคติและการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มี

อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจและแม่บ้านมีเวลาและโอกาสในการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งจากเพื่อนร่วมงาน หรือผู้รู้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขายส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญในการทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวอยู่ตลอดเวลา ไม่มีเวลาพักหรือวันหยุดเหมือนอาชีพอื่น เนื่องมาจากอาชีพมีความผูกพันกับรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการพักผ่อน หรือสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 76) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงศ์ (2543 : 105) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา รอดนำพา (2535 : 93) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 รายได้ครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน แสดงว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรค ข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ของครอบครัว 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน ดังคำกล่าวของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 173 - 185) ที่ว่าองค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มาก ย่อมมีโอกาสที่จะรับรู้และเข้าใจดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวมาก ย่อมมีโอกาสที่เลือกวิธีการรักษาให้หายจากโรคได้ดีกว่าผู้ป่วย ซึ่งมีรายได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน จึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เจตคติ และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 120) ที่ได้ศึกษาสรีลาชีวิตในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนเขตเมืองกรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการ

ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่งและสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อาวรณ์ (2540 : 96) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงศ์ (2543 : 106) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2535 : 43) ที่ศึกษารายงานการวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ หลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งในระยะก่อนและหลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 80) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

2.6 สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ข้อ 17 และข้อ 18 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการป่วยของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องรู้ ต้องเข้าใจ และปฏิบัติตนเองให้ถูกต้องในการดูแลตนเองไม่ให้มีน้ำหนักรุนเกิน เคลื่อนไหวให้ถูกสุขลักษณะ ไม่นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ และนั่งคุกเข่านาน ๆ เป็นประจำ และเมื่อทราบว่าป่วยเป็นโรค บุคคลที่ป่วยจะพยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถที่จะสามารถให้การดูแลรักษาตนเองได้ เมื่อเข้ารับการรักษาแล้วจึงต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งระมัดระวังป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน บุคคลต้องยอมรับสภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปพยายามเรียนรู้ และปรับแผนการดำเนินชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับการรักษา ซึ่งตนเองเท่านั้นที่จะช่วยเหลือตนเองได้ แรงสนับสนุนของคู่สมรสหรือครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการจัดการ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง แต่ในทางตรงกันข้าม บางครั้งครอบครัว หรือคู่สมรสอาจขัดขวางการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้คุณค่า อันเนื่องมาจากความรัก ความวิตกกังวล และรู้ทำไม่ถึงการณ์ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 42 - 43) จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 122) ที่ได้ศึกษาเรื่องลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมืองนนทบุรีที่มี

สถานภาพสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกันไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอัสรา อาวรณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จังพานิช (2541 : 100) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 : 144) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุจังหวัดลำปางที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

2.7 ลักษณะครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 และข้อ 20 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจาก ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างรวดเร็ว ทำให้ครอบครัวขยายซึ่งในอดีตจะมีญาติพี่น้องอยู่รวมกัน ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกัน มีความ จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ทุกเรื่อง รวมทั้งในเรื่องของสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย ทำให้ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวขยายคล้ายกับความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งคือต่างคนต่างอยู่ จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร กาญจนราช (2542 : 82) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา เทศวงศ์ (2543 : 107) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วัลย์ ชาวสำอางค์ (2535 : 163) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ หรือลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 21 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะอยู่กันแบบพ่อ แม่ ลูก ทุกคนจะต่างคนต่างทำงาน ไม่มีเวลาที่จะมาดูแลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยอาจต้องอยู่คนเดียวโดดเดี่ยว ขาดการดูแลจากบุคคลในครอบครัว เพราะบุคคลในครอบครัวต้องออกไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว จึงไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลตนเองและด้านสังคม และด้านจิตวิทยา เช่น การปรับตัวให้เข้ากับสภาพของครอบครัว และสังคมในปัจจุบัน ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีพี่น้องหรือลูกหลานอยู่กันมาก สามารถที่จะพึ่งพาอาศัยผู้อื่นได้ง่าย มีการพบปะสังสรรค์ ทำกิจกรรมร่วมกัน มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะปฏิบัติตนเองเนื่องจากรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติตัวต่างกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดา วิลเลิส (2536 : 53) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา และบุตรหลานอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 87) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

