



รายงานการวิจัย
เรื่อง

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและ
ผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
Development of a Health Efficacy Program and Its Effects on
Quality of Life in Knee Osteoarthritis Patients

ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ
นางมาลี เอี่ยมสำอาง
นางขวัญธิดา พิมพการ
ดร. ดวงเนตร ธรรมกุล

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
2560
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต



รายงานการวิจัย
เรื่อง

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและ
ผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
Development of a Health Efficacy Program and Its Effects on
Quality of Life in Knee Osteoarthritis Patients

ดร.เพ็ญนิศา พิพัฒน์สมบัติ
นางมาลี เอี่ยมสำอาง
นางขวัญธิดา พิมพการ
ดร. ดวงเนตร ธรรมกุล
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสวन्दุสิต

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสวन्दุสิต

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยสวन्दุสิต ปีงบประมาณ 2558)

หัวข้อวิจัย	การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ผู้ดำเนินการวิจัย	ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ นางมาลี เอี่ยมสำอาง นางขวัญฤติดา พิมพการ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ที่ปรึกษา	นายแพทย์อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา โทผล
หน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ปี พ.ศ.	2560

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการสุขภาพต่อความรู้ อาการรุนแรงของโรค(ความปวด ข้อฝืด ข้อยึดและความลำบากในการเคลื่อนไหว) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของ The American College of Rheumatology ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านข้อมูลสุขภาพ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและติดตามให้คำปรึกษาแบบอัตโนมัติภาวะนิยมนจำนวน 5 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความรู้ แบบประเมินภาวะสุขภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบที่

ผลการวิจัยภายหลังทดลอง พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($t = 10.883, 40.661$) 2) ค่าเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคลงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($t = -25.736, -11.749$) โดยที่อาการปวดข้อ อาการข้อฝืด ยึดติดและความลำบากในการเคลื่อนไหวน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.207, 31.827$) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพและด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น ($t = 17.621, 13.965, 9.882, 6.249$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการสุขภาพนี้ ทำให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสามารถจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ โปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

Research Title	Development of a Health Efficacy Program and Its Effects on Quality of Life in Knee Osteoarthritis Patients
Researcher	Dr.Ploenta Pipatsombat Mrs.Malee Iemsam-ang Mrs.Khwanthida Phimpakarn Dr.Doungnetre Thummakul
Research Consultants	Dr.Auttakorn Kanjanapiboonwong As sistant Professor Suchada Thophon
Organization	Faculty of Nursing Suan Dusit University
Year	2017

This Quasi-experimental, two groups, pre-posttest research was to examine the impact that a health efficacy program on knowledge, severity of disease and quality of life among patients with knee osteoarthritis. The sample was composed of 70 patients with knee osteoarthritis, the American College of Rheumatology Inclusion criteria, was recruited from the orthopedic clinic at Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, divided equally into a control group and an experimental group. The participants in the experimental group were required to receive a self-efficacy program and existential individual counseling which consisted of 5 activities whereas the control group were suggested to do their normal activities recommended for osteoarthritis clinic. The research instrument included knowledge test, Modified WOMAC and WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed with descriptive statistics and t-test

The results can be summarized as follows:

1) The mean knowledge scores of the intervention group were higher than before intervention and the control group after receiving the program. There was statistically significant difference ($p < .05$) ($t = 10.883, 40.661$) 2). The mean scores of severity symptoms of the intervention group were lower than before intervention and the control group after receiving the program. There was statistically significant difference ($p < .05$) ($t = - 25.736, -11.749$). There were statistically significant difference in joint pain, joint stiffness and the movement difficulties. ($p < .05$) 3) The mean scores of quality of life among patients with osteoarthritis in the intervention group were higher than before intervention and the control group after receiving the program. There was statistically significant difference ($p < .05$) ($t = 17.207, 31.827$).

There was a statistically significant increase in quality of life in term of physical domain, psychological domain, social relationships and environmental domain ($t = 17.621, 13.965, 9.882, 6.249$) respectively ($p < .05$).

According to the study, this health efficacy programme could be applied as part of health care for knee osteoarthritis patients, as the programme increased the patients' knowledges and skills in managing their health more efficiently, enabling them to have better quality of life.

Key word: Health Efficacy Program, Quality of Life, Knee Osteoarthritis Patients

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จากผู้มีส่วนร่วมในความสำเร็จจากหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิตและจากภายนอกสถาบัน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุก ๆ ท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์ แพทย์แผนกออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติา โทผล ในฐานะที่ปรึกษางานวิจัยและพยาบาลสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือทางวิชาการแก่คณะผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างมากที่ทางสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ให้การสนับสนุนทุนและเวลาในการวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ และขอบพระคุณประธานและคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่รับพิจารณาและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลวิจัย

คณะผู้วิจัย

2560

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	7
ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม	7
อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	11
แนวคิดการจัดการด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	14
แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของเบนดูรา	14
การติดตามโดยใช้การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากแนวคิดอัติภาวะนิยม	17
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
กรอบแนวคิดในการวิจัย	37

	หน้า
บทที่ 3	
 วิธีดำเนินการวิจัย	38
ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4	
 ผลการวิจัย	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.	48
ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการสุขภาพต่อความรู้ อาการรุนแรงและคุณภาพชีวิตของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	52
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละของผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม	57
บทที่ 5	
 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	58
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผล	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	65
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	65
บรรณานุกรม	66
บรรณานุกรมภาษาไทย	66
บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ	69
ภาคผนวก	74
ภาคผนวก ก	75
เอกสารรับรองจริยธรรมของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต	76
เอกสารรับรองจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราช	77
ภาคผนวก ข	81
แบบสอบถาม	82
ภาพประกอบกิจกรรม	96
ประวัติผู้วิจัย	98

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	การประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม	16
2.2	แบบแผนการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบอัตถิภาวนิยม	20
3.1	กิจกรรมการให้โปรแกรม	40
3.2	การแปลผลคะแนน Modified WOMAC เป็นรายด้าน	42
3.3	การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน	44
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามลักษณะทั่วไป	49
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม	50
4.3	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
4.4	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
4.5	ระดับอาการปวดข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึดและความลำบากในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	53
4.6	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	54
4.7	ระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	55
4.8	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและได้รับการ	56
4.9	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและได้รับการพยาบาลตามปกติ	57
4.10	เปรียบเทียบผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	57

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	37
ช-1	ภาพกิจกรรม Workshop 1	96

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นและองค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้คาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนใน พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ที่เป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรค นับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years lived with disability: YLDs) อุบัติการณ์นี้เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 50 พบในกลุ่มที่อายุมากกว่า 65 ปี พบว่าข้อที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและมารับบริการมากที่สุด คือข้อเข่า (Zhang & Jordan, 2010, Pereira et al., 2011)

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ osteoarthritis of knee เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมในข้อ โดยตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ ที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อหุ้ม (diarthrodial joint) โดยจะพบมีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่องมากขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป (อารี ตनावลี, 2557) หรือมีการสูญเสีย น้ำเลี้ยงในข้อต่อ จนในที่สุดมีการสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อ (พัชรพล อุดมเกียรติ, 2552) นอกจากพยาธิสภาพที่ข้อเข่าโดยตรงแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นมีส่วนร่วมในการทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเสื่อมได้มากขึ้น จากผลการสำรวจในโครงการ COPCORD ใน 11 ประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวเกิน การนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ (Squatting) และการขี่จักรยาน (Haq & Davatchi, 2011) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมทางคลินิกของโรคข้อเข่าเสื่อมในปี 2013 พบประเด็นสำคัญทางคลินิก ที่ประกอบด้วย ความอ้วน กำลังกล้ามเนื้อลดลง ความปวด การใช้ยาแก้ปวดและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลทำให้ผลลัพธ์ของข้อเข่าเสื่อมไม่ดี ทำให้ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Aghdam et al., 2013)

ผลเสียของภาวะข้อเข่าเสื่อม คือไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้ และจะทวีความรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติของข้อ ข้อเข่าติดและอาจเกิดความพิการ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์, 2550) และพบว่าข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดความพิการในผู้สูงอายุมากกว่าโรคอื่นๆ (Sowers et al., 2006) อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ปวดข้อเรื้อรัง ข้ออักเสบ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับที่พบว่า ตำแหน่งที่มีความปวดส่วนใหญ่ คือ ข้อเข่า ร้อยละ 63.9 มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (พุทธิพร พิธานธนาอนุกุล และปัทมา สุริต, 2554) ซึ่งอาการปวดทำให้การมีปัญหาคือ เคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ ลุกยืนลำบาก ต้องใช้เวลามากกว่าเดิมเพื่อที่จะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืน เดินได้ช้ากว่าเดิม เดินลำบากและเดินได้ในระยะทางไม่ไกลเท่าเดิม (Bindawas, 2016) จึงเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตัดสินใจ เลือกใช้บริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งส่งผลต่อร่างกาย ได้แก่ การใช้ยาแก้ปวด หรือวิธีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และประเสริฐ อัสสันตชัย, 2553) ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Jakobsson & Hallberg, 2006)

ความทุกข์จากการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่ออารมณ์ คือ รู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 78.3) ท้อแท้ (สกวรัตน์ ศุภสาร, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวิศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์, 2550) ซึมเศร้า (Coriolano, 2014) มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนอื่น 2-3 เท่า (Lin, 2008) ไม่กล้าเข้าสังคม และพบปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก

ซึ่งการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 12.30 เท่านั้น (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556) และนอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อมและวิธีการจัดการอาการปวดในภาพรวม อยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 53.3 ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ผู้สูงอายุไม่มั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการกดทับข้อเข่า และไม่มั่นใจในการทำการบริหารข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อ เมื่อมีอาการปวดผู้สูงอายุจะจัดการ โดยซื้อยาชุด ยาประดง ยาสมุนไพร ยาปอก ยาเพียแคม (NSAIDs) มารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการปวด (รัตนาวลี ภัคดี สมัย และพนิชฐา พานิชชีวะกุล, 2554) การให้โปรแกรม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ ฝึกและให้คู่มือการบริหารข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการอาการปวดเข่าได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งชะลอกระบวนการดำเนินของโรคไปสู่ระยะที่มีความรุนแรงมากขึ้นได้ (Conaghan, Hunter, Maillerfert, Riechmann & Losina, 2011) การปวดข้อเข่าลดลง ส่งผลทำให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น (รัตนาวลี ภัคดีสมัย และพนิชฐา พานิชชีวะกุล, 2554) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น (Blackmon, 2011, Marsh, 2010) และเมื่อที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ในเรื่องการควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายจะมีสมรรถนะทางกายดีขึ้น อาการปวดลดลง (Cox, 2015)

จากสถิติของมูลนิธิโรคข้อในพระบรมราชูปถัมภ์ ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2553) พบว่ามีผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ในประเทศไทยพบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ มีมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรสูงวัยในชุมชน (จันทร์จิรา เกิดวัน และคณะ, 2559) และจากรายงานสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบเป็น 10 อันดับแรกของโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบมีอาการรุนแรงจนได้รับผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม (Total Knee Replacement: TKR) มีจำนวน 255, 305 และ 333 คน ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ (เวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ประจำปี 2554-2556)

ซึ่งแนวทางที่จะแก้ปัญหาภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยจากการทบทวนดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยนำทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ฝึกการบริหาร เพื่อลดอาการปวดข้อเข่าแทนการใช้ยา และเป็นการป้องกันความเสื่อมที่จะเกิดขึ้นจากอาการปวดข้อ และการใช้งานข้อผิด โดยมีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบด้วยทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม มาส่งเสริมทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยรับรู้ในปัจจุบัน ค้นหาความหมายและกำหนดเป้าหมายได้ชัดเจน

เลือกสิ่งที่มีคุณค่าในตนเองพร้อมตัดสิ้นใจและนำตนเองสู่เป้าหมาย ทำให้สามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบร้อยละของผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัย เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความรู้ อาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ซึ่งได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพ แบบวัดความรู้ แบบประเมินความรุนแรงและแบบวัดคุณภาพชีวิต จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่สมัครใจและได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมของ The American College of Rheumatology ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 - ตุลาคม 2559

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ
2. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการรุนแรงของโรค น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ
3. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการรุนแรงของโรค น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

โปรแกรมการจัดการสุขภาพ คือ โปรแกรมที่สังเคราะห์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การให้ความรู้ มีขั้นตอนดังนี้

1.1 การจัดอบรม 1 วัน เนื้อหาบรรยายโดยพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

1.2 การแจกคู่มือ โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองให้กลุ่มทดลองนำกลับไปทบทวนที่บ้าน

ส่วนที่ 2 การฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise)

2.1 การสอน/สาธิต การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ข้างที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม

2.2 การเปิดวิดีโอแล้วให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติตาม

2.3 การประเมินผลการปฏิบัติและสอนซ้ำ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกคน

2.4 การแจกวิดีโอ ให้กลุ่มทดลองนำกลับบ้าน เพื่อทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

ส่วนที่ 3 การติดตามให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบที่บ้าน หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ และผ่านฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อขาอย่างถูกต้องแล้ว โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 การสร้างแบบฟอร์มการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยบทสนทนา การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการให้คำปรึกษา ให้ผู้รับบริการสำรวจตรวจสอบค่านิยมและความเชื่อของตนเองในการมีชีวิตในปัจจุบัน ตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือกและการกระทำของตนเอง ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.2 กำหนดการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8

3.3 เวลาในการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่ละครั้งประมาณ 15 นาที

3.4 การประมวลผลการติดตามของกลุ่มทดลองแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามครั้งต่อไป

การติดตามให้คำปรึกษาจากแนวคิดอัตถิภาวะนิยม คือ รูปแบบการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มทดลอง ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2. การให้การปรึกษา โดยการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสำรวจ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเองในปัจจุบัน เพื่อจะได้ทราบว่าขณะนี้ตัวเองเป็นอย่างไร จะตัดสินใจว่าจะดำรงชีวิตอย่างไร จะมีชีวิตในปัจจุบันอย่างมีคุณค่าอย่างไร และชีวิตอนาคตจะเป็นเช่นใด

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้กลุ่มทดลองได้ค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตัวเขาเองให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง บุคคลทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และไม่มีโรคร่วม เช่น การตัดขา ส่วนใต้เข่า (Below knee amputation) และใส่ขาเทียม

ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม สาเหตุการเกิด การดำเนินของโรคอาการและการแสดง ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษาในปัจจุบัน

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ภาวะข้อเข่าเสื่อม ที่มีอาการปวดข้อเข่า อาการข้อฝืด ข้อยึด และความลำบากในการเคลื่อนไหวข้อเข่า เป็นอาการแสดงที่เด่นชัด และสามารถประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2553)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การรับรู้ ความพึงพอใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตตามความหมายของคุณภาพชีวิต (WHOQOL Group, 1994) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน

1. ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้และพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้และพึงพอใจ ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้และพึงพอใจเรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น
4. ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้และพึงพอใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านผู้ป่วย

1. มีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เมื่อนำไปปฏิบัติจะช่วยลดอาการรุนแรงของโรค เช่น อาการปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความลำบากในการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2. ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ลดภาระของผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

ด้านโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน

1. สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนในการให้ข้อมูลความรู้ แนะนำ สอน/สาธิต ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้เหมาะสมที่บ้าน เพื่อลดอาการรุนแรง และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยใช้ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดการจัดการด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนคูรา

การติดตามโดยให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากแนวคิดอัตถิภาวะนิยม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) หมายถึง โรคเสื่อมสภาพของข้อ (Degenerative joint disease) โดยมีการเกิดพยาธิสภาพอย่างเรื้อรังและถาวรที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) ของข้อชนิดมีเยื่อหุ้ม (Diarthrodial joint) การทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป ข้อที่มักเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักมาก (Hochberg et al., 2012) อีกทั้งยังอาจมีการลุกลามทำลายไปยังกระดูกบริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (Sun-chondral bone) ทำให้มีการหนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง ทำให้เกิดอาการปวดจากผิวข้อชำรุดและการอักเสบส่งผลให้การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลงและทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด (Cooper et al., 2013)

ชนิดของข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ดังนี้ (แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม: Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee, สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2553)

1. โรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (primary หรือ idiopathic osteoarthritis) หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ มักเกิดเองตามธรรมชาติของอายุและลักษณะการใช้งานของข้อ โดยไม่เคยมีประวัติของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่ามาก่อน โดยมีปัจจัยร่วมที่ช่วยเสริมทำให้เกิดโรค ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การใช้งานของข้อเข่า เพศ พันธุกรรม รูปร่างลักษณะของขาที่ผิดปกติ เช่น ขาโก่งออกนอก (Genu varum) หรือขาโก่งเข้าใน (Genu valgum) และน้ำหนักโดยเฉพาะในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น (Lee et al., 2012)

2. โรคข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (secondary osteoarthritis) หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากภาวะหรือปัจจัยอื่นนำ ทำให้มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น กระดูกหักที่มีรอยผ่านผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัวไม่เรียบเหมือนเดิม (intra-articular fracture) การติดเชื้อภายในข้อ (pyogenic and tuberculous arthritis) ความผิดปกติของข้อแต่กำเนิด

พยาธิสภาพของข้อเข่าเสื่อม

เชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical) ภายในข้อ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของข้อเข่าเสื่อมเริ่มต้นบริเวณกระดูกผิวอ่อน คือ เมื่อเซลล์กระดูกอ่อน (chondrocytes) ได้รับความเครียดจากแรงกระทำจะปล่อยเอ็นไซม์ออกมาทำลายคอลลาเจน (collagen) และโปรทีโอไกลแคน (proteoglycan) ซึ่งในคนสูงอายุทั้งคอลลาเจนและโปรทีโอไกลแคนก็มีการเสื่อมสภาพอยู่แล้ว ทำให้ผิวข้อทนต่อแรงกดได้น้อยลง เกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อน มีรอยแตกเห็นเป็นริ้ว เมื่อโรคดำเนินต่อไปผิวกระดูกอ่อนจะแตกหลุดเป็นสาเหตุให้กระดูกอ่อนหุ้มข้อบางลงผิวข้อขรุขระ ขณะเดียวกันส่วนกระดูกใต้ผิวข้อ (subchondral bone) ซึ่งปกติจะมีกระดูกอ่อนคอยช่วยรับแรงที่มากกระทบ แต่เนื่องจากการสูญเสียลักษณะของกระดูกอ่อนไปดังกล่าว ทำให้แรงที่มากกระทำกับข้อผ่านลงมาสู่กระดูกใต้ผิวข้อได้มากขึ้น กระดูกมีการแตกเป็นเศษเล็ก ๆ (microfracture) หลุดลอกตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อ ร่างกายจะพยายามซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอโดยการเพิ่มความหนาของกระดูกใต้ผิวข้อ ทำให้กระดูกใต้ผิวข้อหนาตัวขึ้น (subchondral bone sclerosis) (นิภาพร ทองหลอม, 2550) ขณะเดียวกันบริเวณรอบ ๆ ข้อ คือ ขอบกระดูก เอ็นยึดกระดูก (ligament) และเอ็น (tendon) ก็จะมีการตอบสนองด้วยการสร้างไฟโบรบลาสต์ (fibroblast) และกระดูกใหม่ (osteophytes) โดยกระดูกที่เจริญขึ้นมาจะทำให้ช่องว่างระหว่างข้อ (joint space) แคบลง เกิดการเสียดสีของขอบกระดูกขณะมีการเคลื่อนไหว เกิดเสียงกระดูกเสียดสีกัน (crepitation) เกิดอาการเจ็บปวด เนื่องจากปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) ถูกกระตุ้น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุลดหรือหยุดกิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนไหวข้อเข่าร่วมกับมีการเชื่อมติดต่อกันระหว่างขอบกระดูกทำให้เกิดอาการข้อติดแข็ง (joint stiffness) นอกจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแล้ว เศษกระดูกอ่อนที่หลุดตกค้างอยู่ในช่องว่างระหว่างข้อก็จะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มข้อ (synovitis) เกิดอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณข้อ (สูงชัย คังธารารักษ์, 2549)

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมนอกจากจะมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของผิวกระดูกอ่อนหุ้มข้อตามกระบวนการสูงอายุแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ

1. เพศ เพศหญิงที่สูงอายุจะมีภาวะข้อเข่าเสื่อมและมีความรุนแรงของโรคได้มากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เนื่องจากขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน และลักษณะของยีนในโครโมโซมเพศหญิงส่งเสริมให้ข้อมีการเสื่อมมากขึ้น (Felson et al., 1995)

2. อายุ อุบัติการณ์เกิดขึ้นของข้อเข่าเสื่อมนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จึงพบผู้มีข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุมากกว่า (Nuki, 2002)

3. อาชีพและลักษณะการทำงาน ลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะงานที่ต้องงอเข่ามาก ๆ เป็นเวลานาน ๆ เช่น การนั่งยอง ๆ การนั่งคุกเข่า การขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ การยกของหนัก และอาชีพที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เกษตรกรรม คนงานก่อสร้าง และพนักงานดับเพลิง เป็นต้น (Aluoch & Wao, 2009)

4. ดัชนีมวลกาย การเกิดข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากข้อเข่าต้องรับน้ำหนักตลอดเวลาที่ยืน พบว่าขณะเดินแรงจะกระทำที่ข้ออยู่ 3 ถึง 7 เท่าของน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัมจะเพิ่มแรงกระทำที่ข้อเข่า 1 ถึง 1.5 กิโลกรัม (Morison, 1970) กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตร จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่ากลุ่มน้ำหนักมาตรฐานถึงร้อยละ 38.7

5. อุบัติเหตุและการได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า ทำให้เอ็นหรือหมอนรองข้อเข่าฉีกขาด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของกระดูกอ่อนผิวข้อ ส่งผลให้ข้อเข่าไม่มั่นคง การรับและกระจายน้ำหนักผิดไป ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น (Wilder et al., 2002)

6. ปัจจัยอื่น ๆ ในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน มักเกิดข้อเข่าเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ และพบว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้นด้วย (Louati et al., 2015)

7. ปัจจัยด้านอาหาร เซลล์กระดูกอ่อนผิวข้อ เป็นแหล่งที่มีการสร้างสารอนุมูลอิสระในการทำลาย collagen และ hyaluronic acid ในน้ำหล่อเลี้ยงข้อ อาหารที่ต่อต้านอนุมูลอิสระจึงน่าจะป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ และผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับวิตามินซีในขนาดสูง ๆ มีอาการปวดข้อเข่าน้อยกว่าผู้ที่บริโภควิตามินซีในขนาดต่ำ (McAlindon, 2014)

อาการและอาการแสดง

อาการและการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงในการดำเนินของโรค ซึ่งมักจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ มีลักษณะการเกิดเฉพาะที่ ไม่มีผลกระทบต่ออวัยวะในระบบอื่น อาการและอาการแสดงที่พบ ได้แก่

1. ข้อฝืด ข้อติด หรือข้อแข็ง (stiffness) เป็นอาการเริ่มแรกของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้ป่วยจะมีอาการข้อเข่าฝืดประมาณ 3-4 นาที อาการจะทุเลาเมื่อขยับใช้ข้อหรือใช้ติดต่อกัน

2. อาการปวด (pain) เป็นอาการแสดงที่พบบ่อย และเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด ความปวดขึ้นอยู่กับข้อที่เป็น ระยะเวลาและความรุนแรงของโรค ความปวดระยะแรก คือปวดลึกบริเวณข้อที่มีการเสื่อม เกิดภายหลังการใช้ข้อและบรรเทาอาการปวดลงด้วยการพักข้อ เมื่อข้อเสื่อมมากขึ้น ความปวดอาจเกิดขึ้นระหว่างการพักของข้อหรือเวลานอนหลับ

3. เสียงกรอบแกรบจากการเสียดสีของกระดูก (crepitation) เกิดจากการเสียดสีของขอบกระดูกที่เจริญขึ้นมาใหม่บริเวณขอบของข้อต่อร่วมกับช่องว่างระหว่างข้อแคบลง ทำให้การเสียดสีของกระดูกมีมากขึ้น ซึ่งจะได้ยินเสียงดังกรอบแกรบในขณะที่เคลื่อนไหวข้อเข่า

4. อาการบวมและข้อมีขนาดใหญ่ขึ้น (joint edema และ joint enlargement) มี 2 แบบ คือการบวมจากเนื้อเยื่ออ่อน จากการอักเสบของเยื่อข้อทำให้สร้างน้ำหล่อเลี้ยงข้อมากขึ้น (joint effusion) และการบวมจากการสร้างชิ้นใหม่

5. มีเสียงในข้อเข่า (crepitus) เมื่อเวลาขยับ เคลื่อนไหว มักเกิดจากการเสียดสีผิวข้อที่ไม่ราบเรียบ ขรุขระ มีการสะดุดหรือติดขัดที่เกิดจากการบั่นของกระดูกงอกหรือการสึกหรอของกระดูกอ่อน ที่พลิกไปมากีดขวางในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

6. การเคลื่อนไหวของข้อลดลง (limitation of motion) ซึ่งเกิดจากผิวหน้าของข้อขรุขระ กล้ามเนื้อเกร็งตัวและหดรั้งกีดขวางการทำงานของข้อ ทำให้ลงน้ำหนักได้ไม่เต็มที่ ถ้ารุนแรงมากจะทำให้มีข้อจำกัดในการงอเหยียด ถ้าการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าขาลดลง จะเกิดการอ่อนแรงและลีบลงไป

7. การผิดรูปของข้อ (deformity) เกิดจากกระดูกอ่อน กระดูกหรือเนื้อเยื่อข้อถูกทำลายไปมาก มีถุงน้ำในข้อ ร่วมกับมีกล้ามเนื้อลีบ ทำให้ข้อเข่าผิดรูปร่าง

8. ท่าเดิน (gait) ผิดปกติ เป็นผลจากการชำรุดของข้อเข่าและกล้ามเนื้อ ถ้าเป็นข้างเดินจะเป็นลักษณะคล้ายขาสั้นข้างยาวข้าง ถ้าเป็นสองข้างเข่าจะคดโค้งจะเดินกะเผลกตัวเอนไปมา

การรักษา

วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่นิยมในปัจจุบันมีดังนี้

1. การใช้ยา ซึ่งมียาหลากหลายชนิดให้เลือกใช้ (บุษบา จินดาวิจักษณ์, 2557)

1.1 ยาทาภายนอก ประเภทครีมขนาดที่ทาแล้วรู้สึกร้อน และยาที่เข้าตัวยาต้านการอักเสบที่ทาแล้วไม่ร้อน

1.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDS) เป็นยาที่ใช้ได้ผลดี มีหลายชนิดแต่ก็สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น การระคายเคืองกระเพาะอาหาร เกิดภาวะซีด (aplastic anemia) และน้ำคั่ง เป็นต้น ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการระคายเคืองกระเพาะอาหาร จึงควรรับประทานยาดังนี้พร้อมกับอาหาร และระมัดระวังยา NSAIDS บางตัวในการที่จะใช้กับผู้ที่เป็โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบ

1.3 ยาต้านการอักเสบที่มีสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาฉีดใช้ได้ผลดี ในระยะที่มีการอักเสบมากจนผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หรือในกรณีที่มีข้ออักเสบนานเกิน 2-3 สัปดาห์ แต่ไม่ควรฉีดบ่อยเกิน 3-4 ครั้งต่อปี เพราะตัวยาทำให้ข้อที่เสื่อมมีการทำลายรวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้การฉีดยายังเสี่ยงต่อการนำเชื้อโรคเข้าไปในข้อ เกิดการอักเสบติดเชื้อหรือทำให้ข้อพิการได้

2. การใช้วิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะเป็นการช่วยลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่า ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ลดความพิการ ได้แก่

2.1 การใช้ความร้อนความเย็นเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า และช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว

2.2 การใช้สับเข่า ช่วยให้ข้อเข่ากระชับขึ้นและลดแรงกระทำต่อข้อเข่า

2.3 การใช้เครื่องพยุงเพื่อลดแรงกระทำต่อข้อเข่า เช่น ไม้เท้า ไม้ยันรักแร้ เพื่อช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่าได้ส่วนหนึ่ง

3. การผ่าตัด เพื่อแก้ไขความพิการของข้อ ลดความเจ็บปวด และทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้มากขึ้น การผ่าตัดไม่ใช่วิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยตรง แต่สามารถลดความเสื่อมให้ช้าลงได้ในบางราย การผ่าตัดมี 4 วิธี คือ

3.1 การผ่าตัดเพื่อเอาเศษกระดูกที่หลุดเข้าไปในข้อออก (removal of loose body)

3.2 การผ่าตัดตกแต่งภายในข้อ (joint debridement and excision)

3.3 การผ่าตัดตกแต่งกระดูกที่โค้งงอให้ตรง (osteotomy to correct alignment)

3.4 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (total knee replacement)

4. การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีความสำคัญมาก เนื่องจากจะช่วยให้การรักษาและได้ผลดี ต่อเนื่องในระยะยาว การปฏิบัติตัวที่สำคัญประกอบด้วย (พิพัฒน์ เพิ่มพูล, 2553)

4.1 การลดปัจจัยเสริมที่จะทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อม

4.1.1 การควบคุมน้ำหนัก โดยรับประทานผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ปลา ไม่เกินวันละ 250-300 กรัมต่อวัน ควรดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว งดของหวานไขมัน การปรุงอาหารควรใช้ นึ่ง ปิ้ง อบ แทน การทอดหรือผัด และรับประทานอาหารเป็นเวลา ถ้าทำได้ควรงดอาหารบางมื้อ โดยเฉพาะมื้อเย็น เพราะร่างกายไม่ได้ใช้แรงงาน จะเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

4.1.2 การหลีกเลี่ยงการใช้เข่า ในท่าที่มีการกดกระดูกภายในข้อ ได้แก่ การงอเข่า มากๆ การนั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ การขึ้นลงบันได การปีนที่สูง การยืนนาน ๆ ควรใช้ส้วมชักโครกแบบโถนั่ง หลีกเลี่ยงการหิ้วของหนักเกิน 10% ของน้ำหนักตัว ถ้าเป็นไปได้ผู้สูงอายุควรจัดที่นอนไว้ชั้นล่าง เพื่อหลีกเลี่ยงการที่ต้องขึ้นลงบันได หากจำเป็นต้องขึ้นบันไดควรใช้มือจับราวบันได เพื่อช่วยผ่อนแรงของข้อเข่า

4.2 การฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้มีความแข็งแรง (Quadriceps muscle exercise) เพราะกล้ามเนื้อนี้มีส่วนสำคัญในการทรงตัว ถ้ากล้ามเนื้ออ่อนแรงจะทำให้ไม่มีเครื่องผ่อนหรือ กระชับข้อเข่าเวลาใช้งาน ทำให้กระดูกกระดูกแตกหรือกดทับ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อนี้เป็นอาการแรกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่จะสามารถทำนายถึงการสูญเสียหน้าที่ของข้อเกิดขึ้นและเกิดความปวดขึ้น (Hurley, 1999) และโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาส่งผลให้ลดปวดข้อและการทำหน้าที่ดีขึ้น (Hunter & Lo, 2008; Jenkinson et al., 2009)

4.3 หลีกเลี่ยงการนวด ถู ดัดหรือจับเส้นโดยผู้ที่ไม่เชี่ยวชาญ เพราะการใช้วิธีดังกล่าว อาจจะทำให้ข้อเข่าที่เสื่อมอยู่แล้วได้รับบาดเจ็บจากแรงกดภายนอกมากขึ้นได้

อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

อาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป พยาธิสภาพและอาการแสดงทางคลินิกจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรคและพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่ทราบว่าเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม พบเมื่อมีความรุนแรงมากขึ้น อาการข้อเข่าฝืด ข้อยึด ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของข้อเข่าเสื่อม โดยจะเกิดหลังจากการพักใช้ข้อนาน ๆ และเกิดความลำบากของข้อขณะทำกิจกรรม ข้อเข่าเคลื่อนไหวไม่เต็มที่และพิสัยของข้อเข่าลดลง และอาการปวดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์

การประเมินอาการรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม: Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee, สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย (2553) มีหลายลักษณะ ได้แก่

1. การประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ อาการปวดข้อ อาการข้อติดแข็ง ข้อผิดรูป เช่น ขาโก่ง ขาฉิ่ง ร่วมกับการตรวจนับเม็ดเลือด ซึ่งอาจพบการตกตะกอน

ของเม็ดเลือดแดง (Electrolyte sedimentation rate: ESR) สูงแต่ไม่มาก จำนวนเม็ดเลือดขาวอาจสูงขึ้นบ้างแต่ไม่เกิน 5,000 ตัว/ลบ.มม การตรวจน้ำไขข้อที่เพิ่มจำนวน โดยมากมักจะไม่พบความผิดปกติหรือพบแต่น้อย อาจพบผลึกแคลเซียม ไพโรฟอสเฟต ไดไฮเดรต (calcium pyrophosphate dihydrate) ในพวกที่มีน้ำคั่งในข้อเขา

2. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพโดยอาศัยภาพถ่ายทางรังสี ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพออกเป็น 4 ระดับ

ระดับที่ 1 มีการงอกใหม่ของกระดูกใหม่เล็กน้อย

ระดับที่ 2 มีการงอกใหม่ของกระดูกใหม่ปานกลาง

ระดับที่ 3 มีการงอกใหม่ของกระดูกใหม่ จนทำให้ช่องว่างระหว่างข้อแคบลง

ระดับที่ 4 มีการงอกใหม่ของกระดูกใหม่ จนทำให้ช่องว่างระหว่างข้อแคบลงมาก และกระดูกอ่อนมีการเสื่อมสลายลงด้วย

3. การประเมิน โดยการแบ่งตามระยะความรุนแรงของอาการแสดงที่เกิดขึ้น แบ่งความออกเป็น 3 ระยะ โดยพิจารณาจาก อาการปวด ความสามารถในการลุก การยืน การเดิน และการช่วยเหลือตนเอง โดยแบ่งเป็น

ระยะที่ 1 เริ่มมีอาการปวดเมื่อยเล็กน้อย น้อยๆ หลังจากทำงานหนักหรือเดินไกลและอาการจะค่อย ๆ มากขึ้น มีอาการปวดเมื่อยเมื่อยยืนหรือเดินนาน ๆ พอหยุดพักก็หาย ต่อมารู้สึกข้อเขาฝืดเวลาลุกจากท่านั่งเป็นทำยยืน หรือนั่งยอง ๆ แล้วลุกขึ้น การก้าวเดินก้าวแรกจะปวดแต่พอเดินต่อไปสัก 10-15 ก้าวจะเริ่มหายปวดเดินเป็นปกติได้ แต่ถ้าเดินนานไปจะปวดอีกต้องนั่งหยุดพักจึงจะหายปวด อาการดังกล่าวอาจมีเป็นครั้งคราว หรือนาน ๆ ครั้ง เช่น เป็น 3-7 วัน แล้วอาการหายไป 2-3 เดือน แล้วมีอาการแบบเดิมอีก หรืออาจเป็นติดต่อกันจากความรู้สึกปวดน้อย ๆ จนมากขึ้นเรื่อย ๆ

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะปวดมากขึ้นและบ่อยขึ้นจนทำให้ขึ้นลงบันไดลำบาก นั่งยองๆ หรือนั่งพับเพียบไม่ได้หรือได้ไม่นาน และเมื่อนั่งแล้วอาจลุกไม่ขึ้นต้องให้คนช่วยพยุง เดินไกลไม่ได้และอาจจะต้องอาศัยไม่เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน จากระยะเริ่มมีอาการจนถึงระยะนั่งยอง ๆ ไม่ได้อาจกินเวลา 5 ถึง 15 ปี

ระดับที่ 3 เป็นระยะที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดเข่าตลอดเวลา ทั้งขณะใช้ข้อและพักข้อหรือทุกก้าวที่ต้องเคลื่อนไหว จึงต้องใช้ไม้เท้าช่วยเดิน หรือมีคนพยุงเวลาเดิน บางรายที่เป็นมากอาจมีการหดรั้งของกล้ามเนื้อต้นขา และมีความผิดปกติของรูปร่างข้อเขา ได้แก่ ขาโก่ง ขาลีง ทำให้เสียสมดุลในการทรงตัวและเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากระยะที่สองจนถึงระยะช่วยเหลือตนเองไม่ได้อาจใช้เวลา 5-10 ปี หรือบางรายอาจเกิดอาการรุนแรงเช่นนี้ได้ภายในระยะเวลา 1-3 ปี จากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินของโรคข้อเข่าเสื่อมในภาพรวม

การวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ คือ การประเมินอาการและความรุนแรงโดยใช้แบบประเมินตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถแสดงถึง ระดับอาการจากการรับรู้ของผู้ป่วยเอง และมีประโยชน์ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการและผลการรักษา นอกจากนั้นยังเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประกอบการวินิจฉัย เพื่อวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัดได้ โดยแบบ

ประเมินข้อเข่าที่ได้รับการทดสอบความตรงและความน่าเชื่อถือแล้ว มีผู้นำไปใช้ในรายงานการวิจัย และรายงานทางคลินิกอย่างแพร่หลาย คือ

Knee Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) เป็นแบบประเมินตนเองที่ใช้สำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุน้อย หรือเป็นผู้ที่ยังสามารถเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายได้ ซึ่งพัฒนาเพิ่มเติมจาก WOMAC ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการและความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าที่ประกอบด้วย การประเมินระดับอาการปวด อาการฝืดขัดของข้อต่อและอาการในขณะเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน โดยเพิ่มการประเมินการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย คำถาม 41 ข้อ แบ่งเป็น 5 หัวข้อ คืออาการปวด อาการอื่น ๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายและนันทนาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่า มีคำตอบเป็น 5 ตัวเลือก ให้คะแนนจาก 0 ถึง 4 โดยคะแนนรวมของแต่ละหัวข้อ คิดเป็น 100 ซึ่ง 100 หมายถึงไม่มีอาการ และ 0 หมายถึงอาการรุนแรงมากที่สุด ข้อดีของ KOOS นอกเหนือไปจากที่สามารถประเมินผู้ป่วยที่อายุน้อยแล้วยังสามารถคิดคะแนนเทียบกลับไปเป็นคะแนน WOMAC ได้ และเป็นแบบประเมินที่ผู้พัฒนาอนุญาตให้นำไปใช้ได้โดยไม่ต้องมีค่าลิขสิทธิ์

The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index; WOMAC หรือ Lequesne questionnaires การประเมินความรุนแรงของ เบลลามี และคณะ (Bellamy, et al., 1988) ประเมินอาการปวดข้อ อาการข้อติดแข็ง และความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินอาการปวดข้อเข่ามี 5 ข้อ อาการข้อติดแข็งหรือข้อเข่าฝืดมี 2 ข้อ และความสามารถในการเคลื่อนไหวมี 17 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าโดยการเปรียบเทียบกับสายตา (visual analog scales) ที่ประเมินความรุนแรงเป็น 5 ระดับ 0 ไม่มี, 1 เล็กน้อย, 2 ปานกลาง, 3 มาก, และ 4 มากที่สุด รวม 96 คะแนน แต่ Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553, Kuptniratsakul & Rattanachaiyanont, 2007) ประเมินเชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 0 - 10 เซนติเมตร ระดับความปวด (0 - 10) โดย 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากจนทนไม่ได้ ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด (0 - 10) โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการฝืดเลย และ 10 หมายถึง มีอาการฝืดมากที่สุด และระดับความสามารถในการใช้งานข้อ (0 - 10) โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการฝืดเลย และ 10 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้และแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ปรับใช้แบบการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมตามแนวคิดของเบลลามี และคณะ (Bellamy, 1988) และประเมินอาการผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วย Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553) เหมาะสมที่จะนำไปประเมินในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพราะมีความเที่ยงสูง เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย และใช้นาน้อย (พิมพ์ชนก องค์สันติภาพ และคณะ, 2558) และสามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในคนไทยได้ (บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช และคณะ, 2549)

แนวคิดการจัดการด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura, 1977) พัฒนาขึ้น ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดว่าการบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ ควรมีลักษณะการอาศัยซึ่งกันและกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition) และ 3) เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (Environmental condition) ซึ่ง 3 องค์ประกอบนี้ มีลักษณะปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวกันไว้ (Interlock system) โดยแต่ละองค์ประกอบต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977) นอกจากนั้นแบนดูราได้เสนอแนวคิดความคาดหวังความสามารถของตนเอง ว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาภายหลังใช้คำว่า “การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy)” แทนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกิจกรรม โดยแบนดูรา เชื่อว่า บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพการแสดงออก ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ จากแนวคิดเบื้องต้น แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีสมมุติฐานว่าถ้าบุคคลคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984) การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance & McLeroy, 1986) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) (Ross, 1992)