2.8 ระยะเวลาของการเป็นโรค จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันจะมีความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 22 และข้อ 23 ที่ว่า ระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีผลต่อความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรัง เมื่อเข้ารับการรักษาไม่ว่าเวลาใดของการเป็นโรค ผู้ป่วยก็รับรู้เกี่ยวกับตนเองเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง รวมทั้งปัญหาในเรื่องของบุคลิกภาพที่มีไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำได้ตลอดเวลา ประกอบกับจำนวนผู้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสถ่ายทอดความคิดเห็นและความรู้ร่วมกัน ขณะรอแพทย์รักษา ทำให้ผู้ป่วยใหม่ได้รับรู้การดูแลตนเองให้บรรเทาจากการเจ็บป่วยได้และเกิดความหวังว่าโรคนี้ถ้ารักษาตามแพทย์และปฏิบัติตัวดี แล้วจะไม่เป็นอันตรายถึงพิการ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ วนิชชานุกร (2530 : 136) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทาง

จิตวิทยาและเงื่อนไขเอื้ออำนวยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดราชบุรี พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540 : 73) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก พบว่า ผู้หญิงโรคเบาหวานไม่ว่ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยหรือมากก็มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา จังพานิช (2541 : 111) ที่ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลศิริพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนุช สมโชค (2540 : 76) ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต คือผู้ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนผู้ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่นาน มีคุณภาพชีวิตดี

ด้านการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 24 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่า คนที่เจ็บป่วยโดยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นเวลานานย่อมรู้ซึ่งถึงความทรमानที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวข้อเข่า ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้สะดวกเหมือนเมื่อก่อน ทำให้สนใจที่จะรับรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ ส่วนผู้ป่วยใหม่ที่ไม่พบแพทย์ เป็นกลุ่มที่เพิ่งเริ่มมีอาการจึงยังไม่รู้ถึงความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น ทำให้ไม่สนใจในการปฏิบัติตนเองเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นโรคอยู่เป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีการปฏิบัติต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536 : ข) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา นิรพิพนธ์ (2543 : 97) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดารากร แซ่โค้ว (2535 : 31) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ อึดมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD พบว่า ระยะเวลาในการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

2.9 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 25 , ข้อ 26 และ ข้อ 27 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกัน แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามตามการรักษาของแพทย์ สังคมไทยมีความผูกพันภายในเครือญาติค่อนข้างเหนียวแน่น มีการไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องจะให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ต่อกัน การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด และสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี ดังที่บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 594) กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบที่จะช่วยให้ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์ (2533 : 84 - 86) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 109) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 28 ข้อ 29 และข้อ 30 สอดคล้องกับคำกล่าวของ ประภา เพ็ญ สุวรรณ (2526 : 21) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ จะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติได้ นอกจากนี้ นิภา มนูญิจุ (2528 : 20) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองจึงมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสนอง เพชรคง (2541 : 92) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงเป็นไปตามแนวคิดของ สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดแต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ แต่มักจะเกิดขึ้นรวม ๆ และพึ่งพาอาศัยกัน ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จึงมีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยเน้นด้านความรู้ให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดีขึ้น
2. ในการให้สุขศึกษาควรพัฒนารูปแบบให้หลากหลายมากขึ้น เช่น รูปแบบที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นวิธีที่ให้ความรู้ที่น่าสนใจ หรือการให้สุขศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยกันแก้ปัญหา รวมทั้งการสอนการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะนำไปปฏิบัติจริงได้เมื่ออยู่ที่บ้าน
3. จัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยและน่าสนใจในการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อกระตุ้นความสนใจในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย เช่น สไลด์ และวีดิทัศน์ประกอบการสอน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบ และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิต และความเครียดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งการค้นพบดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดวิธีทาง การป้องกันปัญหา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

4. ควรศึกษาเพื่อค้นหาตัวแปรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

5. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงทดลอง เกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมการสอนสุขศึกษา เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น ๆ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสิทธิ์กุล. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร.
- กรองแก้ว สุขแสง. (2540). พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- กรองจิตร ชมสมุท. (2535). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2534). คู่มือการประเมินผลการเรียนตามหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2535). สภาพและปัญหาสาธารณสุขนโยบายและกลวิธี
การพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539). กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กอบแก้ว คุณดิวซ์. (2527). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กันยา ปาละวิวัฒน์. (2531). “ข้อเท็จจริงบางประการเกี่ยวกับข้ออักเสบ” ใน ไกล้มอ :
ฉบับโรคที่น่ารู้. บรรณาธิการโดย ชุมศักดิ์ พฤษาพงษ์. หน้า 22 กรุงเทพฯ :
H.N.M. การพิมพ์.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา ประสานปรารถ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- กิตติมา อนันต์อัครกุล. (2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปเขต 1. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
 กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกศินี ไช้เนิล. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์โรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกษร ลำเภาทอง. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย. (2538). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ : โครงการสำนักพิมพ์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จักรภพ จันทะวงศ์. (2542). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพ. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- จารุณี นันทวโนทยาน. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จารุวรรณ เหมะธร , สมใจ ทุนกุล และจรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2532). การสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และค้นหาผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา รอดนำพา. (2535). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- จิรประภา ภาวิไล. (2535). การศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตัวเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรนุช สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. (2540). ประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เจริญ โชติกวนิชย์ และคณะ. (2540). “การวิจัยระบบกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อหรือทางออร์โธปิดิกส์.” ใน แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. บรรณาธิการ โดย ณัฐ ภมรประวัติและคณะ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- เจริญ โชติกวนิชย์. (มิถุนายน 2526). “ข้อเข่าเสื่อมอักเสบปฐมภูมิ,” ใน สารศิริราช. 35 : 537 – 543.
- นัตร์ชัย ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นัตร์วัลย์ ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โฉมยง เหล่าโชติ. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดารากร แซ่ไคว้. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการอัตโนมัติและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดีรนาก ไกวิทเจริญตระกูล. (2540). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ผุดผาด (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ทิตย์ทยา หอมทรัพย์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์วัลย์ ชาวสำอางค์. (2535). แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. (2539.) บุรณาการ การสอน สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรภาพพัฒนา.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2528, เมษายน-พฤษภาคม). “การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ,” วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26.
- ธวัชชัย คำทอง. (2538). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง. ปริญญาานิพนธ์ ศศ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา. ถ่ายเอกสาร.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นิรนาท วิทโยชกิติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นรินทร์ เกียรติศิริโรจน์. (ตุลาคม-ธันวาคม) “การศึกษาผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์,” *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 4 : 210-214.
- นिरามย์ ใช้เทียนวงศ์. (2535). แร่งสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. มหาสารคาม : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). “จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข,” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. นนทบุรี : ชวนพิมพ์.
- บุษบา อุไพบิจิตร. (2537). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เบญจพร แก้วมีศรี. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ประกิต เทียนกุล. (2534, พฤศจิกายน). “ข้อเข่าเสื่อม,” *จุลสารรุมาตีสัชน*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์. 2(2) : 2-9.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2536). “การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง,” ใน *การดูแล : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. บรรณาธิการโดย สมจิต หนูเจริญกุล.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). “องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรม,” ใน เอกสารการสอนชุด
วิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
จรรยาการพิมพ์.
- _____ . (2527). “พฤติกรรมสุขภาพ,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : หจก. ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). พฤติศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ :
คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลง และ
พฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- _____ . (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และ สุขศึกษา. กรุงเทพฯ :
เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทาง
สังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตอำเภอ
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประสพ รัตนากร. (2534). ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. คณะกรรมาธิการวิสามัญ
สวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา. กรุงเทพฯ.
- ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. (2536). ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มา
ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4
ราชบุรี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยนันท์ มณีกุล. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม : กรณีศึกษา
เฉพาะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- แผนงานสาธารณสุข, กอง. (2535). “โรคที่เกิดจากความมั่นคง,” สุขภาพและปัญหาสาธารณสุข
นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนกพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-
2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง :
กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงโรคเบาหวานใน
ภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- พิสมัย พิทักษ์วารากร. (2536). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พัฒนวิวรรณ กังแฮ. (2540). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและการ
ให้การสนับสนุนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน
ณ โรงพยาบาลตำรวจ. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรพร ตั้งสุขฤทัย. (2542). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในงาน
สาธารณสุขมูลฐานของประชาชน ในจังหวัดนนทบุรี. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ภารดี มโนหาญ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และ
การปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและ
ภาวะของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยงยุทธ วัชรกุล และคณะ. (2526). โรคข้อเข่าเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- ยงยุทธ วัชรกุล. (2526). โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ :
ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลง
ทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รวมพร คงกำเนิด. (2536). แบบแผนการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รัชสุรีย์ จันทเพชร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัย
คัดสรรบางประการกับความเครียดในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- รัตนา ประเสริฐสม. (2526). การเสริมสร้างจิตลักษณะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยของนักเรียนประถมศึกษา. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รัตนารณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรพนิต สุกระแพทย์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรุณวรรณ ผาโคตร. (2537). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพฯ. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วารี ระกิติ. (2529). “พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม,” ใน เอกสารการสอนชุด วิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 12. หน้า 98-101. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2530). “หลักการสุขศึกษา” ใน เอกสารการสอนชุด วิชาการสาธารณสุข 2. หน้า 696 นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วาสนา เกื้อนางษ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์-มีนาคม). “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดไม่ได้,” วารสารการวิจัยการศึกษา. 8(3) : 9.
- วิภาพร กาญจนราช. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2535). รายงานการวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุหลังเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. (2543). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริวัลย์ สัตถนสินธุ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2535). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โสภภาพรรณ วิมลรัตน์. (2537). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2534). การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ :
สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. (2538,มกราคม-มีนาคม). “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ,”
ใน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2(1) : 88-96.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2526). “การจูงใจ,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 6.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- (2534). การดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพฯ : วิกิสิ่นจำกัด
- (2536). “ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม,” ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และ
ศิลปะทางการพยาบาล. บรรณาธิการโดย สมจิต หนูเจริญกุล. หน้า 17-55.
กรุงเทพฯ.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2526). “ความพยายามของพฤติกรรม,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ :
อรุณการพิมพ์.