Bandura (1997) กล่าวว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง การประเมินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นการตัดสินใจว่า ผลของการกระทำจะเกิดพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

แหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ (Bandura, 1997) ดังนี้

1 ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยเชื่อว่าถ้าได้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จซ้ำอีก ความสำเร็จหลาย ๆ ครั้งนี้ จะช่วยสร้างพลังความเชื่อที่แรงกล้าในการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อกระทำกิจกรรมล้มเหลวจะบั่นทอนความเชื่อในการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญจะมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ฝึกทักษะอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ที่จะปฏิบัติการออกกำลังกายได้สำเร็จตามเป้าหมาย

2 การใช้ “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าตัวแบบนี้มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เหมือนกัน ถ้าพยายามจริงและไม่ย่อท้อ Bandura เชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาก่อนทั้งสิ้น

การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตโดยไม่มีความตั้งใจ และรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก การตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนี้ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัส ระดับของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บความทรงจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ภายหลังจากสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับ จากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุง แก้ไขพฤติกรรมของตน และการเลียนแบบจนเป็นที่พอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแฉ่งว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

ประเภทของตัวแบบแบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1997) คือ

ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพอลิคา ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์

ดังนั้น เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ โดยการให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้เรียนรู้และสังเกตจากตัวแบบผ่านวีดิทัศน์ ที่เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายตนปฏิบัติภารกิจ กำลังกายและการฝึกปฏิบัติตามผู้สาธิต

3. การพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นมีอิทธิพลในการโน้มน้าวจิตใจหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าบุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ โดยการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเอง จะทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) เกิดพลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ ให้ได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน เพื่อให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะประสบความสำเร็จในการจัดการสุขภาพ ควรให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง พูดชักจูงโดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้นดีและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด เพราะคนมักจะตีความหมายของปฏิกิริยาความเครียดว่า เป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถเพียงพอ ดังนั้นจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถบุคคลสามารถลด หรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้

ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้น ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมไม่เครียด มีอารมณ์ทางบวก

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรับรู้ความสามารถตนเอง และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ว่าประสบผลสำเร็จ ก็จะตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นตัวบ่งชี้ที่มีอำนาจ ในการทำนายการเกิดพฤติกรรมที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่ขึ้นเมื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์, 2555; สุภาณี แสงกระจ่าง และคณะ, 2558)

ตารางที่ 2.1 การประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม

แหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถตนเอง	โปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกาย
1. การประสบความสำเร็จจากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)	- ผู้วิจัยเป็นตัวแบบ โดยการสอน/สาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ประเมินผลการปฏิบัติและสอนซ้ำจนสามารถปฏิบัติได้ทุกคน
2. การสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ (Model)	- ดูวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่บ้าน - แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถบริหารกล้ามเนื้อต้นขา
3. การพูดชักจูง (Verbal persuasion)	- การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองแก่กลุ่มทดลอง พูดชักจูงให้เห็นผลดีของการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal)	- ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การติดตามโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากแนวคิดอัตถิภาวะนิยม

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีแนวคิดเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาทั่วไป (Counselling) และมีคำใกล้เคียงกับการสอนทางสุขภาพอนามัย (Health Teaching) การแนะนำ (Advising) การแนะแนว (Guidance) การเป็นที่ปรึกษา (Consultant) และการบำบัดทางจิต (Psychotherapy) ซึ่ง

มีการปฏิบัติที่แตกต่างในเป้าหมาย ลักษณะของปัญหา การใช้เทคนิค เป็นต้น การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ ปัญหาของตน ยอมรับกับสภาพปัญหาของตน ปรับตัวได้ ตัดสินใจแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่เหมาะสม ส่วนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีความหมายที่จะพิจารณาาร่วมกัน 2 ส่วน ได้แก่ การให้คำปรึกษา (Counselling) และสุขภาพ (Health) หรือสุขภาพที่มีองค์ประกอบ 4 มิติ ในด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคมและสุขภาพทางวิญญาณ ที่มีการเชื่อมโยงกัน (ดวงมณี จงรักษ์, 2550)

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; สุวนีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2554) หมายถึง กระบวนการของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อการช่วยเหลือให้มีบุคคลสุขภาพดี ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณโดยอาศัยเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษาและพื้นความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ปรับตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงเจตคติ ค่านิยมและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existentialism Theory)

ผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้ คือ Kierkegaard มีความเชื่อว่า ความมีอิสระของมนุษย์ การมีชีวิตที่มีความหมาย (Meaning of life) โดยเชื่อว่า เหตุที่มนุษย์มีความทุกข์หรือมีปัญหา นั้น เนื่องจากรู้สึกว่าชีวิตตนไม่มีความหมาย อยู่อย่างเลื่อนลอย หาความสุขไม่ได้ จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา คือ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีประสบการณ์รับรู้ถึงการมีอยู่ของตนเอง และมีศักยภาพที่ตนเองที่ตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อตนเอง เปิดโอกาสให้พัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ คอร์เร่ (Corey, 2004) ได้พัฒนาแนวคิดนี้ขึ้นอย่างแพร่หลายในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากผู้คนตระหนักถึงภัยร้ายของสงคราม เกิดความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกละเลยความเป็นตัวของตัวเองและเกิดความรู้สึกว่าไม่ได้เป็นเจ้าของชีวิตของตน รู้สึกเป็นเครื่องจักร รู้สึกโดดเดี่ยว แปรลกแยกและว้าเหว

การพัฒนาวิธีการอัตถิภาวะนิยม เรื่องธรรมชาติมนุษย์ (Corey, 2004)

1. มนุษย์มีคุณค่าเอกลักษณ์เฉพาะตน ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ต้องให้ความสำคัญกับตนเองเท่าๆ กับให้ความสำคัญในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักและสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ตามลำพัง บุคคลอาจสูญเสียความเป็นตัวเอง โดยดำเนินชีวิตตามความคาดหวังของผู้อื่นหรือดำรงชีวิตตามที่ผู้อื่นกำหนด ค้นหาคุณค่าจากคนสำคัญของโลกมากกว่าค้นหาคำตอบภายในตนเอง พยายามสร้างความพึงพอใจให้คนอื่นยอมรับ
2. มีเสรีภาพในการกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง สิ่งแวดล้อมไม่ได้กำหนดตัวเรา แต่เราเป็นผู้กำหนดตัวเราเองว่าจะยอมแพ้หรือต่อสู้ การดำรงชีวิตที่ไม่แท้จริง คือการกล่าวโทษตำหนิสิ่งแวดล้อมและการเลือกนั้นต้องรับผิดชอบในฐานะผู้สร้างชีวิตและสร้างปัญหาให้ตนเอง
3. มนุษย์มีความตระหนักรู้ในตนเอง ตัดสินใจสร้างทางเลือกได้อย่างอิสระ หากเลือกจากความเห็นของคนอื่น ก็จะแสวงหาการยอมรับจากผู้อื่นแทนที่จะเป็นตัวของตัวเอง

4. มนุษย์ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีสังคมและสิ่งแวดล้อม
5. มนุษย์ไม่ใช่ตัวตนที่คงที่ แต่อยู่ในสถานะที่เปลี่ยนแปลง มีความยืดหยุ่นและมีวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา
6. ชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความหมาย บุคคลมีการแสวงหาความหมายของชีวิต พร้อมทั้งจะเผชิญกับความยากลำบากต่าง ๆ เมื่อเรามองเห็นความหมายในสิ่งนั้น
7. มนุษย์มีลักษณะของความวิตกกังวล โดยมีความรู้สึกว่าจะต้องพยายามต่อต้านสิ่งที่จะมาทำลายการดำรงอยู่ของตน ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไป จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลต่อความเจริญงอกงามของชีวิต ในทางตรงข้ามความวิตกกังวลที่มีมากเกินไป จะทำให้หุนวายใจ สับสน ขาดความกระตือรือร้น ย่อท้อต่ออุปสรรค ท้อถอยในชีวิตและไม่เห็นคุณค่าในชีวิต

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม มีทฤษฎีเรื่องธรรมชาติมนุษย์ในประเด็นที่ว่า มนุษย์มีคุณค่า มีลักษณะเฉพาะของตน ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีศักยภาพที่จะตระหนักรู้ในตนเอง มีอิสระเสรีภาพในการเลือกตัดสินใจ กำหนดวิถีชีวิตของตนเอง การดำรงชีวิตของบุคคลไม่สามารถแยกออกไปจากการดำรงอยู่ของบุคคลอื่น ๆ ในสังคม มีการแสวงหาและทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ซึ่งในการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม ในปัจจุบันจึงใช้กับผู้รับบริการที่รู้สึกว่าคุณค่ากำลังประสบกับความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นและไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต

เป้าหมายของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม ให้มีความสำคัญกับศักดิ์ศรีและคุณค่าของมนุษย์ เสรีภาพ การเลือกและความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดย

1. ช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงเสรีภาพในการเลือก (Freedom of Choice) สามารถใช้เสรีภาพของตนในการเลือกสิ่งต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเลือก (Freedom and Responsibility) ว่าจะส่งผลต่อการดำรงอยู่ของตนอย่างไร
2. ช่วยให้ผู้รับบริการมีศักยภาพที่จะตระหนักรู้ในความเป็นตัวเอง (Capacity for Self - Awareness)
3. ช่วยให้ผู้รับบริการได้ค้นหาความหมาย จุดหมาย ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต (The Search for Meaning, Purpose, Values and Goals)
4. ช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบเอกลักษณ์ของตน และสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น (Discovering One's Identity and Establishing Meaningful Relationships with Others)
5. ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักว่า ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนเงื่อนไขในการดำรงชีวิต (Anxiety as a Condition of Living) โดยเห็นว่าในการดำรงชีวิตนั้นบุคคลย่อมเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ความวิตกกังวลที่ไม่มากเกินไปจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลที่มีมากเกินไป จะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยหน่าย
6. ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตระหนักถึงความตายและความไม่มีอยู่ หรือไม่ดำรงอยู่ (Awareness of Death and Non-being) โดยให้ตระหนักว่า ความตายเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาความหมายและจุดหมายในชีวิต การเผชิญกับความตายด้วยการวิเคราะห์พิจารณาจะนำมาสู่การมีชีวิต ให้สามารถยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อบุคคลใดตระหนักถึงความตายอย่าง

แท้จริง จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างเข้มแข็ง และมีกำลังใจอย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ โดยตัดสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความสำคัญออกไป

กล่าวโดยสรุป กระบวนการให้คำปรึกษาตามเป้าหมายทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม เน้นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ถึงเสรีภาพในการเลือกและมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเลือก มีความตระหนักในการเป็นตัวของตัวเอง กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษารู้จักแสวงหาความหมาย จุดมุ่งหมาย ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิต รวมถึงการค้นพบ เอกลักษณ์ของตนเองและสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ให้ความสำคัญกับความวิตกกังวล ตลอดจนช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีชีวิตอยู่กับปัจจุบันอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (The Initial Phase)

1. ขั้นเริ่มต้นในการให้การปรึกษา เป็นขั้นของการสร้างสัมพันธภาพที่เต็มไปด้วย ความเคารพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา อีกทั้งมีการแสดงออกที่เป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริงระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ในขั้นนี้ผู้ให้การปรึกษาจะให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อในการมองโลก การค้นหาความหมายของภาวะชีวิตหรือความรู้สึก ของการมีชีวิตในปัจจุบัน (Existence) โดยให้ผู้รับบริการสำรวจตรวจสอบค่านิยมและความเชื่อของตนเอง รับรู้ และตระหนักถึงความมีอยู่หรือการดำรงอยู่ของตนเอง เมื่อผู้รับบริการมาขอรับบริการปรึกษา ผู้รับบริการส่วนมากต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้การปรึกษา ให้ช่วยแก้ปัญหา โดยปัญหาของผู้รับบริการนั้น ส่วนมากจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่แวดล้อม ผู้ให้การปรึกษาจะต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การสะท้อนความรู้สึก การใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้รับบริการได้สัมผัสกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และกระจำงในเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านั้นมากยิ่งขึ้น

2. ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา คือ ระยะเวลาตอนกลางของการให้การปรึกษา (The Middle Phase) ในขั้นนี้ ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจ ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเองในปัจจุบัน เพื่อจะได้ทราบว่า ขณะนี้ตัวเองเป็นอย่างไร จะตัดสินใจว่าจะดำรงชีวิตอย่างไร จะมีชีวิตในปัจจุบันอย่างไรมีคุณค่าอย่างไร และชีวิตอนาคตจะเป็นเช่นใด พื้นฐานของแนวความคิดแบบภาวะนิยม และเน้นการรับรู้ในปัจจุบัน ที่นี่และเดี๋ยวนี้ (Here and Now) โดยมีขั้นตอนทั่วไปในการให้การปรึกษา ดังนี้

- 2.1 ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ของผู้รับการปรึกษา
- 2.2 ให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้และตระหนักถึงความมีอยู่ของตน
- 2.3 ให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาความหมายในการมีอยู่ แสวงหาเป้าหมายในชีวิต
- 2.4 ให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้และให้เสรีภาพของตนอย่างเต็มที่
- 2.5 ให้ผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีคุณค่าต่อตน
- 2.6 ให้ผู้รับการปรึกษามีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือกและต่อการกระทำของตนเอง
- 2.7 ให้ผู้รับการปรึกษามีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเลือก

3. ขั้นตอนสุดท้ายของการให้การปรึกษา (The Final Phase) ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการได้ค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมาย และมีคุณค่าสำหรับตัวเองให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบอรรถิภาวะนิยม ไม่มีระบบของการบำบัด แต่เป็นการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจกับการมีอยู่ และประสบการณ์ของมนุษย์สร้างการตระหนักรู้ (นาถยา คงขาว, 2559) สามารถกำหนดตนเองได้ (นฤมล เนตรวิเชียร และวรารกร ทรัพย์วิระปรกรณ์, 2557) ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมพบการสนับสนุนด้านสมรรถนะทางร่างกาย แต่ทางด้านจิตใจภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวลที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิตมีน้อย และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้ากับสมรรถนะทางร่างกายในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่น้ำหนักเกิน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบย่อยของคะแนน WOMAC ความลำบากในการเคลื่อนไหว ($r = 0.54$) ข้อฝืด ข้อยึด ($r = 0.26$; $p = 0.004$) ความปวด ($r = 0.43$; $p < 0.001$) (Possley et al., 2009) แสดงถึงภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับค่าคะแนน WOMAC ที่แปลผลไม่ดี สำหรับการศึกษาพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาแบบอรรถิภาวะนิยมมีระดับความท้อแท้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (สุตใจ ส่งสกุล และคณะ, 2556)

ตารางที่ 2.2 แบบแผนการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบอรรถิภาวะนิยม

วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	การประเมินผล
1. ขั้นเริ่มต้นกลุ่ม				
การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการให้ คำปรึกษา	- ทฤษฎีการ ให้การปรึกษา แบบอรรถิ ภาวะนิยม	ใช้เทคนิคพื้นฐานดังนี้ คือการใส่ใจ การกระตุ้น การทวนซ้ำ การสรุป ความ การถาม และการ สะท้อนความรู้สึก	- สร้างบรรยากาศของการ ยอมรับ - มีข้อตกลงร่วมกัน	สังเกตจากความ กระตือรือร้น ความใส่ใจ และ การให้ความ ร่วมมือ
2. ขั้นดำเนินการ				
1. การพัฒนาการ ค้นหาความหมาย ของภาวะชีวิตหรือ ความรู้สึก ของ การมีชีวิตใน ปัจจุบัน (Existence)	- ทฤษฎีการ ให้การปรึกษา แบบอรรถิ ภาวะนิยม	- เทคนิคการสะท้อน ความรู้สึก - เทคนิคการใช้คำถาม ปลายเปิด - เทคนิคการเผชิญ ปัญหา - เทคนิคการทำให้ กระจ่าง - เทคนิคการให้กำลังใจ	ฝึกให้วิเคราะห์ตนเองว่ามี การใช้บุคลิกภาพใด เกิด การตระหนักรู้และเข้าใจ ตนเองโดย - ทำความเข้าใจกับ ประสบการณ์ของผู้รับการ ปรึกษา - ให้ผู้เข้ารับการปรึกษา รับรู้และตระหนักถึงความ มีอยู่ของตน - ค้นหาความหมายและ เป้าหมายของชีวิต - รับรู้และให้เสรีภาพของ ตนอย่างเต็มที่	สังเกตจากการ ตั้งใจฟัง การสนใจ ซักถามข้อสงสัย

วัตถุประสงค์	ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	การประเมินผล
2. การมีชีวิตในปัจจุบัน (Here and Now)	- ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอรรถิภาวะนิยม	- เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก - เทคนิคการใช้คำถามปลายเปิด - เทคนิคการเผชิญปัญหา - เทคนิคการทำให้กระจ่าง - เทคนิคการให้กำลังใจ	- สามารถเลือกสิ่งที่มีคุณค่าต่อตน - รับผิดชอบในสิ่งที่เลือกและการกระทำของตน - เชื่อมมั่นในการตัดสินใจและนำตนเองสู่จุดหมาย	สังเกตจากการตั้งใจฟัง การสนใจซักถามข้อสงสัย
3. การยุติการให้คำปรึกษา				
สรุปสิ่งที่ได้รับการให้คำปรึกษาใน ครั้งที่ผ่านมา และการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ใน ชีวิต ประจำวัน	- ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอรรถิภาวะนิยม	ใช้เทคนิคพื้นฐานดังนี้ คือการใส่ใจ การสังเกต การกระตุ้น การทวนซ้ำ การสรุปความ และการสะท้อนความรู้สึก	- เปิดโอกาสให้บททวนสิ่งที่ได้รับอาจให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติมตามอรรถิภาวะนิยม - ผู้วิจัยกล่าวส่งเสริมให้ - ผู้รับบริการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว และใช้ในชีวิตประจำวันให้ต่อเนื่อง	1. สังเกตจากความกระตือรือร้นและความใส่ใจในการให้คำปรึกษา และซักถามข้อสงสัย 2. สังเกตจากการให้คำมั่นที่จะมาพบผู้วิจัยอีกครั้งตามวัน เวลานั้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวคิดคุณภาพชีวิต

แนวคิดของเบอร์ฮอร์นร่วมกับเชฟเฟอร์และคณะ (Berghorn, Schaefer et al., 1981) โดยให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต 5 องค์ประกอบ คือ ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคล กับสังคม ด้านการพึ่งพาตนเอง ประเมินจากความสามารถในการจากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง

แนวคิดของซัน (Zhan, 1992) คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีความเป็นอยู่ที่ดี รู้สึกพึงพอใจ และมีความสุขในการดำรงชีวิตตามสภาพที่ตนเป็นอยู่ประกอบด้วย 4 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ 2) ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง อัตมโนทัศน์จึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยประเมินอาการทางคลินิกการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ 4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้ซึ่งกำหนด เป็นมาตรฐานทางสังคม

Ferrell et al., (1995) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุข สบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (physical well-being and symptom) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความผาสุกทางสังคม (social well-being) และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานของคุณภาพชีวิต

แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (1997) คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ ความพึงพอใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล (Zhan, 1992) สำหรับโอเรมมองคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well-being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ (Orem, 2001)

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่ดีมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นความพึงพอใจ ภายในตัวบุคคลต่อการดำรงชีวิตทั้งในด้านความต้องการขั้นพื้นฐาน สุขภาพแข็งแรง ครอบครัวอบอุ่น ความพึงพอใจในการทำงาน การอยู่ร่วมกันในสังคม ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือเป็นการปรับตัว ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

การประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life assessment) (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

เป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะ (quantitative assessment) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบบประเมินคุณภาพที่นิยมใช้ แบ่งเป็น

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ Health -related quality of life (HRQOL) เป็นแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเป็นโรค หรือความพิการที่มีต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ผู้ประเมินเลือกมาศึกษา

1.1 ประเมินแบบประเมิน HRQOL แบบชนิดเฉพาะเจาะจง (specific HRQOL questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัญหาสุขภาพเหมือนกันหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเดียวกัน แบบประเมินมีข้อความ ที่เกี่ยวกับอาการของโรค อาการแทรกซ้อน ผลกระทบที่เกิดจากโรค แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง เช่น The Rheumatoid Arthritis Quality of Life questionnaire (RAQoL)