- สุนทร หิรัญวรรณ. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ วณิชชานุกร. (2536). ปัจจัยทางจิตวิทยาและเงื่อนไขเอื้ออำนวยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุพร พริ้งเพริศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโรโรนารี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรวุฒิ ปรีชานนท์ และสุรศักดิ์ นิลการนุวงศ์. (2528). ดำรงโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2535). ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อ้อมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุสัญญา ยิ้มแย้ม. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างเอกลักษณ์ บทบาททางเพศ กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สนอง เพชรคง. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- เสนอ อินทรสุขศรี. (2536). ไขข้ออักเสบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ปิยชนวิซซ์การพิมพ์.
- เสาวภาพ วิชิตวาที. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- เสาวลักษณ์ พิพัฒน์นวกิจ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อรพิน อินทรนุกูลกิจ. (2535). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกะเพาะอาหาร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรอนงค์ สัมปัญญา. (2539). การศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อังคณา นวลยงค์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉรา จังพานิช. (2541). แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อัจฉริยา พ่วงแก้ว. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัสรา อวารณ์. (2540). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อารมณี วุฒิปุทกซ์ และคณะ. (2531). “การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง,” ใน รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2529-2530. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- Bertera. E.M. (1991). *Consumption and Generation of Social Support among the Elderly Its Relationship to health Maintenance and Health Status*. P.H.D. The Grad Sch. Of Social Work and Social Research.
- Bloom, S. Benjamin, (1975). *Toxonomy of Education*. Hand book 1; Cognitive Domain New York : David Mc Kay Company. Inc.
- Brown, S.J., & Mc Greedy , M. (1986). The hale Elderly : Health Behavior and its Correclates. *Research in Nursing & Health* , 9 : 317-329.
- Cobb, S. (1976 , September / October). "Social Support and Moderate of Life Stress," *Psychosomatic Medicine*. P. 300-314.
- Farber , B.A. (1983). *Stress and Burnout in the Human Service Profession*. New York : Perganon Press Inc.
- Golding , D.N. (1973). "Osteoarthritis," *A synopsis of rheumatic disease*. Great Britain : The Stonebridge Press.
- House , Jame S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Phillipines : Addison Wesley Publishing Company.
- Hubbard, et al. (1984, September/October). "The relationship between social support and Self - Care Practice," *Nursing Research*. 33 : 266-269.
- Jalowice, A. and M.J. Power. (1981). Stress and Copinging Hypertensive and Emergency Room Patient, *Nursing Research*. 30 : 10-15.
- Kasl , Stanialar V. & Cobb Sidney. (1966, February). "Health Behavior, Illness Behavior And Sick role behavior," *Environmental Health*. 12 : 246-266.
- Klemp. (1986) *Adlescents with IDDM and Their Families the Role of Management Responsibility Diabees Knowledge and Skills and Family Support in Compliance And Metabolic Control*. P.H.D. University of Miami.
- Lakkarinen. H. & Hentinen H. , et al. (1977). "Self-Care agency and factors related to This agency among patients with Coronary heart disease," *Internaltional Journal of Nursing Studies*. 34(4) : 295-304.
- Lieberman , M.A, (1986 , June). "Social Support - The Consequences of Psychologizing : A Commontary," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 : 461-771.
- Muhlenkamp , A.F, and Sayles, J.A.P. (1988). "Health Beliefs. Health Value And Positive Health Behavior," *Western Journal of Nursing Research*, 10 : 637-646.

- Orem , D.E. (1980). *Nursing Concepts of Practice*. 2nd ed. New York : Mc Graw Hill. Book Company.
- _____. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: Mc Graw Hill. Book Company.
- _____. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Orem , D.E. & Taylor , S. (1986). "Orem General Theory of Nursing," *In Case Studies In Nursing Theory*. P. 37-71. Edited by P. Winstead fry. New York : National League for Nursing.
- Pender. N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norwalk : Appleton-Century. Grofts.
- _____. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. East Norwalk : Appleton-Century. Grofts.
- Plilsuk , M. (1982, January). "Delivery of Social Support : The Social Inoculation," *American Journal Orthopsychiatry*. 52 : 20-30.
- Richardson, Peggy. (1981). "Woman's Perceptions of their Important Pyadic Relationship During Pregnancy," *Matenal-child Nursing Journal*. 10 : 159-174.
- Schacfer, L.C. et. al. (1986, March - April). "Supportive and Nonsupportive family Behaviors," Relationship to Adnerence and Metabolic Central in Persons with Type 1 Diabetes," *Diabetes Care*. 9 : 179-185.
- Thoits, Peggy A. (1982 , January). "A conceptual, Methodological and Theoridical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," *Journal Health and Social Behavior*. P. 147-148.
- Turex , S.L. (1977). "Osteoarthritis of the knee," *Orthopaedics*. The United Status of America : J.B. Lippincott Company.
- Yamane , Taro. (1996). *Statistics an Introductory Analysis*, New York : Harper and Pow.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- รายนามผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ
- หนังสือขออนุญาตทดสอบแบบสอบถาม
- หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการทำวิจัย

- | | |
|--|--|
| 1. นายแพทย์สุริยพงษ์ เสาวฤทธิ์ | นายแพทย์ 8 กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 2. นายแพทย์ชลัท วินมุล | นายแพทย์ 7 กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิญญา วิศวลาภรณ์ | อาจารย์ภาควิชาวิจัยและวัดผลการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |



ที่ ทม 1012/๒๕๕๐

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางกาญจนา คุ่มภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขออนุญาตให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ออโรโธปิดิกส์ จำนวน 400 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางกาญจนา คุ่มภัย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๑ ๖ ๖๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

| สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางกาญจนา คุ่มภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจกระดูกของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางกาญจนา คุ่มภัย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119



บันทึกข้อความ

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

ที่ ทม 1012/๐๔๐๓๓

วันที่ ๔๓ มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางกาญจนา คุ่มภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปฏิญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารต และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์วิญญา วิศาลาภรณ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางกาญจนา คุ่มภัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

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

ที่ ทม 1012/๐๕๐๓๔

วันที่ ๑๓ มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางกาญจนา คุ้มภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารอด และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จตุมาศ เทพชัยศรี เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางกาญจนา คุ้มภัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1012/ ๒๕๐๓ 4