1.2 แบบประเมิน HRQOL แบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire) ศึกษาผลกระทบของโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการประเมินในองค์ประกอบหลายด้านที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตจากกรอบแนวคิดแบบ meta-approach แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง เช่น Medical Outcomes Study Short Form 36: SF-36

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) เป็นการประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคม ฐานทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา จิตวิญญาณ แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง เช่น Health Organization Quality of Life Questionnaire-100: WHOQOL-100, World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF

องค์การอนามัยโลกได้สร้างเครื่องมือวัดที่เป็นสากล เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก คือ แบบประเมิน Health Organization Quality of Life Questionnaire-100: WHOQOL-100 ที่มีข้อความจำนวน 100 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน

ระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดยแต่ละด้านอธิบายพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ ศักยภาพ การรับรู้ หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล เนื่องจากจำนวนข้อคำถามมาก องค์การอนามัยโลกได้มีการพัฒนาเป็น World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF ที่มีจำนวน 26 ข้อคำถาม โดยแบ่งข้อคำถามรายด้านที่มองคุณภาพชีวิตหลายมิติ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมได้

ในการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ต้องปฏิบัติตนดูแลตนเองแบบองค์รวม จำเป็นประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมและครอบคลุมทั้งแนวคิดและการประเมินหลายอย่างรวมกัน เพื่อในการประเมินถูกต้องและสอดคล้องกับการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ทั้งในด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ชญญาวีร์ ไชยวงศ์ และคณะ (2559) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกายและการลดความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม วิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกายและการลดความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 40 คน อายุ 45-80 ปี กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ให้มีความคล้ายคลึง ในด้านเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับความปวด โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จำนวน 20 ครั้ง และปฏิบัติเองที่บ้านจำนวน 20 ครั้ง รวม 40 ครั้งในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบประเมินส่วนบุคคล การทดสอบสมรรถภาพทางกาย ประเมินด้วยการเดินเร็ว 6 นาที และแบบประเมิน WOMAC score วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัย พบว่า ด้านสมรรถภาพทางกายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินทดสอบ 6 นาทีเพิ่ม ขึ้น ($\bar{X} = 460$, $SD = 84.18$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 384$, $SD = 75.90$) และค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของข้อเข่าลดลง ($\bar{X} = 7.75$, $SD = 3.09$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 10.80$, $SD = 4.30$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเร็วใน 6 นาทีสูงกว่า และความเจ็บปวดของข้อเข่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ผลการวิจัยเห็นถึงโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีทักษะในการจัดการความเจ็บปวดได้และมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น

จันทร์จิรา เกิดวัน และคณะ (2559) ได้สำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการศึกษาภาคตัดขวางผู้สูงอายุในชุมชนตำบลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม โดยสำรวจค่าความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยการซักประวัติอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมโรคข้อแห่งสหรัฐอเมริกา ดังนี้ คือ อาการปวดข้อ เป็น ๆ หาย ๆ มีเสียงดังขณะขยับข้อ รวมถึงมีอาการข้อฝืด/ตึง/ยึดในช่วงเช้าน้อยกว่า 30 นาที และประเมินดัชนีมวลกาย ค่ากำลังกล้ามเนื้อเหยียดเข่า วัดโดยเครื่อง dynamometer และประเมินอัตราเร็วในการเดินโดยคำนวณจากเวลาที่ใช้ในการเดินระยะทาง 6 เมตร นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 86 รายจากทั้งหมด 243 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.4 (95%CI: ร้อยละ 29.6 - 41.6) พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 39.8 และร้อยละ 22.6) และพบมากขึ้นตามอายุ (ร้อยละ 33.3 ในช่วงอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 37.8 ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิงและผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยมีค่า adjusted odds ratio เท่ากับ 2.13 (95% CI: 1.07, 4.24) และ 2.46 (95% CI : 1.37, 4.42) ตามลำดับ สรุปโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรสูงวัยในชุมชน เพศหญิงและผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ควรได้รับการคัดกรองและให้คำแนะนำแต่เนิ่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

สุภาณี แสงกระจ่าง และคณะ (2558) วิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และภาวะสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน กลุ่มละ 17 ราย และ 20 ราย ตามลำดับ เก็บข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย Chi-square, t-test, Wilcoxon Signed Rank test และ Mann Whitney U-test ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่วัดจากความปวดข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึดและข้อจำกัดความสามารถทางกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .043$

รังสิยา นารินทร์ และคณะ (2558) ได้พัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และศึกษาผลของโปรแกรมต่อสมรรถภาพทางกายและอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วยตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนแกนนำในชุมชน เจ้าหน้าที่เทศบาล แพทย์ และนักกายภาพบำบัด รวม 86 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมคือ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จำนวน 212 เครื่องมือประกอบด้วย คำถามปัญหาสถานการณ์และความต้องการการดูแล คำถามทุนทางสังคม แบบทดสอบการเดิน 6 นาที ส่วนแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทดสอบความเชื่อมั่น คูเคอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.82 และ

สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น(Chronbach's α) เท่ากับ 0.87 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ dependent t-test โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนาจากแนวคิด PRECEDE PROCEDE model (Green & Kreuter, 2005) การดำเนินการแบ่งเป็น ระยะที่ 1 การประเมินทุนทางสังคมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และระยะที่ 2 การนำโปรแกรมไปใช้และการประเมินผลโปรแกรมที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การตรวจคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ 2) การจัดทำชุดความรู้ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ โปสเตอร์ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 3) การจัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน 4) การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 5) การจัดตั้งชมรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 6) การจัดตั้งชมรมเพื่อรณรงค์การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นและมีอาการปวดข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพ มีการดูแลเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง

นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน สุ่มจับคู่ในด้านอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคและความปวด โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมปกติของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา (The Chula Activities of Daily Living Index) และแบบประเมินภาวะสุขภาพ (Short Form 36) พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าที่ได้รับกิจกรรมปกติของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ยุวดี สารบุรณ, สุภาพ อารีเอื้อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ (2557) ศึกษาอาการ ความรู้ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุใน : การศึกษานำร่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 34 ราย ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินและคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 60-84 ปี (mean = 68.82, SD = 6.32) ร้อยละ 64.7 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 55.9 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (mean = 23.79, SD = 3.86) มีอาการ

แสดงที่บ่งชี้ถึงโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.7 โดยมีอาการข้อฝืดขัดและมีเสียงดังในข้อเข่า (ร้อยละ 64.7) และมีอาการปวดเข่า (ร้อยละ 100) โดยปวดเข่าทั้งสองข้างร้อยละ 50 และมีระยะเวลาปวดเข่าอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 55.9) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.03 (mean = 6.03, SD = 1.14) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่าง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 40.56 (SD = 10.18) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 79.4 ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 3 อันดับแรก คือ อายุที่มากขึ้น การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 47.1, 29.4 และ 26.5 ตามลำดับ

ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน และแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับ การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมประกอบด้วยบรรยายประกอบ สื่อ การฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลจากผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value < 0.001) ความปวดของข้อเข่าน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

สุจิตา ปักสังคน และคณะ (2554) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองต่อการลดความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมทฤษฎีการดูแลตนเอง ต่อการลดความเจ็บปวดด้วยตนเองและความพึงพอใจของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อ. พยัคฆภูมิพิสัย จ. มหาสารคาม ระหว่างวันที่ 12 -24 มีนาคม 2553 จำนวน 60ราย สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย ซึ่งจับคู่ให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา พื้นฐานด้านสุขภาพ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความเจ็บปวดข้อเข่า NRS (Numeric Rating Scale) แบบวัดความพึงพอใจต่อตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจ และแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง ($\bar{X} = 5.9 \pm 1.9$) และหลังทดลอง ($\bar{X} = 2.4 \pm 0.9$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.00) คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 2.4 \pm 0.9$) และควบคุม ($\bar{X} = 6.7 \pm 1.7$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p = 0.00$) ความพึงพอใจต่อตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจต่อโปรแกรมลดปวดอยู่ในระดับปานกลาง

รัตนาวลี ภักดีสมัย และพนิษฐา พานิชชีวะกุล (2554) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบาก อำเภอจันทหาร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าและข้อเข่าฝืดในตอนเช้าจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า อาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุเกิดจากการใช้งานผิดวิธี น้ำหนักเกินมาตรฐาน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการขาดแนวทางในการดูแล ดังนั้นจึงได้ ประชุมระดมสมองหาแนวทางวาง แผนการดูแล และพัฒนาคู่มือการอบรม อสม. และแกนนำ ดำเนินการโดย อสม. อสม.แกนนำ ออกเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้และมีคู่มือการบริหารข้อ การประเมินผลหลังปฏิบัติการ 1 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุสามารถบริหารข้อเข่าได้ด้วยตนเองและปรับวิถีชีวิต ทำให้ข้อเข่าปวดลดลง เคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น

พิพัฒน์ เพิ่มพูล (2553) ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.5 มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมในระดับที่ไม่รุนแรง และความรุนแรงในด้านอาการเจ็บปวดข้อเข่า ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ และการเคลื่อนไหวข้อเข่า ในระดับที่ไม่รุนแรงร้อยละ 39 และ 39.5 ตามลำดับ สำหรับด้านอาการข้อเข่าตึงหรือข้อเข่าฝืด พบความรุนแรงของโรค ในระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 41.5 ซึ่งการศึกษาค้นคว้าพบว่า ความรุนแรงด้านอาการเจ็บปวดข้อเข่า มีความสัมพันธ์กับอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$) สำหรับความรุนแรงด้านอาการข้อเข่าตึงหรือข้อเข่าฝืด พบว่า มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71 มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับปานกลาง โดยพบว่า เพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.031$) และ ($p = 0.006$) ตามลำดับ

ดลนภา หงษ์ทอง และคณะ (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านกับการรับรู้อาการปวดข้อเข่าของผู้มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม ในตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ความรู้สึกรู้สึกปวดข้อเข่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยความรู้สึกรู้สึกปวดข้อเข่ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำโดยมีค่าความสัมพันธ์ร้อยละ 31 แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุแนวทางอันดับหนึ่ง คือ ดูแลตนเอง นวด หรือขี้อายามาทานเอง ทำงานป้องกันข้อติด คิดเป็นร้อยละ 28.85 อันดับสอง ได้แก่ ออกกำลังกาย ร้อยละ 21.15 อันดับสามคือ หลีกเลี่ยงการนั่ง การงอข้อเข่า หรือท่าที่จะทำให้ปวด ร้อยละ 19.23 อันดับสี่ การมีลูกหลานหรือคนในครอบครัวคอย

ดูแล เช่น ไปส่งหาหมอ ความสะอาดกสบาย การเงิน ทำงานแทน เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 17.31 อันดับห้า คือ สอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่ สอ. หรือญาติคนใกล้ชิด ร้อยละ 11.54 และ อันดับสุดท้ายคือ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ร้อยละ 1.92 ตามลำดับ

สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัย (The Effects of leg muscles exercise program on pain level in patients with the degenerative knee joint disease) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประเมินผลการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัย จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้รับการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ จำนวน 30 คน โดยใช้มาตรวัดที่เป็นตัวเลขในการประเมินความปวดก่อนการเข้าร่วมวิจัย และการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 การประเมินผลการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้ง 3 ช่วงเวลาหลังการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ในขณะที่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้ง 3 ช่วงเวลา ระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาตามปกติ ในการลดระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัยในชุมชน

สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยะจรโรจน์ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ one group pre posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ความปวด อาการข้อฝืด/ขัด ข้อจำกัดความสามารถทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 104 ราย จากผู้ที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 3 ครั้ง และโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้วยตนเองที่บ้านโดยปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2, 8 และ 12 ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมความมั่นใจในความสามารถของตน การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น

สกาวรัตน์ ศุภสาร และคณะ (2550) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนามในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดงน้อย อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi's) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อมว่า เป็นโรคที่เจ็บปวดทรมาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และเป็นโรคของเวรกรรม ปัญหาหลักที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมต้องเผชิญจะมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ทำให้สมรรถภาพทางกายลดลงไม่

สามารถประกอบอาชีพได้ 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจ 3) ด้านครอบครัว ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้เป็นภาระของครอบครัว และ 4) ด้านสังคม การเข้าสังคม ลดลงและไม่กล้าเข้าสังคม สำหรับวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดของข้อเข่า คือ 1) การใช้ยา และ 2) ไม่ใช้ยา โดยการเปลี่ยนอิริยาบถขยับแขนขาไปมา การเบี่ยงเบนความสนใจโดยรับประทานหมาก หรือการอดทนรอให้ทุเลาไปเอง หลังจากที่ผู้ป่วยมีความรู้และดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด พบว่าผลที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย มีอาการปวดเข่าลดลง และลดการรับประทานยาแก้ปวด ด้านจิตใจ มีกำลังใจ และมีความสุข ด้านครอบครัว เริ่มรับจ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีรายได้เพิ่มขึ้น และด้านสังคม มีการเข้าวัดทำบุญกับเพื่อนบ้านได้เหมือนเดิม

การศึกษาทฤษฎีแบบอรรถิภาวะนิยม

ผลการศึกษากลุ่มแบบอรรถิภาวะนิยมต่อการตระหนักรู้ในตนเองของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (นาถยา คงขาว, 2559) เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของการศึกษากลุ่มแบบอรรถิภาวะนิยมต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนศรียานุสรณ์ ที่มีคะแนนจากการทำแบบวัดการตระหนักรู้ในตนเองระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมาและสมัครใจเข้าร่วมการทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเองและโปรแกรมการศึกษากลุ่มแบบอรรถิภาวะนิยมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองแบบสององค์ประกอบวัดซ้ำหนึ่งองค์ประกอบ แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และเมื่อพบความแตกต่างจึงทดสอบ ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมน-คูลส์ ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทดลองและระยะการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียน สูงกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และนักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียน ในระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นฤมล เนตรวิเชียร และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ (2557) ผลการศึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีอรรถิภาวะนิยมต่อการกำหนดตนเองของนิสิตปริญญาโทระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อศึกษาการกำหนดตนเองของนิสิตปริญญาโท ที่อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ โดยการเปรียบเทียบผลการพิจาราระหว่างก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตปริญญาโทจำนวน 16 คนแบ่งกลุ่มละ 8 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการกำหนดตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการกำหนดตนเองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สุดใจ ส่งสกุล, อนงค์ วิเศษสุวรรณ และสุรินทร์ สุทธิธาทิพย์ (2556) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยมต่อความท้อแท้ของพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยใช้แบบวัดความท้อแท้ที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความท้อแท้โคเปนเฮเกน (Copenhagen Burnout Inventory) คัดเลือกผู้ที่ได้ค่าคะแนนความท้อแท้สูงเกินเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน นำมาสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองกลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวอัตถิภาวนิยม วัดผลการดำเนินการในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่โดยวิธีการแบบนิวแมน-คูลส์ พบว่า พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยมมีระดับความท้อแท้ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีระดับความท้อแท้ในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

บุษรา วาจาจำเริญ และคณะ (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่มีระดับความรุนแรงต่าง ๆ ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต modified WOMAC ฉบับภาษาไทย วิธีการวิจัย: ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 194 คน ได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบวัดคุณภาพชีวิต modified WOMAC ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัย: ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.6 อายุเฉลี่ย 65.05 ± 10.17 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.31 ± 3.78 กิโลกรัม/เมตร² ระดับความปวดเฉลี่ย 5.55 ± 2.65 (จากคะแนนเต็ม 10) ผู้ป่วยร้อยละ 34.5 และ 27.8 มีความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์การประเมินระบบขั้นของ Kellgren-Lawrence อยู่ในระดับ 4 และ 3 ตามลำดับ การวัดคุณภาพชีวิตในด้านความปวดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดมากที่สุดในขณะขึ้นลงบันได และมีระดับความปวดน้อยที่สุดในขณะอยู่เฉย ๆ ด้านอาการข้อฝืด/ข้อยึด ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหาในระดับน้อย การประเมินความสามารถในการใช้งานข้อพบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ยากที่สุดคือการขึ้นบันได ส่วนกิจกรรมที่มีปัญหาน้อยที่สุดคือ การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในมิติด้านความปวดและด้านระดับข้อฝืด/ข้อยึดไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ KL = 4 มีคุณภาพชีวิตด้านการใช้งานข้อน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ KL = 2 อย่างมีนัยสำคัญ พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านความปวดและด้านความสามารถในการใช้งานข้อ แม้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกันมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในแต่ละมิติไม่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาถึงการลดอาการปวดเพื่อจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

จิรวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุรีพร ธนศิลป์ (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำนวน 150 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคกระดูกและข้อของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โรงพยาบาลเถลิง และโรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X} = 2.74$, $SD = .50$) 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$, $r = .36$ ตามลำดับ) 3) อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$, $-.34$ และ $-.18$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$) และ 4) อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ($r = -.06$) พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยประเมิน ภาวะซึมเศร้า อาการปวด และความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กฤษฎากมล ชื่นอ้อม (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตามกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์ American College of Rheumatology (ACR) (Altman, 1991) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.4$, $S.D. = 0.26$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ($r = .43$, $p\text{-value} < .001$, $Eta = .24$, $p\text{-value} < .05$, $Eta = .29$, $p\text{-value} < .001$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ และความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม ($r = -.19$, $p\text{-value} < .001$, $r = -.39$, $p\text{-value} < .001$) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม ความไม่เพียงพอของรายได้ และการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพได้ร้อยละ 38.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .381$, $p < .001$)

การศึกษาแบบวัด Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis

พิมพ์ชนก องค์กรสันติภาพ และคณะ (2558) ศึกษาความน่าเชื่อถือของการวัดในตัวแปรที่ใช้ประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อศึกษาความน่าเชื่อถือ ความคลาดเคลื่อน และความแปรปรวนของการ

วัด ในตัวแปรที่สำคัญและจำเป็นต่อการตรวจประเมินพยาธิสภาพและการตอบสนองต่อการดูแลรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อม อันได้แก่ แบบประเมินความเจ็บปวดข้อเข่า (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis: WOMAC) ระดับความรู้สึกความเจ็บปวด (visual analog scale: VAS) ระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวดด้วยแรงกด (pressure pain threshold: PPT) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อควอดริเซ็ปต์และแฮมสตริง (quadriceps & hamstrings strength) และการทดสอบช่วงเวลาในการลุกเดิน (Timed Up and Go test: TUG) สำหรับการนำไปใช้ในทางคลินิกและในงานวิจัย พบว่า ความน่าเชื่อถือของการวัดซ้ำโดยผู้วัดคนเดียว อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเยี่ยม โดยค่า intraclass-correlation coefficient ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.86 ส่วน ค่า standard error of measurements มีค่าน้อยกว่า 0.61% และค่า coefficient of variation ทุกตัวมีค่าน้อยกว่า 9.38% ยกเว้น ค่า coefficient of variation ของแบบประเมินความเจ็บปวดข้อเข่า (WOMAC) ในส่วนของความสามารถในการทำงาน (function) ซึ่งมีค่าเกิน 15% สรุปได้ว่า ความน่าเชื่อถือของการวัดตัวแปรสำคัญสำหรับภาวะข้อเข่าเสื่อม อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่มีเพียงค่า coefficient of variation ในส่วนของด้านความสามารถในการทำงานของร่างกาย (physical function) ที่มีความแปรปรวนสูง ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการเพิ่มเติมตัววัดประเมินความสามารถในการทำงานอื่น ๆ เข้ามาประกอบ