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๓ มิถุนายน 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางกาญจนา คุ่มภัย นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์สุริยพงษ์ เสาวฤทธิ์ และ นายแพทย์ชัชวาล วิมล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางกาญจนา คุ่มภัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

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

โทรสาร. 258-4119

ภาคผนวก ข

- แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
- ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน

แบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ท่านกำลังอ่านอยู่นี้ เป็นแบบสอบถามเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็น การวิจัยของนิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร การศึกษาครั้งนี้ นำผลการวิจัย ที่ได้มาใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการกำหนดนโยบาย แนวทางส่งเสริม ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป

คำตอบของท่านถือเป็นความลับ ซึ่งไม่มีผลเสียต่อตัวท่าน โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และโปรดตอบทุกข้อเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางกาญจนา คุ่มภัย

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสอบถาม

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค
ข้อเช่าเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเลิดสิน
กรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคข้อเช่าเสื่อม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเช่าเสื่อม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเช่าเสื่อม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจงในการตอบ โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

[] ชาย [] หญิง

2. อายุ

[] อายุต่ำกว่า 40 ปี
 [] อายุ 40 - 45 ปี
 [] อายุ 46 - 50 ปี
 [] อายุ 51 - 55 ปี
 [] อายุ 55 ปีขึ้นไป

3. วุฒิการศึกษา

[] ต่ำกว่าประถมศึกษา
 [] ประถมศึกษา
 [] มัธยมศึกษา
 [] อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 [] ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. อาชีพ

[] รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 [] กำขายหรือธุรกิจ
 [] เกษตรกรรม
 [] รับจ้าง
 [] ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 [] อื่น ระบุ.....

5. รายได้ครอบครัว

[] ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน
 [] 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน
 [] 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน
 [] 13,000 บาทขึ้นไป

6. สถานภาพสมรส

โสด คู่ หม้าย หย่า แยก

7. สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกับท่าน

ครอบครัวเดี่ยว

ครอบครัวขยาย

8. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมาเป็นระยะเวลา

ต่ำกว่า 5 ปี

5 - 9 ปี

9 ปีขึ้นไป

- ตอนที่ 2** แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม
- คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวาของข้อความ ขอให้ท่านเลือกพิจารณา คำตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

เนื้อหา	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคข้อเข่าเสื่อมไม่ใช่โรคติดต่อ			
2. โรคข้อเข่าเสื่อมมีการเสื่อมของกระดูกอ่อนภายในข้อเข่า			
3. การได้รับการกระทบกระแทกบริเวณข้อเข่า บ่อยๆ ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้			
4. คนสูงอายุมีโอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนหนุ่มสาว			
5. การนั่งพับเพียบเป็นประจำทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม			
6. การนั่งยองๆ เป็นประจำทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม			
7. การนั่งขัดสมาธิเป็นประจำทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม			
8. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีลักษณะขาโก่งและอยู่ในท่างอ			
9. โรคข้อเข่าเสื่อมทำให้รูปร่างของข้อเข่าผิดไปจากเดิม			
10. การตรวจวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมทำได้โดยการตรวจเอ็กซเรย์			
11. โรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อรักษาแล้วข้อเข่าก็ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้			
12. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้			
13. กล้ามเนื้อต้นขาที่แข็งแรงจะช่วยรับน้ำหนักเวลาเดิน ทำให้แรงกระแทกที่ข้อเข่าน้อยลง			
14. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรงช่วยป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้			
15. การใช้ข้อเข่ามากๆ ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการวิ่ง หรือเดินมากๆ ทำให้ข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น			
16. วิธีการรักษาที่ให้ผลดีต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถ้าทำอย่างถูกต้องคือการทำกายภาพบำบัด			

เนื้อหา	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
17. วิธีทำกายภาพบำบัดจะช่วยรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยจะลดอาการอักเสบบริเวณกล้ามเนื้อ			
18. ท่าของการบริหารกล้ามเนื้อหน้าขาคือเกร็ง กล้ามเนื้อต้นขา ทั้ง 2 ข้าง			
19. ท่านสามารถออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ต้นขาข้อเข่าได้ทุกวัน			
20. การเดินแอโรบิค เป็นวิธีการออกกำลังกายที่ไม่ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม			
21. ผู้ที่ปวดเข่าควรประคบความร้อนรอบเข่าวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น			

เนื้อหา	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
13. ข้อเช่าที่เสื่อมแล้วไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้			
14. การบริหารกล้ำเนื้อต้นขา ไม่ได้เป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับท่านเลย			
15. ท่านรู้สึกอายน่าท่านต้องทำการบริหารร่างกายต่อหน้าบุคคลอื่น			
16. การบริหารกล้ำเนื้อต้นขาทำให้เสียเวลา			
17. ถึงแม้ไม่มีอาการปวดเข่าท่านก็สามารถบริหารกล้ำเนื้อ ต้นขาได้			
18. โรคข้อเช่าเสื่อมควรจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการปวดเท่านั้น			
19. การปรึกษาแพทย์ทำให้มีความรู้เรื่องโรคข้อเช่าเสื่อมมากขึ้น			
20. ควรรักษาโรคข้อเช่าเสื่อมก่อนที่จะตัดสินใจใส่ข้อเช่าเทียม			

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดขอให้ท่านเลือกพิจารณาเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ

เนื้อหา	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้			
2. ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลา			
3. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน			
4. ท่านรับประทานอาหารว่างนอกจากอาหารหลัก 3 มื้อ			
5. ท่านรับประทานอาหารจุกจิก			
6. ท่านมีการควบคุมอาหารในแต่ละวันให้พอกับความต้องการของร่างกาย			
7. ท่านจะรับประทานอาหารที่ท่านชอบโดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ของอาหาร			
8. ท่านนั่งยองๆ หรือนั่งงอเข่านานๆ			
9. ท่านนั่งขัดสมาธิหรือนั่งพับเพียบนานๆ โดยไม่เปลี่ยนท่านานๆ			
10. ท่านเดินขึ้นลงเป็นเวลานาน			
11. เวลาไปเที่ยวท่านมักจะเดินทางโดยไม่พัก			
12. ท่านหลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงบันไดหลายๆ ชั้น			
13. ท่านถือหรือหิ้วของโดยแบ่งให้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง			
14. ท่านประคบความร้อนรอบเข่า			
15. ท่านบริหารกล้ามเนื้อต้นขา			

เนื้อหา	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
16. แม้ว่าท่านไม่มีอาการปวดเข่าแล้วท่านก็ยังคงออกกำลังกายต่อไปเหมือนเดิม			
17. ท่านนั่งบนเก้าอี้ที่สูงพอเหมาะทำวงรอบกับพื้นพอดี			
18. ท่านซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง			
19. เมื่อท่านไปพบแพทย์ได้รับยาใหม่ ท่านสอบถามเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา			
20. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง			
21. ท่านดูแลตนเองด้วยการพักผ่อน			

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
ทางขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน
ขอให้ท่านเลือกพิจารณาเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็น
จริงที่เกิดขึ้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็น
จริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็น
จริงที่เกิดขึ้นน้อย

ข้อ	เนื้อหา	มาก	ปานกลาง	น้อย
1	การสนับสนุนความต้องการทางด้าน อารมณ์			
1.1	ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่น มั่นใจ และสบายใจ			
1.2	ท่านมีคนใกล้ชิดที่ยินดีรับฟังปัญหาและมี ความต้องการในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวของโรคข้อเข่าเสื่อม			
1.3	ท่านมีคนใกล้ชิดที่สามารถไว้วางใจและ สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ได้			
1.4	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่คอยซักถามเกี่ยว กับความเจ็บป่วยของท่าน			
1.5	คนใกล้ชิดของท่านไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่า ถูกทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว			
1.6	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดให้ความรักความ เอาใจใส่ต่อท่าน			