ปภัตรา หาญมนตรี (2556) ได้ศึกษาความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความสัมพันธ์ของแบบประเมิน Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis ฉบับภาษาไทย กับคะแนนปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis (WOMAC) เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ที่ใช้เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงอาการและการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเที่ยงในการประเมินซ้ำของแบบสอบถาม WOMAC แบบ 5-point Likert ฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง WOMAC กับระดับความเจ็บปวดที่วัดโดย visual analogue scale (VAS) ในอาสาสมัครอายุระหว่าง 50-85 ปี (อายุเฉลี่ย 68.7 ± 7.4 ปี) ในชุมชนของตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน อาสาสมัครทุกคนได้รับการประเมินด้วย WOMAC ที่ประกอบด้วย 3 หมวดคือ อาการปวด ข้อติด และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 24 ข้อ ประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบ Intraclass correlation coefficient (ICC) ของ WOMAC หมวดอาการปวด = 0.75 (95% CI: 0.47 ถึง 0.88) ภาวะข้อติด = 0.59 (95% CI: 0.14 ถึง 0.81) ความสามารถในการทำกิจกรรม = 0.81 (95% CI: 0.60 ถึง 0.91) และค่าคะแนนรวมทั้งหมด = 0.86 (95% CI: 0.70 ถึง 0.93) และ WOMAC ในหมวดอาการปวดมีความสัมพันธ์กับ VAS ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.43$ และ $p < 0.05$) ผลสรุปได้ว่า แบบสอบถาม WOMAC แบบ 5-point Likert ฉบับภาษาไทย เหมาะสมที่จะนำไปประเมินในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพราะมีความเที่ยงสูง เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย และใช้เวลาน้อย ซึ่งการนำแบบสอบถามไปใช้ยังต้องคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นด้วย

บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช และคณะ (2549) ศึกษาการเปรียบเทียบ Validity และ Responsiveness ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไทย แบบสอบถาม Short-Form 36 (SF-36) และ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis index (WOMAC) เป็นแบบสอบถามที่นิยมใช้สำหรับวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม จุดประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของแบบสอบถามทั้งสองฉบับแปลเป็นไทยในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย โดยการวินิจฉัยโรคใช้ตามเกณฑ์ของ American College of Rheumatology (ACR) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาได้รับการรักษาเป็นเวลา 6 อาทิตย์ด้วยยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตอรอยด์ และการให้ความรู้ ผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้งก่อนและหลังการรักษา ในเรื่องข้อมูลพื้นฐานและข้อมูล SF-36 และ WOMAC คุณสมบัติของแบบสอบถามที่ศึกษาได้แก่ reliability, validity และ responsiveness reliability ทดสอบโดยใช้ Cronbach's alpha validity ตรวจสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละ domain ของ SF-36 และ WOMAC (Pearson's test) ใช้ responsiveness ศึกษาเปรียบเทียบค่า SF-36 และ WOMAC ก่อนและหลังการรักษา (paired t-test) ผลการศึกษามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งสิ้น 50 คน (ชาย 4 หญิง 48) อายุเฉลี่ย 58.4 ปี ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับน้อย พบว่าค่า reliability ของ WOMAC อยู่ในเกณฑ์ ดี ทั้งก่อนและหลังการรักษาในทุก domain ขณะที่ SF-36 มี reliability ต่ำกว่า โดยเฉพาะในด้าน role physical และ bodily pain (Cronbach's alpha น้อยกว่า 0.700) construct validity ระหว่าง SF-36 และ WOMAC มีค่า coefficient ระหว่าง -0.05 กับ -0.409 ทั้ง SF-36 และ WOMAC มีค่า responsiveness ที่ดี โดยสรุปแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 และ WOMAC ฉบับแปลเป็นไทยเป็นแบบสอบถามที่ดีสามารถใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในคนไทยได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

จากการศึกษาของ Hinman et al. (2016) นักกายภาพบำบัด วิจัยคุณภาพในการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการยึดมั่นในการออกกำลังกาย การฝึกสอนผ่านโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของผู้มีผลประโยชน์ร่วม (นักกายภาพบำบัด, การฝึกสอนผ่านโทรศัพท์และผู้ป่วย) มีเหตุผลที่มีความเกี่ยวข้องกับโปรแกรมที่นักกายภาพบำบัด ให้คำปรึกษาและการฝึกสอนผ่านโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบมี 4 ประเด็นสำคัญ 1) การให้ความสนใจจากนักกายภาพบำบัดและฝึกสอนที่คำนึงถึงบทบาทของความร่วมมือกัน 2) ข้อมูลต้องมีการแลกเปลี่ยนกัน การติดตามและความรับผิดชอบซึ่งกันและกัน 3) โครงสร้างของโปรแกรม 4) บทบาทและการสื่อสารในทีมเพื่อจัดกิจกรรม สรุป ในการทำกายภาพบำบัดและการฝึกสอนผ่านโทรศัพท์ที่มีผลดีต่อผู้มีผลประโยชน์ร่วมกัน โดยที่โปรแกรมต้องมีแผนการดำเนินงานและยืดหยุ่น เพื่อให้ นักกายภาพบำบัด มีอิสระในการปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และการสื่อสารทางโทรศัพท์ถ้าสามารถมองเห็นหน้ากันได้จะสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีได้มากขึ้น

Aciksoz, Uzun & Tunay (2016) ศึกษาเรื่องการประเมินกลยุทธ์การจัดการปวดและผลกระทบของโรคต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการศึกษาระดับประชากร nonrandom sampling ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 145 คน ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปี พบว่า ผู้ที่มีความปวดรุนแรงคุณภาพชีวิตจะต่ำ และพบว่าผู้ป่วยโดยส่วนมากจะเข้าในการจัดการปวดแต่ก็ยิ่งปวดมากขึ้นและคุณภาพชีวิตกลับลดลง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงพบในผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการไม่ใช้ยาและการจัดการทางเลือกเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ สรุปว่า ในการวางแผนการจัดการปวดและผลกระทบจากโรคข้อเข่าเสื่อม จากการไม่ใช้ยาและการจัดการทางเลือกมีผลดีต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งองค์กรควรมีการเตรียมและดำเนินการในการให้ความรู้และการปรึกษา

McAlindon (2014) ศึกษาแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการที่ไม่ใช้การผ่าตัดของสมาคมวิจัยข้อเข่าเสื่อมนานาชาติ เพื่อพัฒนาข้อตกลงในการรักษาให้ทันสมัย เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์และจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบรูปแบบการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกคน ประกอบด้วย การทดลองหลักการเชิงกลศาสตร์ การให้ยา corticosteroids ในข้อต่อ การออกกำลังกายที่บนพื้นดินและในน้ำ การจัดการตนเองและการให้ความรู้ การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการจัดการลดน้ำหนัก จากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ให้ข้อเสนอแนะการใช้แนวปฏิบัตินี้ในการให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนผู้ดูแลในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ควรให้ความสำคัญถึงความแตกต่างและความชอบของแต่ละบุคคล

Arden & Leyland (2013) ได้ทบทวนทางคลินิกของโรคข้อเข่าเสื่อม ในปี 2013 (โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ ใน PubMed ตั้งแต่เดือนมกราคม 2012 ถึงธันวาคม 2012) พบประเด็นที่สำคัญของการศึกษาของข้อเข่าเสื่อมในอดีตที่ผ่านมา มีความอ่อน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กลไกการปวด การให้ยาในโรคเดิมและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผลลัพธ์ของโรคไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Hurley et al. (2012) ได้ศึกษาผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายในระยะยาว ของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง โดยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อทดสอบผลประโยชน์ในระยะยาวของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูเฉพาะ ที่ประกอบด้วยการจัดการด้วยตนเองและการรับมือกับการปวดเข่าโดยการออกกำลังกาย ร่วมกับการให้ความรู้ พบว่า การทดลองส่งเสริมให้ดีขึ้นจาก WOMAC function(mean- 5.5 [95% CI -7.8, -3.2]) และดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการทดลอง นานกว่า 30 เดือน อย่างมีนัยทางสถิติ (mean -2.8 [95% CI -5.3,- 0.2]).

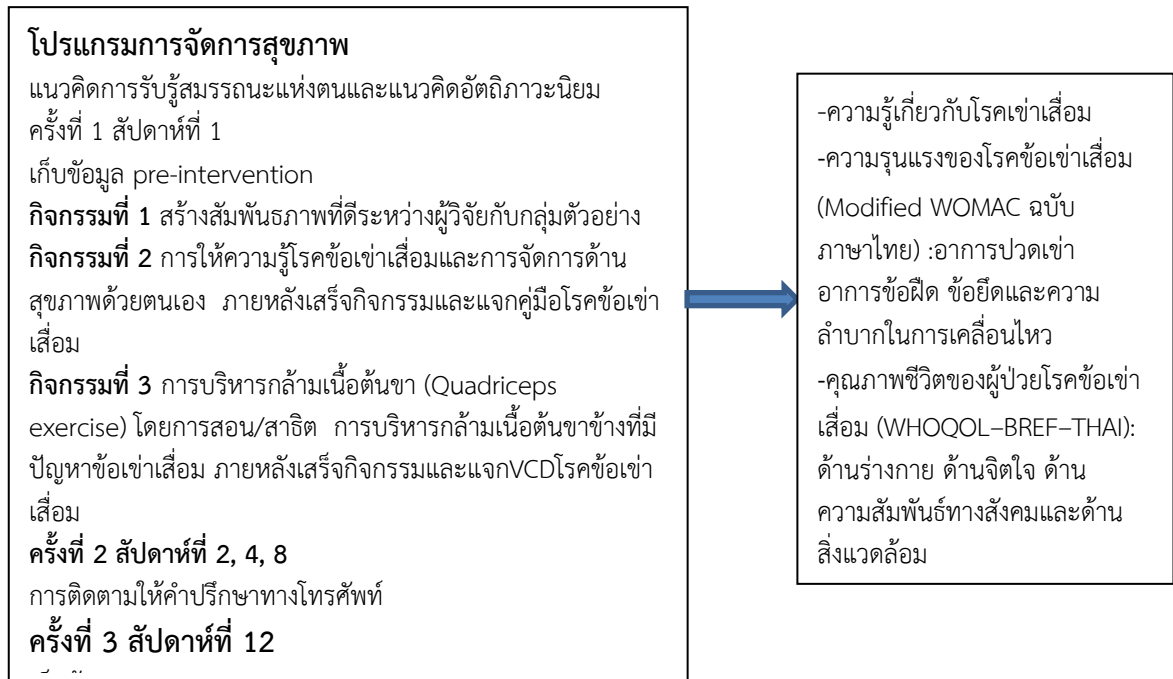
จากการศึกษาของ Marsh (2010) เรื่องการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพกกับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ต่ออาการปวดขา การทำหน้าที่ของข้อและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบวัด KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score) แบบสอบถาม WOMAC (Western Ontario McMaster Arthritis Index) แบบทดสอบ SMWT (Six minute walk test) วัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ

สะโพกและข้อเข่า และวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและเข่า โดยจะวัดในครั้งแรกก่อนให้โปรแกรมและวัดอีกครั้งภายหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 จากการศึกษาพบว่า การให้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพกหรือโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ทำให้อาการปวดขาดีขึ้น การทำหน้าที่ของข้อ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นคล้ายคลึงกัน

Stewart (2009) ศึกษาความเข้าใจถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย จากประสบการณ์จริงของในผู้หญิงโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมของข้อและแต่ละบุคคลต้องการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ทั้งร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ต้องการความช่วยเหลือ เป็นการรวบรวมความเข้าใจของผู้หญิงต่อกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ว่าภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วจะสามารถกลับไปออกกำลังกายอย่างไร เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยม ในกลุ่มตัวอย่าง 7 คน ที่ออกกำลังกายอยู่เดิมแล้ว ให้ความรู้ที่สำคัญเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในข้อเข่าเสื่อม เริ่มตั้งแต่จากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จากข้อไม่เชื่อ จนยอมรับการวินิจฉัยโรค เพื่อตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายนั้น การส่งเสริมจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีผลในการสร้างความเชื่อมั่นในการออกกำลังกายให้ประสบความสำเร็จ แนะนำว่านักกายภาพบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ควรให้ความรู้ที่จำเป็นในการออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายบ่อย ๆ ที่ประกอบด้วยความแรง มีรูปแบบและกำหนดระยะเวลา

Orsega-Smith et al. (2007) ศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ปรับให้เป็นรูปแบบของผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในช่วงเวลาว่าง พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากกว่าครอบครัว และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในด้านความสามารถทางร่างกาย พบว่ามีความสัมพันธ์ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในเวลาว่าง จากการวัด metabolic equivalent อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในเวลาว่าง จากผลวิจัยได้แนะนำว่า ผู้สูงอายุควรมีปฏิภาณด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการเข้าใจตนเอง ที่สามารถเล่นและแสดงบทบาทร่วมกัน ในการสร้างกิจกรรมทางกายในเวลาว่างของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดของการทำวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและผลของการใช้โปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ ด้านความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วกก่อนและหลัง (Pretest-Posttest group design) โดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) จะได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) จะได้รับการดูแลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 70 คน โดยแยกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง การกำหนดจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ใช้กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุด ที่ระดับ 80% (Polit & Beck, 2004) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพลของประชากร (Effect size) ที่ระดับ 0.05 (Cohen, 1988) โดยกำหนดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากัน ($r = 1$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มที่จะอยู่ในการทดลองระยะเวลานาน 12 สัปดาห์ จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน รวมผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 70 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีศรัทธาและได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ดังนี้

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทำวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 การจัดทำจัดทำคู่มือ วัตถุประสงค์และแบบบันทึกการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา เรื่องโรคเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 การจัดทำคู่มือเรื่องโรคเข่าเสื่อม: การป้องกันและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเข่าเสื่อม การวินิจฉัยและการรักษา และการจัดการกับโรคเข่าเสื่อม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกายและการป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น

ส่วนที่ 2 การจัดทำวัตถุประสงค์เรื่อง โรคเข่าเสื่อม ใช้ประกอบการสอน/สาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้ในการดำเนินการทดลอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN: Advance Practice Nurse) สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำไปทดสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้

1.2 การดำเนินกิจกรรม ในครั้งที่ 1 โดยมีวิทยากรพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการสุขภาพมาบรรยายและจัดกิจกรรม แบ่งเป็น 3 กิจกรรม

1.2.1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม จนเกิดความร่วมมือที่ดีและยินดีเข้าร่วมวิจัย

1.2.2 กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ภายหลังเสร็จกิจกรรม การแจกคู่มือโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองให้ผู้ป่วยนำไปทบทวนที่บ้าน

1.2.3 กิจกรรมที่ 3 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise) โดยการสอน/สาธิต การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และการเปิดวิดีโอแบบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่บ้าน แล้วให้ผู้ป่วยทำตาม ประเมินผลการปฏิบัติ และสอนซ้ำจนสามารถปฏิบัติได้ทุกคน ก่อนการแจกวิดีโอ ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพื่อทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา

1.3 การติดตามให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรม โดยมีแบบฟอร์มการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหา ก่อนให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

1.3.1 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 หลังได้รับโปรแกรม ครั้งละประมาณ 15 นาที โดยใช้แบบแผนการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการและบันทึกตามฟอร์มการให้คำปรึกษาในระยะติดตามผล

1.3.2 ประมวลผลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ปัญหาอุปสรรคในภาพรวม เพื่อนำมาวางแผนการติดตามครั้งต่อไป

ตารางที่ 3.1 กิจกรรมการให้โปรแกรม

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ	ระยะเวลา
1 workshop ในสัปดาห์ ที่ 1	สร้างสัมพันธภาพ	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 2. เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม 3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมวิจัย	- โดยการแนะนำตัว - ชี้แจงวัตถุประสงค์ - รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม - ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม - ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับ - ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้เวลาตัดสินใจอิสระ - เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(Informed consent form)	60 นาที
	เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ทั้ง 2 กลุ่ม	เก็บข้อมูลก่อนให้โปรแกรม	- แจกแบบสอบถาม - อธิบายการตอบแบบสอบถาม	30 นาที
	การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเองแก่กลุ่มทดลอง	เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้และการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง	- บรรยายประกอบการอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - ภายหลังเสร็จกิจกรรม แจกคู่มือโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง	90 นาที
	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาแก่กลุ่มทดลอง	เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	- การสอน/สาธิต การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาข้างที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม - เปิดวิดีโอ แล้วให้ผู้ป่วยทำตาม - ประเมินผลการปฏิบัติ และสอนซ้ำจนสามารถปฏิบัติได้ทุกคน - แจกวิดีโอ ให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านเพื่อทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา	120 นาที
2	ติดตามคำปรึกษาอย่างเป็นระบบแก่	-เพื่อสอบถามปัญหา และให้คำแนะนำ	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และประมวลผล	15 นาที
3	กลุ่มทดลอง	-ส่งเสริมและให้กำลังใจ	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์	15 นาที

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการ	ระยะเวลา
4		แก่ผู้ป่วยในการฝึกปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง	ที่ 4 และประเมินผล	15 นาที
			ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ ที่ 8 และประเมินผล	
5	เก็บข้อมูลหลังให้ workshop ในสัปดาห์ ที่ 12	เพื่อประเมินผลการได้รับ โปรแกรมและไม่ได้รับ โปรแกรม	ในสัปดาห์ ที่ 12 แจกแบบสอบถาม	30 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากได้รับการวินิจฉัย จำนวนข้อเข่าที่มีอาการเสื่อม การจัดการกับอาการปวด การรักษาทางเลือกอื่น การได้รับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมจากบุคคลใด โรคประจำตัวและค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 12 ข้อคำถาม

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุ อาการ ผลกระทบและการจัดการกับโรค มีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 8 และข้อ 9) คำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ (ข้อ 1, 7 และข้อ 10)

2.2.2 ลักษณะคำถามแบบปลายปิด ให้เลือกตอบถูก-ผิด

2.2.3 เกณฑ์การให้คะแนน โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามด้านบวก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

คำถามด้านลบ ตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิดให้ 1 คะแนน

2.2.4 การแปลผลคะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

$$\text{ช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{(10 - 1)}{3}$$

$$= 3$$

$$= 3$$

7 - 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้มาก

4 - 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

0 - 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้น้อย

2.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ของ Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย) ซึ่งได้พัฒนามาจากเครื่องมือของ Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) จากแนวคิดของเบลลามีและคณะ (Bellamy et al., 1988) แบบสอบถามฉบับภาษาไทย มีคุณสมบัติ

การวัดเชิงจิตวิทยาที่ยอมรับได้ทั้งในด้านความเที่ยงและความตรง (Kuptniratsaikul & Rattanachaiyanont, 2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยแต่ละส่วนมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนนยิ่งมาก บ่งถึงอาการปวดมาก ตึงมาก ใช้งานข้อได้น้อย ประกอบด้วย การประเมินเกี่ยวกับอาการปวดเข่า (pain) จำนวน 5 ข้อคำถาม อาการข้อฝืด ข้อยึด (stiffness) จำนวน 2 ข้อคำถาม ข้อจำกัดความสามารถทางกาย (physical function) จำนวน 15 ข้อ

2.3.2 ลักษณะคำถามข้อคำถาม เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (visual analog scale) คะแนน 0-10 คะแนน

2.3.3 การแปลผลคะแนน

ระดับที่ 1	มีคะแนนตั้งแต่ 0-55	หมายถึง	ไม่รุนแรง
ระดับที่ 2	มีคะแนนตั้งแต่ 56-110	หมายถึง	รุนแรงน้อย
ระดับที่ 3	มีคะแนนตั้งแต่ 111-165	หมายถึง	รุนแรงปานกลาง
ระดับที่ 4	มีคะแนนตั้งแต่ 166-220	หมายถึง	รุนแรงมาก

ตารางที่ 3.2 การแปลผลคะแนน Modified WOMAC เป็นรายด้าน

รายด้าน	ระดับที่ 1 ไม่รุนแรง	ระดับที่ 2 รุนแรงน้อย	ระดับที่ 3 รุนแรงปานกลาง	ระดับที่ 4 รุนแรงมาก
ด้านอาการอาการปวดเข่า	0-12.5	12.6-25	25.1-37.5	37.6-50
อาการข้อฝืดขัด	0-5	6-10	11-15	16-20
ความลำบากในการ เคลื่อนไหว	0-37.5	37.6-75	75.1-112.5	112.6-150

2.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นการประเมินค่าที่เป็น จิตนัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริษัททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง

พลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ ข้อ 24

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ ข้อ 23

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ข้อ 13, 14 และ ข้อ 25

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ ข้อ 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 ,ข้อ 9 และข้อ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย (1 คะแนน) หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย (2 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง (3 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับปานกลาง หรือรู้สึกแย่ระดับปานกลาง ๆ

มาก (4 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดี

มากที่สุด (5 คะแนน) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การแปลผลคะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 3.3 แสดงการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีขั้นตอนดังนี้

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เพื่อพิจารณาว่าแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเข่าเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถนำไปใช้วัดในสิ่งที่นักวิจัยต้องการวัดได้จริง ซึ่งก่อนที่ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบในด้านความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และครอบคลุมเนื้อหาที่ศึกษา {การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3-7 คนไม่ควรเกิน 10 คน (Lynn, 1986) ประกอบด้วยแพทย์เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ (โรคข้อเข่าเสื่อม) 1 คน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN: Advanced Practice Nurse) สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ 1 คน

โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด (Item Objective Congruence Index, IOC) ที่มีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนดังนี้

คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยใช้สูตรการคำนวณของ Rovinelli and Hambleton (1977)

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

โดยที่	IOC	เป็นค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์
	ΣR	เป็นผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
	N	เป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด (Item Objective Congruence Index, IOC) ทั้งรายข้อและรายรวม (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยนำระดับความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาปรับสำนวนภาษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาเกณฑ์ระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตร มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 มาใช้เป็นข้อคำถามคำถาม โดยมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.77

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเข้าเสื่อม ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เลือกตอบถูกผิดตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์ค่า Kuder-Richardson สูตร KR-20 ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ เท่ากับ 0.86

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข้าเสื่อม ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (visual analog scale) คะแนน 0-10 คะแนน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.93)

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.92)

วิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90 โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .81-.90 ถือว่าเครื่องมือมีค่าคงที่อยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 1991)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เรียนถึงคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุมัติในการเก็บข้อมูล เอกสารประกอบการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โครงร่างวิทยานิพนธ์ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามการวิจัย

2.2. เอกสารประวัติผู้วิจัย

2.3 เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

3. หลังได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษา ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล

4. ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานครเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 70 คน โดยแยกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ใน workshop สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12

5. เฉพาะกลุ่มทดลอง จะมีการให้คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ ในระหว่างการทำวิจัยสัปดาห์ที่ 2, 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบฟอร์มในการให้คำปรึกษา คนละ 15-20 นาที

6. เก็บนำแบบสอบถาม ทั้งหมด 70 ฉบับ นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าแบบสอบถามที่ตอบข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ได้ 70 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

7. นำแบบสอบถามที่ได้มาลงบันทึกเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างงานวิทยานิพนธ์ แบบสอบถาม พร้อมแบบฟอร์มการขออนุญาตเก็บข้อมูลไปให้คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต พิจารณาเอกสารและให้การรับรองการทำวิจัย ก่อนดำเนินการขั้นตอนการเก็บข้อมูล และส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการตามขั้นตอนของโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ตามหนังสือเลขที่ SDU-RDI 2015-005 และคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ตามหนังสือเลขที่โครงการ 087/58

2. แนวทางการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล

2.1 มีการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

ซึ่งการปฏิเสชนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามให้คำยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

2.2 กรณีสมัครใจตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องระบุ ชื่อ นามสกุล

2.3 แบบสอบถามทุกฉบับผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้ในที่ปลอดภัยและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัยเป็นระยะเวลา 5 ปี

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในลักษณะภาพรวม การรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

รวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และ ค่าร้อยละ (Percentage) รวมทั้งวิเคราะห์ค่าสถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพต่อความรู้ อาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2. 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพโดยใช้สถิติ Dependent t-test

2. 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละของผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและผลของการใช้โปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ ด้านความรู้ อาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Pretest-Posttest group design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 70 คน โดยแยกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 35 คนโดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) จะได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) จะได้รับการดูแลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ผู้วิจัยจำแนกการศึกษาข้อมูลเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพต่อความรู้ อาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2. 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ

2. 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละของผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามลักษณะทั่วไป (N = 70)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
เพศ	ชาย	15 (42.9)	9 (25.7)
	หญิง	20 (57.1)	26 (74.3)
อายุ	50-55 ปี	3 (8.6)	6 (17.2)
	56-60 ปี	11 (31.4)	9 (25.7)
	61-65 ปี	11 (31.4)	11 (31.4)
	66-70 ปี	10 (28.6)	6 (17.2)
	> 71 ปี	-	3 (8.5)
สถานภาพ	โสด	3 (8.5)	2 (5.7)
	สมรส	31 (88.6)	32 (91.4)
	หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	1 (2.9)	1 (2.9)
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	-	1 (2.9)
	ประถมศึกษา	10 (28.6)	11 (31.4)
	มัธยมศึกษา/ปวช	9 (25.7)	9 (25.7)
	อนุปริญญา/ปวส	13 (37.1)	5 (14.3)
	ปริญญาตรี	3 (8.6)	9 (25.7)
อาชีพ	รับราชการ	3 (8.6)	4 (11.4)
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4 (11.4)	1 (2.9)
	รับจ้างทั่วไป	1 (2.9)	6 (17.1)
	ธุรกิจส่วนตัว	7 (20)	7 (20)
	ค้าขาย	7 (20)	8 (22.9)
	ไม่ประกอบอาชีพ	13 (37.1)	6 (17.1)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	29 (82.9)	20 (57.1)
	สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	-	4 (11.4)
	สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง	-	1 (2.9)
	ไม่ได้ออกกำลังกาย	6 (17.1)	10 (28.6)

จากตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน

เพศ พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง 20 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 เพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 เพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7

อายุ พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 61-65 ปี และ 56-60 ปี จำนวนอย่างละ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-65 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4

สถานภาพ พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สมรส มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อนุปริญญา/ปวส มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประถมศึกษา มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4

อาชีพ พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายอาชีพ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง มีจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 และ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม (N = 70)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม		
1-10 ปี	13 (37.1)	14 (40)
11-20 ปี	7 (20)	11 (31.4)
21-30 ปี	9 (25.7)	8 (22.9)
>31 ปี	6 (17.2)	2 (5.7)
จำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ		
1 ข้าง	30 (85.7)	31 (88.6)
2 ข้าง	5 (14.3)	4 (11.4)
การจัดการอาการปวดข้อเข่า		
รับประทานยาแก้ปวด	32 (91.4)	26 (74.2)
พักการใช้ขาข้างที่ปวด	2 (5.7)	8 (22.9)
บริหารกล้ามเนื้อขา	1 (2.9)	1 (2.9)
การรักษาทางเลือก		
นวดกับแพทย์แผนไทย	22 (62.8)	16 (45.7)
การฝังเข็ม	8 (22.9)	6 (17.1)
การนวดน้ำมัน	5 (14.3)	3 (8.6)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)	
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ไม่เคยรับการรักษาทางเลือก		-	10 (28.6)
บุคคลที่ให้คำแนะนำความรู้			
	แพทย์	23 (65.7)	17 (48.6)
	แพทย์และพยาบาล	12 (34.3)	11 (31.4)
	พยาบาล	-	7 (20)
BMI	< 18.5	-	1 (2.9)
	18.6-22.9	-	3 (8.6)
	23.0-24.9	17 (48.6)	7 (20)
	25.0-29.9	18 (51.4)	20 (57.1)
	> 30	-	4 (11.4)

จากตาราง 4.2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน

ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-10 ปี มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 และจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ตามลำดับ

จำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เข่าเสื่อม 1 ข้าง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 และ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 ตามลำดับ

การจัดการอาการปวดข้อเข่า พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จัดการปวดโดยการรับประทานยาแก้ปวด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 ตามลำดับ

การรักษาทางเลือก พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เลือกการนวดกับแพทย์แผนไทย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 และ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 ตามลำดับ

บุคคลที่ให้คำแนะนำความรู้ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 และ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 ตามลำดับ

ค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25.0-29.9 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการสุขภาพต่อความรู้อาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 35)

ค่าเฉลี่ยความรู้	\bar{X}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	4.83	4.54	10.883	.000*
หลังการทดลอง	9.34	.54		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	3.6	.69	.961	.343
หลังการทดลอง	3.74	.61		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.3 แสดงผลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังการทดลอง ($\bar{X} = 3.74$) และก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.6$) ไม่แตกต่างกัน ($t = .951$) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 9.34$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 4.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.883$)

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 35)

อาการรุนแรงของโรค	\bar{X}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	93.66	22.53	-25.736	.000*
หลังการทดลอง	47.80	15.95		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	79.43	7.43	2.447	.020*
หลังการทดลอง	85.03	9.85		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่า

คะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังจากทดลอง (\bar{X} = 85.03) มากกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 79.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.447) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังจากทดลอง (\bar{X} = 47.80) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 93.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -25.736)

ตารางที่ 4.5 ระดับอาการปวดข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึดและความลำบากในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N = 35)

ระดับ	จำนวน(ร้อยละ)		t	p-value
	ก่อน	หลัง		
อาการปวดข้อ				
ไม่รุนแรง	2 (5.7)	28 (80)		
รุนแรงน้อย	32 (91.4)	7 (20)		
รุนแรงปานกลาง	1 (2.9)	-		
รุนแรงมาก	-	-		
	\bar{X} 19.26 SD 3. 87	\bar{X} 9.06 SD 3. 59	-22.452	.000*
อาการข้อฝืด ข้อยึด				
ไม่รุนแรง	4 (11.4)	22 (62.9)		
รุนแรงน้อย	24 (68.6)	13 (37.1)		
รุนแรงปานกลาง	7 (20)	-		
รุนแรงมาก	-	-		
	\bar{X} 8.94 SD 1. 98	\bar{X} 4.94 SD 1. 37	-15.238	.000*
ความลำบากในการเคลื่อนไหว				
ไม่รุนแรง	2 (5.9)	19 (54.3)		
รุนแรงน้อย	14 (41.2)	16 (45.7)		
รุนแรงปานกลาง	18 (52.9)	-		
รุนแรงมาก	-	-		
	\bar{X} 65.46 SD 18. 16	\bar{X} 33.80 SD 11. 63	-21.652	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.5 แสดงระดับอาการปวดข้อ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับรุนแรงน้อย (จำนวน 32 คน คิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 91.4) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดข้อน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -15.238) (ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรงจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 80)

ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับรุนแรงน้อย (จำนวน 24 คิดเป็นร้อยละ 68.6) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการ

ข้อผิดพลาด ข้อผิดพลาดน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -22.452$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่รุนแรง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9)

ความลำบากในการเคลื่อนไหว ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง (จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความลำบากในการเคลื่อนไหวน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -21.652$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่รุนแรงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3)

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 35)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	70.69	11.59	17.207	.000*
หลังการทดลอง	98.74	4.53		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	70.80	4.76	-4.831	.000*
หลังการทดลอง	65.74	4.14		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 65.74$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 70.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -4.831$) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 98.74$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 70.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 17.207$)

ตารางที่ 4.7 ระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (N = 35)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน(ร้อยละ)		t	p-value
	ก่อน	หลัง		
ด้านร่างกาย				
ไม่ดี	12 (34.3)	-		
ปานกลาง	23 (65.7)	10 (28.6)		
ดี	-	25 (71.4)		
	\bar{X} 17.43 SD. 3.08	\bar{X} 27.11 SD.1.28	17.621	.000*
ด้านจิตใจ				
ไม่ดี	-	-		
ปานกลาง	27 (77.1)	5 (14.3)		
ดี	8 (22.9)	30 (85.7)		
	\bar{X} 18.29 SD. 3.21	\bar{X} 24.34 SD. 1.89	13.965	.000*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม				
ไม่ดี	21 (60)	-		
ปานกลาง	14 (40)	29 (82.9)		
ดี	-	6 (17.1)		
	\bar{X} 7.20 SD. 1.95	\bar{X} 10.26 SD. 1.27	9.882	.000*
ด้านสิ่งแวดล้อม				
ไม่ดี	-	-		
ปานกลาง	33 (94.3)	25 (73.5)		
ดี	2 (5.7)	9 (26.5)		
	\bar{X} 23.03 SD. 5.83	\bar{X} 28.91SD. 1.58	6.249	.000*
คุณภาพโดยรวม				
ไม่ดี	2 (5.6)	-		
ปานกลาง	32 (91.7)	13 (37.1)		
ดี	1 (2.8)	22 (62.9)		
	\bar{X} 70.69 SD. 11.59	\bar{X} 98.74 SD. 4.53	17.207	.000*

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7, จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 17.621$, $t = 13.968$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 และจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7) ตามลำดับ

ระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับไม่ดี (จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ย

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 9.882$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 6.249$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5)

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 17.207$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9)

2. 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและได้รับการพยาบาลตามปกติ (N = 35)

		\bar{X}	S.D.	t	p-value
ความรู้	กลุ่มควบคุม	3.74	.61	40.661	.000*
	กลุ่มทดลอง	9.34	.53		
<hr/>					
อาการรุนแรงของโรค					
	กลุ่มควบคุม	85.03	9.85	-11.749	.000*
	กลุ่มทดลอง	47.80	15.95		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพและได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ($\bar{X} = 9.34$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 40.661$) และค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ($\bar{X} = 47.80$) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 85.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -11.749$)

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและได้รับการพยาบาลตามปกติ (N = 35)

		\bar{X}	S.D.	t	p-value
คุณภาพชีวิต	กลุ่มควบคุม	65.74	4.14	31.827	.000*
	กลุ่มทดลอง	98.74	4.53		

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพ ($\bar{X} = 98.74$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 65.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 31.827$)

ส่วนที่ 3. เปรียบเทียบร้อยละของผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

		\bar{X}	ร้อยละ	
ความรู้	ก่อน	4.83	48.3	เพิ่มขึ้น 45.1
	หลัง	9.34	93.4	
อาการรุนแรงของโรค	ก่อน	93.66	62.44	ลดลง 30.57
	หลัง	47.80	31.87	
คุณภาพชีวิต	ก่อน	70.69	54.38	เพิ่มขึ้น 21.57
	หลัง	98.74	75.95	

จากตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของผลการทดลอง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.1 รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนอาการรุนแรงของโรค ที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 30.57 และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.57

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัย เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพและผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ ด้านความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วกก่อนและหลัง (Pretest-Posttest group design) โดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) จะได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) จะได้รับการดูแลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเฉพาะกลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 70 คน โดยแยกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคู่มือ วัตถุประสงค์ ความรู้และการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และแนวทางในการติดตาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มาวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ปรากฏรายชื่อภาคผนวก ก) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม (Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.77 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ของ Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย) จำนวน 22 ข้อ และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วย KR-20 เท่ากับ 0.86 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ จึงนำมาใช้เป็นข้อคำถามสำหรับแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการให้โปรแกรมใน workshop สัปดาห์ที่ 1 ต่อด้วยกระบวนการติดตามในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 และเก็บข้อมูลหลังให้โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ผลการทดลองก่อนและหลังในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สถิติ Dependent t-test) และสถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิจัย ข้อมูลลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง (จำนวน 20 คน ร้อยละ 57.1, จำนวน 26 คน ร้อยละ 74.3) มีอายุระหว่าง 61-65 ปี เท่ากัน (จำนวน 11 คน ร้อยละ 31.4) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส (จำนวน 31 คน ร้อยละ 88.6, จำนวน 32 คน ร้อยละ 91.4) ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อนุปริญญา/ปวส (จำนวน 13 คน ร้อยละ 37.1) โดยส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ (จำนวน 13 คน ร้อยละ 37.1) แต่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับการศึกษาประถมศึกษา (จำนวน 11 คน ร้อยละ 31.4) โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (จำนวน 8 คน ร้อยละ 22.9) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ พบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (จำนวน 29 คน ร้อยละ 82.9, จำนวน 20 คน ร้อยละ 57.1)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1-10 ปี (จำนวน 13 คน ร้อยละ 37.1, จำนวน 14 คน ร้อยละ 40) มีจำนวนข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการ 1 ข้าง (จำนวน 30 คน ร้อยละ 85.7, จำนวน 31 คน ร้อยละ 88.6) มีการจัดการอาการปวดข้อเข่าโดยการรับประทานยาแก้ปวด (จำนวน 32 คน ร้อยละ 91.4, จำนวน 26 คน ร้อยละ 74.2) การรักษาทางเลือก ใช้การนวดกับแพทย์แผนไทย (จำนวน 22 คน ร้อยละ 62.8, จำนวน 16 คน ร้อยละ 45.7) บุคคลที่ให้คำแนะนำความรู้ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ (จำนวน 23 คน ร้อยละ 65.7, จำนวน 17 คน ร้อยละ 48.6) และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 (จำนวน 18 คน ร้อยละ 51.4, จำนวน 20 คน ร้อยละ 57.1) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการสุขภาพต่อความรู้ อาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพโดยใช้สถิติ Dependent t-test

กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังการทดลอง ($\bar{X} = 3.74$) และก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.6$) ไม่แตกต่างกัน ($t = .951$) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 9.34$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 4.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.883$)

กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 85.03$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 79.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.447$) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 47.80$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 93.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -25.736$)

ระดับอาการปวดข้อ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับรุนแรงน้อย (จำนวน 32 คน คิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 91.4) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย

อาการปวดข้อน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -15.238$) (ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรงจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 80)

ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับรุนแรงน้อย (จำนวน 24 คิดเป็นร้อยละ 68.6) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการข้อฝืด ข้อยึดน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -22.452$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่รุนแรง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9)

ความลำบากในการเคลื่อนไหว ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง (จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความลำบากในการเคลื่อนไหวน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -21.652$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับไม่รุนแรงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3)

กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 65.74$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 70.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -4.831$) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลอง ($\bar{X} = 98.74$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 70.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 17.207$)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7, จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 17.621, t = 13.968$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 และจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7) ตามลำดับ

ระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับไม่ดี (จำนวน 21คน คิดเป็นร้อยละ 60) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 9.882$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 6.249$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5)

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 17.207$) (ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9)

2. 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ($\bar{X} = 9.34$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 40.661$) ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ($\bar{X} = 47.80$) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 85.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -11.749$) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ($\bar{X} = 98.74$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 65.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = 31.827$)

2.3 เปรียบเทียบร้อยละของผลการทดลอง ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ อาการรุนแรงของโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.1 รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนอาการรุนแรงของโรค ที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 30.57 และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.57

อภิปรายผล

สรุปผลจากการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ ดังนี้

ด้านความรู้ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3

ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 50 (mean = 4.8 และ 3.6 ตามลำดับ) และพบว่าก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์มากกว่าพยาบาล อาจเนื่องจากบริบทของงานผู้ป่วยนอก ที่มีผู้มารับบริการจำนวนมากและผู้ป่วยที่นัดตรวจเท่านั้นที่ได้พบแพทย์และมีโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามหรือได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลองใกล้เคียงกับการศึกษาของยุวดี สารบุรณและคณะ (2557) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่าความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.03 (mean = 6.03, SD = 1.14) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 3 อันดับแรก คือ อายุที่มากขึ้น การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 47.1, 29.4 และ 26.5 ตามลำดับ โดยที่การรับรู้นี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม แต่เมื่อพิจารณาจำนวนที่รับรู้สาเหตุ พบว่ามีจำนวนน้อยใกล้เคียงกัน

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 45.1) เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการเสริมสร้างความรู้ โดยได้รับคำปรึกษาจากการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 8 ภายหลังได้รับโปรแกรม ครั้งละประมาณ 15 นาที อีกทั้งได้รับคู่มือโรคข้อเข่าเสื่อมและการจัดการ

ด้านสุขภาพด้วยตนเองที่สามารถนำมาทบทวนซ้ำกรณีที่สงสัย ทำให้มีความเข้าใจในสาเหตุ อาการ และอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ์ ปิยะจรโรจน์ (2551) ที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 3 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 ทั้งนี้เนื่องจากการให้โปรแกรมมีการสอนและสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาเป็นรายบุคคล ซึ่งจะมีตัวแบบจริงและสัญลักษณ์ในวีดิทัศน์ประกอบการอธิบายร่วมกันและฝึกปฏิบัติจนผู้ป่วยจดจำและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง พร้อมให้วีดีโอ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อข้อเข่าทำให้อาการปวดชาลดลง การทำหน้าที่ของข้อ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2557) ที่มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Short Form 36) ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งถ้าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถจัดการตนเองได้ โดยไม่ใช้ยาและการจัดการทางเลือกอื่นๆ ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Aciksoz, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marsh (2010) ที่ให้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพกหรือโปรแกรมการออกกำลังกายข้อเข่าทำให้อาการปวดขา การทำหน้าที่ของข้อและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

ก่อนการทดลองคุณภาพชีวิตโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะพบระดับปานกลาง ที่ต่างจากการศึกษาของอิรวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุรพร ธนศิลป์ (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งภายหลังจากทดลองคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ระดับคะแนนเฉลี่ยส่วนมากจากไม่ดี พัฒนาขึ้นแต่ก็อยู่ในระดับปานกลาง ที่แสดงถึง การที่ผู้ป่วยอาจจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เริ่มมีการยอมรับความช่วยเหลือจากคนอื่นหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น สำหรับด้านสิ่งแวดล้อมที่พบว่า ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่พบคะแนนรวมต่ำที่สุด คือ ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด รองลงมาคือ ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ซึ่งพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประถมศึกษา มีอายุเกิน 60 ปี จำนวน 20 คน และไม่ประกอบอาชีพจำนวน 6 คน แสดงถึงความจำเป็นทางการเงินที่ยังต้องทำงานเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง จากความไม่เพียงพอของรายได้และการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพได้ร้อยละ 38.2 (กฤษฎากมล ชื่นอิม, 2555) เมื่อพิจารณาในมุมมองขององค์กร ด้านการให้บริการทางการแพทย์ ทบทวนจากการศึกษาของกัญญาณี จีระระรื่นศักดิ์ (2558) ในเรื่องปรับปรุงกระบวนการบริการแผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการให้ลดระยะเวลาในการรอตรวจ รองลงมาได้แก่ ในการได้รับข้อมูล

ข่าวสาร/คำแนะนำ ในหัวข้อที่ต้องการคือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการให้ชัดเจนและมีจำนวนมากขึ้น แสดงถึงว่า ผู้รับบริการใช้เวลาในการเข้ารับบริการและได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การพอใจในข้อนี้ลดลงได้

อาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม พบว่า ความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่เพศหญิง มีอายุระหว่าง 61-65 ปี มีอาการปวดเข่าข้างเดียว เป็นมานาน 1-10 ปี เลือกรักษาใช้ยาแก้ปวด มีค่าดัชนีของมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 และพฤติกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ 1-2 ครั้ง ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดข้อ ของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 เนื่องจากผลของการออกกำลังกายที่บริเวณหน้าขา เป็นกล้ามเนื้อใหญ่ที่มีความแข็งแรงที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ซึ่งในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกล้ามเนื้อส่วนนี้อ่อนแรงลง ลีบหรือเสียหาย ทำให้ข้อเข่ามีสภาพไม่มั่นคง เมื่อรับน้ำหนักมากเกินมาตรฐานจะทำให้ปวด เพราะฉะนั้นการส่งเสริมทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง จะสามารถช่วยพยุงข้อเข่าและช่วยลดแรงกระทำเวลาเคลื่อนไหว ทำให้ลดความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 และโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน กับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวด ของธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์ (2555) ที่พบว่า ความปวดของข้อเข่า น้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองจะทำให้มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย ผลที่ได้ ทำให้ภาวะสุขภาพที่วัดจากความปวดข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึดและความลำบากในการเคลื่อนไหวดีขึ้น (สุภาณี แสงกระจ่าง, 2558) ร่วมกับการส่งเสริมจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีผลในการสร้างความเชื่อมั่นในการออกกำลังกายให้ประสบความสำเร็จได้ (Stewart, 2009) จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการรุนแรงของโรคลดลง (ร้อยละ 30.57) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 21.57) เนื่องจากอาการรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามลำดับ ($r = -.34$, ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุริพร ธนศิลป์, 2557) ($r = -.39$ กฤษฎากมล ชื่นอิม, 2555)

ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด และความลำบากในการเคลื่อนไหวของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งพบวาก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด รุนแรงน้อย และความลำบากในการเคลื่อนไหวรุนแรงปานกลาง ทำให้ผู้ป่วยยังสามารถใช้ข้อเข่าได้บ้าง เมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ในด้านการหลีกเลี่ยงท่าที่ส่งผลต่อข้อเข่า/ การใช้ขาที่ถูกต้องในการขึ้นลงบันได การลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย

ต่อเนื่อง ซึ่งอาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อชั้บหรือเคลื่อนไหว ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี แสงกระจ่าง และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและภาวะสุขภาพ พบว่า อาการปวดข้อ อาการข้อฝืด ข้อยึดของกลุ่มทดลองที่อาการลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ระบุว่าอาการออกกำลังกล้ามเนื้อขาในเวลา 12 สัปดาห์ ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการข้อฝืด หรือข้อยึดได้ ซึ่งการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรง ต้องใช้เวลาประมาณ 8-18 เดือน (Mikesky et al., 2006)

จากการที่ผู้วิจัยนำแนวการติดตามแบบอัตถิภาวะนิยมเข้ามาสนับสนุนในการติดตามเนื่องจากแนวคิด ที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมสามารถพึ่งพาตนเองและดูแลตนเองได้สมวัย มีสุขภาพร่างกายและสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ในโรคข้อเข่าเสื่อมสนใจเฉพาะด้านสุขภาพร่างกายในการลดปวด ลดความรุนแรง ให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย จากงานวิจัยของธิดารวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุรีพร ธนศิลป์ (2557) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 17.65 และปัจจัยภาวะซึมเศร้านี้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = -.65$) และเนื่องจากโรคนี้นักพบในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ซึ่งมีลักษณะยึดติดความคิดและเหตุผลของตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์จะแสดงออกน้อยใจ ท้อแท้ (สกาวรัตน์ ศุภสาร และคณะ, 2550) รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (สุภาพร ศศิจันทร์, 2553) ซึ่งทางการแพทย์ถือว่าการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในวัยสูงอายุนั้น สามารถทำให้เกิดปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจได้ (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2558) และเนื่องจากสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเดี่ยว ทำให้ได้รับความสนใจจากบุตรหลานน้อยลง ซึ่งในโปรแกรมการจัดการสุขภาพได้ให้คำปรึกษาตามแนวคิดอัตถิภาวะนิยมนี้ เพื่อส่งเสริมการยึดมั่น ให้คุณค่ากับตนเองในการทำกิจกรรมที่ตนเองตระหนักและรับผิดชอบ เพื่อจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ผ่านการพูดคุยทางโทรศัพท์ ที่มีอิสระในการปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Hinman et al., 2016) โดยวิธีสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจปัญหาและบุคลิกภาพของมนุษย์ สะท้อนให้ผู้ป่วยสำรวจค้นหาความหมายและทำความเข้าใจกับตนเอง นำไปสู่การยอมรับ เห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อแสวงหาแนวทางในการพัฒนาได้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง

ผลจากการวิจัยดังกล่าวนี้ ชี้ให้เห็นถึงโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้และทักษะในการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ทำให้อาการรุนแรงของโรคลดลง เกิดผลลัพธ์ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพควรรนำโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการติดตาม ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. โปรแกรมการจัดการสุขภาพ ในระยะติดตามผู้ป่วยควรมีพยาบาลผู้ป่วยนอกร่วมกับพยาบาลด้านจิตวิทยาร่วมให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ครบทุกองค์ประกอบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในการสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เรื่องผลของกิจกรรมใดในโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อถอดบทเรียนของความต่อเนื่องในการจัดการสุขภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กฤษฏากมล ชื่นอิม. (2555). *ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- กัญญาณี จีราระวีร์ศักดิ์. (2558). *ปรับปรุงกระบวนการบริการแผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ ๗, 1(1), 2625-2637*
- จันทร์จิรา เกิดวัน, จิราภรณ์ บุญอินทร์, ชุตินา อีระสมบัติ และวิไล คุปต์นิวัติศัยกุล (2559) *การสำรวจความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 38(2), 59-70.*
- ชญญาวีร์ ไชยวงศ์, วิระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล, ดาราพร รักหน้าที่, รจนา วรวิทย์ศรางกูร และรุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์. (2559). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกายและการลด ความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 34(4), 133-141.*
- ดลนภา หงษ์ทอง. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านกับการรับรู้อาการปวดข้อเข่าของผู้มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม ในตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. (พ.ค.-ส.ค.), 11-20.*
- ดวงมณี จงรักษ์. (2550). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น).*
- ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 12(1), 46-56.*
- ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง และสุรีพร ธนศิลป์. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 6(1), 130-131.*
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วารสารสมาการพยาบาล. 29(2), 127-139.*
- นฤมล เนตรวิเชียร และวรากร ทรัพย์วิระปรกรณ์. (2557). *ผลการศึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อการกำหนดตนเองของนิสิตปริญญาโทระหว่างการทำวิทยานิพนธ์. วารสารศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา. 25(1), 179-187.*

- นาถยา คงขาว. (2559). ผลการปรึกษากลุ่มแบบอัตถิภาวะนิยมต่อการตระหนักรู้ในตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา. คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภาพร ทองหลอม. (2550). ความชุกของอาการข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมในหญิงอายุระหว่าง 50-60 ปี ตำบลริมใต้ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสาธาณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญสิน ตั้งตระกูลนิช, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, สุทธิ วิวัฒน์วงศ์วนา และอลัน กีเตอร์. (2549). การเปรียบเทียบ Validity และ Responsiveness ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมไทย. *วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์*. 89(9), 1454-1459.
- บุษบา จินดาวิจักษณ์. (2557). บทความเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษรา วาจาจำเริญ , ณิชฎิญา คำผล และสรุสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวนย. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 8(2), 230-236.
- ปภัศรา หาญมนตรี. (2556). ได้ศึกษาความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความสัมพันธ์ของแบบประเมิน Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis ฉบับภาษาไทย กับคะแนนปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*. คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 26(2)
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*. 49(2), 171-184.
- พัชรพล อุดมเกียรติ. (2552). น้ำหนักตัวปัจจัยเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2559, จาก <http://blog.eduzones.com/bussabongpak/35879/>
- พิพัฒน์ เพิ่มพูล. (2553). ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พิมพ์ชนก องค์สันติภาพ, อุบล พิรุณสาร และอาทิตย์ พวงมะลิ. (2558). ความน่าเชื่อถือของการวัดในตัวแปรที่ใช้ประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*. 48(2), 107-114.
- พุทธิพร พิธานธนานุกูล และปัทมา สุจริต. (2554). การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 29(4), 58-68.
- ยุวดี สารบูรณ์ , สุภาพ อารีเอื้อ และสุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ. (2014). อาการ ความรู้ และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ของผู้สูงอายุใน: การศึกษานำร่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี*. 30(2), 12-24.
- รังสิยา นารินทร์, วิลาวินัย เตือนราชฤทธิ์ และวารภรณ์ บุญเชียง. (2558). การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *พยาบาลสาร*. 42(3), 170-181.

- รัตนาวลี กักดีสมัย และพนิชฐา พานิชานชีวะกุล. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบาก อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34(4), 46-55.
- รัตนาวลี กักดีสมัย และพนิชฐา พานิชานชีวะกุล. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบาก อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 34 (4), 46-54.
- ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2553) “แนวปฏิบัติบริการการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2553” 15 ตุลาคม 2559. <http://www.rcost.or.th/thai/data/2010/>
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ ผ่องพรรณ อรุณแสง และประเสริฐ อัสสันตชัย. (2553). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 – 2550 ใน: ชื่นตา วิชชาวุธ, บรรณาธิการ. *ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย และบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: คิวพี, 63 -137.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538) ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้ *วารสารข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18(3): 8-10
- เวชสถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *สถิติผู้ป่วยประจำปี 2554-2556*. กรุงเทพฯ
- ศรีประภา ชัยสินธพ. (2558). สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ. (ออนไลน์) 2 มกราคม 2558. www.ramamental.com.
- สกาวรัตน์ ศุภสาร, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. มหาวิทยาลัยนเรศวร .1(1), 72-86.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพสมโภชน เอี่ยมสุภาชาติ. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม: Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee*. กรุงเทพฯ
- สุชิตา ปักสังคน, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และปิติ ทั้งไพศาล. (2554). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองต่อการลดความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิจัย*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 16 (1), 1-10.
- สุดใจ ส่งสกุล, อนงค์ วิเศษสุวรรณ และสุนิษฐ์ สุทธิธาพิทย์. (2556). ผลการให้คำปรึกษาแนวอัตถิภาวนิยมต่อความท้อแท้ของพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้. *วารสารการศึกษาศึกษาและการพัฒนาทางสังคม*. 9(2), 83-91.
- สุภาณี แสงกระจ่าง, น้ำอ้อย กักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และภาวะสุขภาพ ในผู้เป็นข้อเข่าเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 33(3), 101-109.
- สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ์ ปิยขจรโรจน์. (2551). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*. 23(3), 72-84.

- สุภาพร ศศิจันทร์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลปทุมธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. (2556). รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. แหล่งข้อมูล www.hitap.net/research เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 1 กันยายน 2559.
- สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเริ่มต้นขาต่อความระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นครศรีธรรมราช, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- สูงชัย คังธารารักษ์. (2549). Osteoarthritis (OA) 2006 ข้อเสื่อมใน: อัจฉรา กุลวิสุทธิ และ ไพจิตต์ อัครธนบดี, บรรณาธิการ. *Rheumatology for the Non-Rheumatologist* ประจำปี 2549. กรุงเทพฯ: ซีดีพรีนท์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี ตनावลี. (2557). ข้อเข่าเสื่อม. Retrieved Jan 11, 2016, from www.healthtoday.net/thailand

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Aciksoz, S., Uzun, S. & Tunay, S. (2016). Evaluation of the Coping Strategies Used by Knee Osteoarthritis Patients for Pain and Their Effect on the Disease-Specific Quality of Life. *International Journal of Caring Sciences*. 9(1), 80-89.
- Aghdam, A., M. & et al. (2013). The relationship between pain and physical function in adults with Knee Osteoarthritis. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*. 4(5), 1102-1106.
- Aluoch, M. A., & Wao, H. O. (2009). Risk factors for occupational osteoarthritis: a literature review. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 57(7), 283-290.
- Arden, N. K. & Leyland, K.M. (2013). Osteoarthritis year 2013 in review: clinical. *Osteoarthritis and Cartilage*. 21, 1409-1413.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behavior. In A. Baum, S. Newman, J. Wienman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press. 160-162.

- Bellamy, Nicholas, W. Watson Buchanon, Charles Goldsmith, Jane Campbell, and Larry Stitt. (1988). Validation Study of WOMAC: A Health Status Instrument for Measuring Clinically Important Patient Relevant Outcomes to Antirheumatic Drug Therapy in Patients with Osteoarthritis of the Hip or Knee. *Journal of Rheumatology*. 15, 1833-1840.
- Berghorn, F.S., Schaefer, D.E., et al. (1981). *The Dynamics of Aging: original essays on the process and experiences of growing old*. Boulder: West view Press. 331-347.
- Bindawas, SM. (2016). Relationship between frequent knee pain, obesity, and gait speed in older adults: data from the Osteoarthritis Initiative. *Clinical Interventions in Aging*. 11, 237-44.
- Blackmon, D. (2011). *The effect of exercise on physical function in individuals with knee osteoarthritis: A review*. Master of Science in Exercise Science, University of South Carolina. UMI Number: 1498130.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd^{ed}). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conaghan, P. G., Hunter, D. J., Maillerfert, J .F., Riechmann, W .M. & Losina, E. (2011) Summary and recommendations of the OARSI FDA osteoarthritis Assessment of Structural Change Working Group. *Osteoarthritis and Cartilage*. 19(5), 606-610.
- Corey, G. (2004). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 7th ed. USA: Thomson Learning.
- Coriolano, K. (2014). *The effect of obesity in self-reported disability, knee pain and isokinetic quadriceps strength in knee osteoarthritis*. Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. Available from ProQuest Dissertations and Theses database. 10155056.
- Cox, P.D. (2015). *Effects of intensive diet and exercise on self-efficacy in overweight and obese adults with knee osteoarthritis*. Wake Forest University, ProQuest Dissertations Publishing. 1592936.
- DeVellis, Robert F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. New York: Sage Publications.
- Felson, D., Zhang, Y., Hannan, MT., Naimark, A., Weissman, BN., Aliabadi, P. & Levy, D. (1995) .The incidence and natural history of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis & Rheumatology*. 38(10), 1500-1505.

- Ferrell, B.R., Dow, K.H. & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, 4, 523-531.
- Green, L.W. and Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th ed. NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Haq, S.A. & Davatchi, F. (2011). Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 14, 122-129.
- Hinman, R. S., Delany, C. M., Campbell, P K., Gale, J. & Bennell, K. L. (2016). Physical Therapists, Telephone Coaches, and Patients with Knee Osteoarthritis: Qualitative Study about Working Together to Promote Exercise Adherence. *Physical Therapy*. 96(4), 479-493.
- Hochberg, M.C., et al. (2012). American College of Rheumatology Recommendations for the use of non-pharmacologic and pharmacologic therapies in Osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*. 64(4), 465-474.
- Hunter, D. J. & Lo, G. H. (2008). The management of osteoarthritis: An overview and call to appropriate conservative treatment. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 34(3), 689-712.
- Hurley, M. V. (1999). The role of muscle weakness in the pathogenesis of osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25(2), 283-298.
- Hurley, MV., Walsh, NE., Mitchell, H., Nicholas, J. & Patel, A. (2012). Long term outcomes and costs of an integrated rehabilitation program for chronic knee pain: a pragmatic, cluster randomized, controlled trial. *Arthritis Care Research*. 64, 238-247.
- Jakobsson, U. & Hallberg, I.R. (2006). Quality of life among older adults with osteoarthritis: an explorative study. *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 51-59.
- Jenkinson, C. M., Doherty, M., Avery, A. J., Read, A., Taylor, M. A., Sach, T. H.,,,,,Muir, K. R. (2009). Effects of dietary intervention and quadriceps strengthening exercises on pain and function in overweight people with knee pain: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 339, 3170-3179.
- Kuptniratsaikul, V. & Rattanaichayanont, M. (2007). Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*. 26, 1641-5.
- Lawrence, L., & McElroy, K. R. (1986). Self-efficacy and health promotion. *Journal of*
- Lee, R. & Kean, W.F. (2012). Obesity and knee osteoarthritis. *inflammopharmacology*. 20(2):53-58. doi: 10.1007/s10787-011-0118-0.

- Lin, E.H. (2008). Depression and osteoarthritis. *American journal of medicine*, 121(11 Suppl 21), 16-19.
- Louati, K., Vidal, C., Berenbaum, F., & Sellam, J., (2015) Association between diabetes mellitus and osteoarthritis: systematic literature review and meta-analysis. *British Medical Journal*, RMD Open 1(1)
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Qualification of content Validity. *Nursing Research*. 35, 382-385.
- Marsh, D., A. (2010). *The efficacy of Hip strengthening exercise compared to leg strengthening exercise programs on pain, function and quality of life of knee osteoarthritis (OA) patients*. (Master of science). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3473128)
- McAlindon, T.E. (2014). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee Osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 22: 363-388.
- Mikesky, AE., Mazuca, SA., Brandt, KD., Perkins, SM., Damush, T. & Lane, KA. (2006) Effects of strength training on the incidence and progression of knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatology*. 55(5), 690-699.
- Morison, J.B. (1970). The mechanics of the knee joint in relation to normal walking. *Journal of Biomechanics*. 3(1), 51-61.
- Nuki, G. (2002). Osteoarthritis Risk Factors and Pathogenesis. Topical Review. *Arthritis Research Campaign*, London.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book company.
- Ortega-Smith, E. M., Payne, L. L., Mowen, A. J., Ho, C. H. & Godbey, G. C. (2007). The Role of Social Support and Self-Efficacy in Shaping the Leisure Time Physical Activity of Older Adults. *Journal of Leisure Research*; Fourth Quarter. 39(4), 705-727.
- Pereira, D., Peleteiro, B., Araújo, J., Branco, J., Santos, R.A., & Ramos, E. (2011). The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*. (19), 1270-1285.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2004) *Nursing Research. Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Possley, D., Budiman-Mak, E., O'Connell, S., Jelinek, C. & Collins, E. (2009). Relationship between depression and functional measures in overweight and obese persons with osteoarthritis of the knee. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 46(9), 1091-1098.

- Rawiworraknl T. (2006). *The effectiveness of a community based exercise program on self efficacy and outcome expectations for exercise, severity of knee symptoms and physical performance in Thai woman with osteoarthritis of the knee.* [Ph.D Thesis]. Bangkok: Mahidol University.
- Ross, J. A. (1992). Teacher efficacy and the effect of coaching on student achievement. *Canadian Journal of Education*, 17(1), 51-65.
- Schunk, D.H., & Carbonari, J.P., (1984.) Self-efficacy models In: Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E., Weiss, S.M. (Eds.), *Behavioural Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Wiley, New York. 230–247.
- Sowers, M., Jannausch, M.L., Gross, M., Karvonen-Gutierrez, C.A., Palmieri, R.M., Crutchfield, M. et al. (2006). Performance-based physical function in African-American and Caucasian women at midlife: Considering body composition, quadriceps strength, and knee osteoarthritis. *American Journal of Epidemiology*, 163(10), 950-958.
- Stewart J.K. (2009). *Understanding the Lived Experiences of Physically Active Women with Knee Osteoarthritis*. Master of Science. University of Calgary, Alberta. Suppl 2), 16-19.
- WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (eds.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin. Springer-Verlag, 41-60.
- Wilder, F.V., Hall, B.J., Barrett, J.P. & Lemrow, N.B. (2002). History of acute knee injury and osteoarthritis of the knee: a prospective epidemiological assessment: The Clearwater Osteoarthritis Study. *Osteoarthritis and Cartilage*. 10(8), 611-616.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: measuring quality of life*. 18 ตุลาคม 2559 http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: An Orientation and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing*. 17, 759–800.
- Zhang, D & Jordan, M. (2010). Epidemiology of Osteoarthritis. *Clin Geriatr Med* . 26(3), 355–369. doi: 10.1016/j.cger.2010.03.001

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรม ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เอกสารรับรองจริยธรรม ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราช



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เอกสารรับรองเลขที่	SDU-RDI 2015-005
ชื่อโครงการ :	การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ และผลของโปรแกรม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
รหัสโครงการ :
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	อาจารย์มาลี เอี่ยมสำอาง
หน่วยงานต้นสังกัด :	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง :	15 กันยายน พ.ศ.2558 – 14 กันยายน พ.ศ.2559

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้อง
กับคำประกาศเอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัย
สวนดุสิต

ลงนาม.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนะศึก นิขานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๓



COA 15/2552 (1/2)

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ และผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Development of a Health Efficacy Program and Its Effects on Quality of Life in Knee Osteoarthritis Patients

เลขที่โครงการ : ๐๘๗/๕๘

ผู้วิจัยหลัก : นางมาลี เอี่ยมสำอาง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป) Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ ๒ ความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
- ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
- ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม
- ส่วนที่ ๕ แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
- คู่มือข้อเข่าเสื่อม : การป้องกันและการดูแลสำหรับประชาชนทั่วไป Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- วัตถุประสงค์การพัฒนาโปรแกรมป้องกันข้อเข่าเสื่อม Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- งบประมาณและแหล่งทุน Version 3 ลงวันที่ ๐๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :
๑. นางมาลี เอี่ยมสำอาง
- ประวัติผู้วิจัยร่วม :
๑. นางขวัญธิดา ทิมพการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
๒. นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- ประวัติอาจารย์ที่ปรึกษา :
๑. นายแพทย์อรุณกร กาญจนพิบูลวงศ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๒. นางสาวสุชาดา โทมล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)


คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๐ โทรสาร : ๐-๒๒๕๔-๓๘๕๓

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๔๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๔๓

COA 15/2559 (2/2)


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ประวัติแพทย์ผู้ดูแล/ผู้รับผิดชอบผู้ถูกวิจัย :

๑. นายแพทย์อรุณกร กาญจนพิบูลวงศ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ลงนาม.....
(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆนาวิณ)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๐/๐๒/๒๕๕๙
วันหมดอายุ : ๐๙/๐๒/๒๕๖๐

โครงการวิจัยนี้ผ่านการประชุมพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ครั้งที่ ๑๒/๕๘ วาระ ๓.๒ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

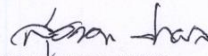
สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ : ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๔๐ โทรสาร : ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๔๓

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย คนที่ 2

ข้าพเจ้า ดร.สุชาดา โทผล ตำแหน่ง อาจารย์ วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรีบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ยินดีรับเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ และผลการใช้โปรแกรม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมี นางมาลี เอี่ยมสำอาง เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย
 ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณา

.....

(ลงชื่อ).....



(ดร.สุชาดา โทผล)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

2. แบบตอบรับที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นายแพทย์ อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ วุฒิ การศึกษาสูงสุด แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ยินดีรับเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้าน สุขภาพ และผลการใช้โปรแกรม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมี นางมาลี เอี่ยมสำอาง เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณา

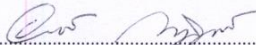
.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ) 

(นายแพทย์ อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

ภาพประกอบกิจกรรม

เครื่องมือวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ และผลของโปรแกรม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

(Development of a Health Efficacy Program and Its Effects on Quality of Life in Knee Osteoarthritis Patients)

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ เพื่อศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสุขภาพ และผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การรวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ของผลการศึกษา จะนำเสนอในภาพรวมและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำตอบเป็นแบบ ถูก ผิด

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบประเมินอาการปวด อาการข้อฝืด ติดขัด และความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบสอบถามที่วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ปรับใช้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL - BREF - THAI) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ให้ท่านตอบคำถามด้วยตนเอง และให้ตรงตามความเป็นจริง โดยให้ใส่เครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่าง () หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() สมรส

() หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้ศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา/ป.ว.ช.

() อนุปริญญา/ป.ว.ส.

() ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

() รับราชการ

() พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() รับจ้างทั่วไป

() ประกอบธุรกิจส่วนตัว

() ค้าขาย

() กสิกรรม

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() อื่นๆโปรดระบุ.....

6. พฤติกรรมการออกกำลังกายของท่านเป็นอย่างไร

() สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

() สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

() สัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากได้รับการวินิจฉัย

() 1-10 ปี

() 11-20 ปี

() 21-30 ปี

() >30 ปี

8. จำนวนข้อเข่าของท่าน ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม

() 1 ข้าง

() 2 ข้าง

9. เมื่อมีอาการปวดข้อเข่า ท่านจัดการกับอาการปวด ดังนี้

- () รับประทานยาแก้ปวด () พักการใช้ขาข้างที่ปวด
 () บริหารกล้ามเนื้อต้นขา () อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. ท่านเคยรับการรักษาทางเลือกอื่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () นวดกับแพทย์แผนไทย () การฝังเข็ม
 () การนวดน้ำมัน () ไม่เคยรักษาทางเลือกอื่น
 () อื่นๆโปรดระบุ.....

11. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่อง โรคข้อเข่าเสื่อมจากบุคคลต่อไปนี้

- () แพทย์
 () พยาบาล
 () อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน :อสม
 () ไม่เคยได้รับความรู้
 () อื่นๆโปรดระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย

12. BMI

- () < 18.5 () 18.6-22.99
 () 23.0-25 () 25.1-29.9
 () >30

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ให้เลือกตอบเป็นแบบ ถูก ผิด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

ถ้าข้อความนั้นเป็นข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้อง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในตาราง **ช่องถูก**

ถ้าข้อความนั้นเป็นข้อความที่ท่านคิดว่าผิด ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในตาราง **ช่องผิด**

ข้อ	คำถาม	ถูก	ผิด
1	โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุเท่านั้น		
2	โรคข้อเข่าเสื่อม จะทำให้กระดูกอ่อนข้อต่อบริเวณเข่าถูกทำลาย บางลง ขรุขระ อาจมีกระดูกงอกร่วมด้วย		
3	สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การเสื่อม สภาพของกระดูก ข้อเข่าและสีกหรือตามวัย หรือภายหลังได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า		
4	อาการที่พบบ่อยของโรคข้อเข่าเสื่อม คือ อาการปวดเข่า		
5	ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมักพบอาการข้อเข่าฝืดหรือยึดติดในช่วงเช้า หรือหลังจากพักการใช้ข้อนานๆ		
6	คนที่มีเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับอาการปวดข้อ		
7	ท่านสามารถนั่งในท่าที่มีการพับงอข้อเข่า เช่น นั่งพับเพียบ นั่งยองๆ นั่งขัดสมาธิ ได้เป็นปกติ		
8	คนที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือคนอ้วนที่สามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ จะประสบปัญหาข้อเข่าเสือน้อยกว่าผู้อื่น		
9	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง จะลดอาการปวดเข่า ชะลอความเสื่อมของข้อเข่า		
10	คนที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย เพราะจะทำให้สภาพของข้อเข่าแย่ลง		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง : ข้อคำถามเป็นการประเมิน โดยให้คะแนนอาการปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย เปรียบเทียบด้วยสายตา ตามความยาวของเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร ให้คะแนนเรียงลำดับจากคะแนน 1 ถึง 10 โดยการปลายซ้ายสุดของเส้นตรง คือ 0 หมายถึงไม่มีอาการตามข้อนั้นเลย ให้คะแนนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปลายขวาสุดของเส้นตรงข้างหนึ่ง คือ 10 หมายถึง มีอาการตามข้อคำถามนั้นมากจนทนไม่ได้ จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ชุด ดังนี้

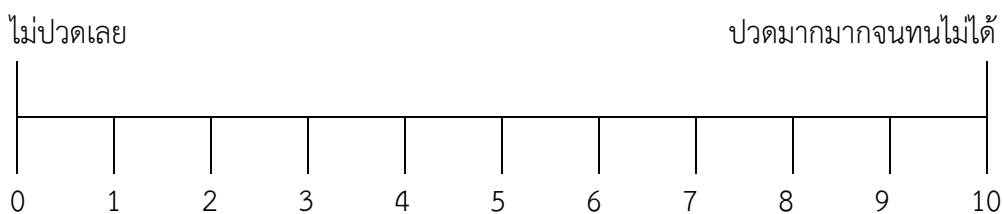
1. แบบประเมินอาการเจ็บปวดข้อเข่า จำนวน 5 ข้อ
2. แบบประเมินอาการข้อเข่าติดแข็งหรือข้อเข่าฝืด จำนวน 2 ข้อ
3. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข่า จำนวน 15 ข้อ

ให้ท่านประเมินด้วยตนเองว่า **ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการทั้งสามชุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ว่าอยู่บนช่วงใดของเส้นตรง ที่มีช่วงคะแนน 0-10 และไม่ว่าท่านจะชี้ลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ผิด เพราะเป็นความรู้สึกของท่านต่ออาการในข้อนั้นๆ ขอความร่วมมือตอบคำถามโดยกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง ตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของท่านมากที่สุด

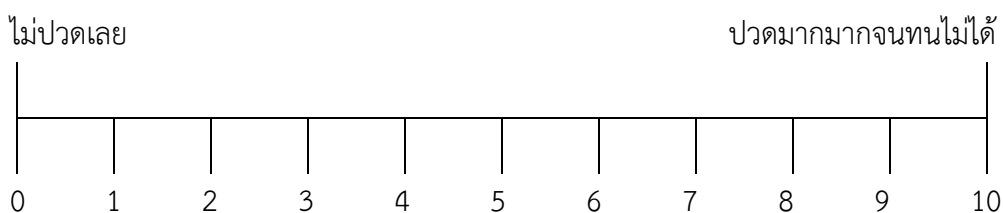
1. แบบประเมินอาการเจ็บปวดข้อเข่า 5 ข้อ

เมื่อท่านมีกิจกรรมต่อไปนี้ท่านเจ็บปวดข้อเข่าระดับใด

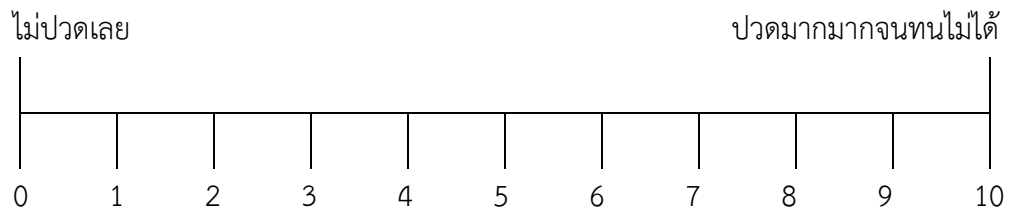
1.1 ปวดขณะเดิน



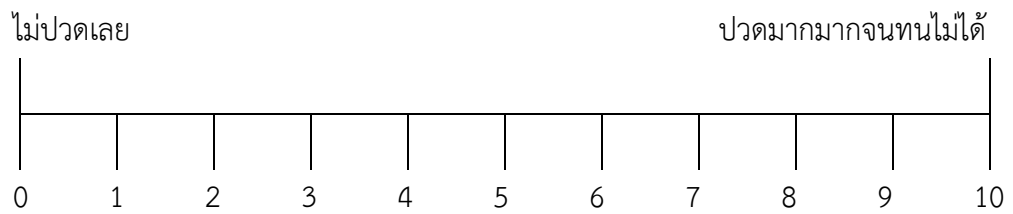
1.2 ปวดขณะขึ้นลงบันได



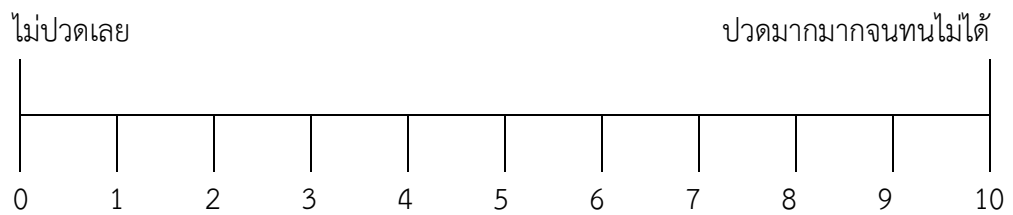
1.3 ปวดข้อเข่าตอนกลางคืน



1.4 ปวดข้อเข่าขณะอยู่เฉยๆ



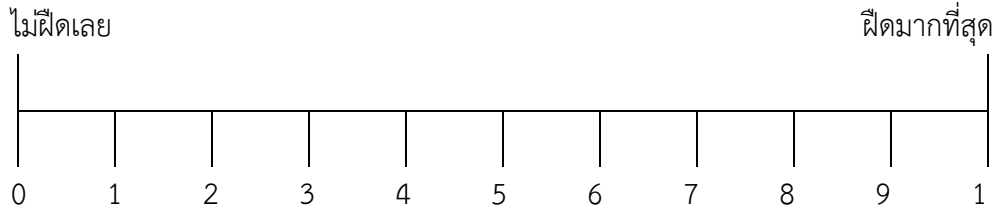
1.5 ปวดข้อเข่าขณะยืนลงน้ำหนัก (ขาข้างนี้รับน้ำหนักตัว)



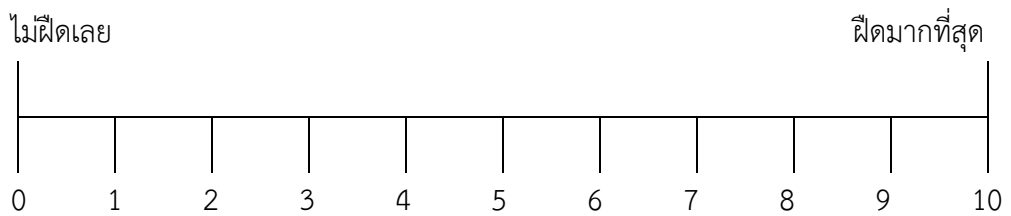
2. แบบประเมินอาการข้อฝืด ข้อยึด 2 ข้อ

ในแต่ละวันท่านมีอาการข้อฝืด ข้อยึด ระดับใด

2.1 ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)



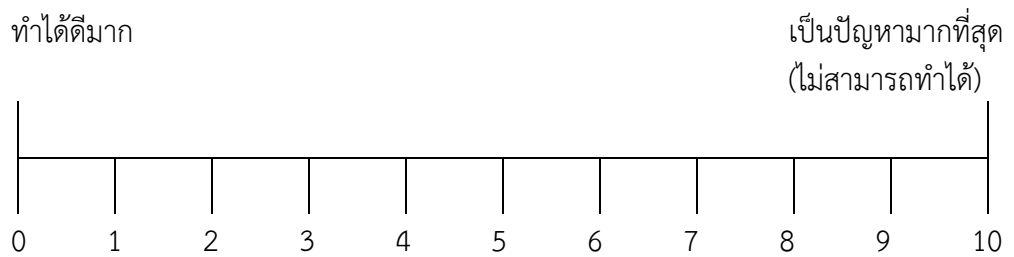
2.2 ข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน



3. แบบประเมินความสามารถในการทำงานข้อ 15 ข้อ

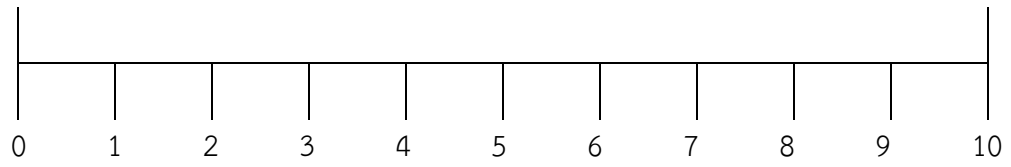
เมื่อท่านมีกิจกรรมต่อไปนี้ ท่านมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวข้อเข่ามาก
ระดับใด

3.1 การลงบันได



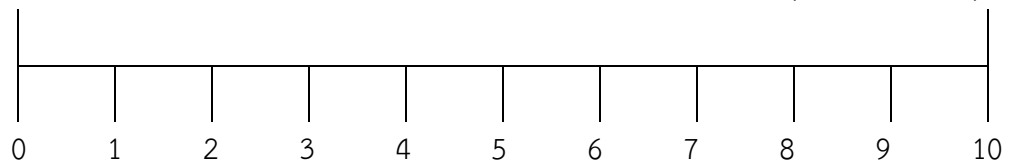
3.2 การขึ้นบันได

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

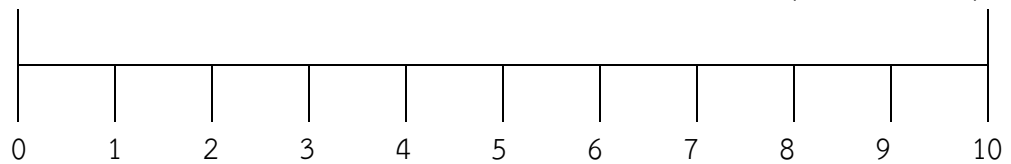
3.3 การลุกยืนจากท่านั่ง

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

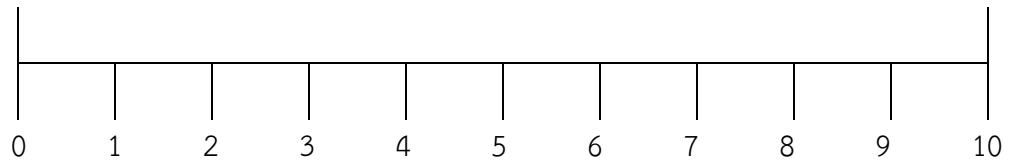
3.4 การยืน

ได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

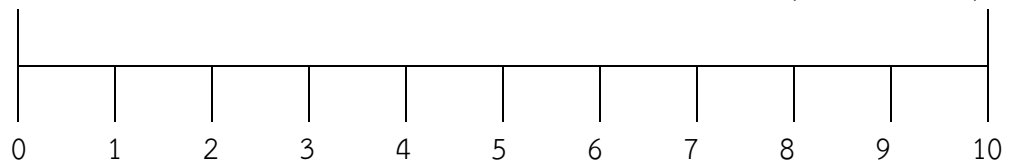
3.5 การเดินบนพื้นราบ

ได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

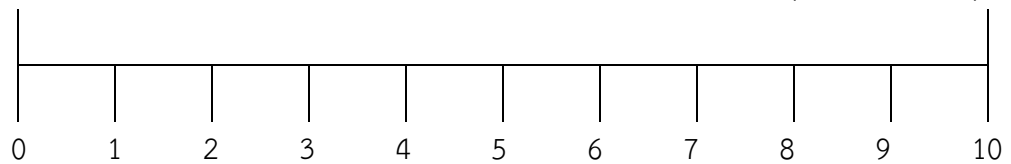
3.6 การขึ้นลงรถยนต์

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

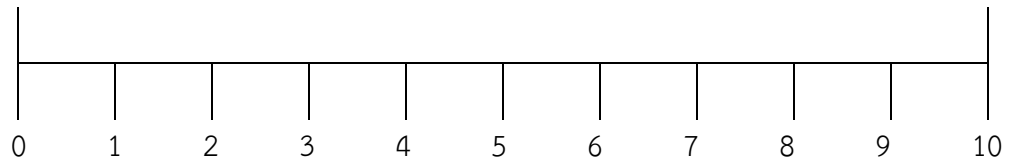
3.7 การไปซื้อของนอกบ้าน หรือการไปจ่ายตลาด

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