ข้อ	เนื้อหา	มาก	ปานกลาง	น้อย
2	การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า			
2.1	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดให้ความเคารพ นับถือ และยกย่องท่าน _____			
2.2	เมื่อบุคคลใกล้ชิดมีปัญหาจะมา ขอคำปรึกษา และคำแนะนำจากท่าน _____			
2.3	บุคคลใกล้ชิดเห็นว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์ ท่านได้รับความไว้วางใจจากบุคคล ใกล้ชิด			
2.4	ได้รับผิดชอบงานต่างๆ ที่ท่านสามารถทำได้ _____			
2.5	บุคคลใกล้ชิดให้กำลังใจและกล่าว ชมเชย ท่าน เมื่อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลได้ ถูกต้อง _____			
3	การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม			
3.1	ท่านยังมีบุคคลใกล้ชิดไปมาหาสู่ท่าน เหมือนเดิมตั้งแต่เจ็บป่วยถึงปัจจุบัน _____			
3.2	ท่านให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนของท่าน เช่น งานประเพณี หรือ งานรื่นเริงสังสรรค์ _____			
3.3	บุคคลใกล้ชิดมักพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวของเขาให้ท่านฟังอยู่เสมอ _____			
3.4	บุคคลใกล้ชิดแสดงให้เห็นว่าท่านมีส่วนช่วยในงานของส่วนร่วม _____			
3.5	บุคคลใกล้ชิดแสดงให้เห็นว่าท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองและทำประโยชน์ให้แก่สังคม _____			

ข้อ	เนื้อหา	มาก	ปานกลาง	น้อย
4	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร			
4.1	บุคคลใกล้ชิดให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ท่านเป็นอยู่ _____			
4.2	บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม _____			
4.3	บุคคลใกล้ชิดคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล _____			
4.4	ท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยส่งเสริมให้ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจากสื่อต่างๆ _____			
4.5	บุคคลใกล้ชิดไม่มีเวลาคอยให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต _____			
5	การสนับสนุนด้านการเงินสิ่งของแรงงานและบริการ			
5.1	เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือท่านได้ _____			
5.2	เมื่อท่านขาดแคลนสิ่งของเครื่องใช้ของท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือท่าน _____			
5.3	เมื่อท่านไม่สามารถทำงานที่ท่านรับผิดชอบได้ ท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยแบ่งเบาภาระนี้ _____			
5.4	เมื่อท่านรู้สึกไม่สบาย ท่านมีคนคอยช่วยเหลือดูแล _____			
5.5	เมื่อท่านมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยอำนวยความสะดวกให้ท่าน _____			

ตาราง 35 ค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อ	ค่าความยากง่าย (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.52	0.24
2	0.74	0.49
3	0.56	0.25
4	0.80	0.20
5	0.72	0.50
6	0.76	0.45
7	0.66	0.29
8	0.56	0.46
9	0.68	0.34
10	0.62	0.20
11	0.72	0.30
12	0.42	0.34
13	0.38	0.22
14	0.74	0.31
15	0.68	0.41
16	0.66	0.44
17	0.64	0.23
18	0.62	0.37
19	0.76	0.33
20	0.60	0.20
21	0.60	0.31

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรู้ เท่ากับ 0.75

ตาราง 36 ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ ด้านการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับการ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก		
	ด้านเจตคติ	ด้านการปฏิบัติ	การสนับสนุนทางสังคม
1	0.24	0.37	0.37
2	0.29	0.29	0.53
3	0.23	0.33	0.59
4	0.35	0.27	0.57
5	0.20	0.26	0.36
6	0.26	0.27	0.56
7	0.39	0.27	0.46
8	0.29	0.40	0.30
9	0.21	0.32	0.44
10	0.32	0.20	0.31
11	0.33	0.25	0.63
12	0.25	0.37	0.47
13	0.24	0.25	0.53
14	0.27	0.22	0.63
15	0.36	0.26	0.47
16	0.26	0.63	0.53
17	0.40	0.57	0.36
18	0.51	0.31	0.38
19	0.37	0.34	0.42
20	0.32	0.28	0.37
21		0.43	0.57
22			0.50
23			0.42
24			0.43
25			0.63
26			0.57

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมด้านเจตคติ เท่ากับ 0.72

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เท่ากับ 0.76

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.73

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางกาญจนา คุ่มภัย
เกิดวันที่	27 มกราคม 2513
สถานที่เกิด	อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	150/427 หมู่บ้านสินทวีแกรนด์วิลเลจ แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร 10150
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5 วช. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยตา-หู-คอ-จมูก โรงพยาบาลเลิดสิน
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2536	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยบรมราชชนนีพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
พ.ศ. 2543	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร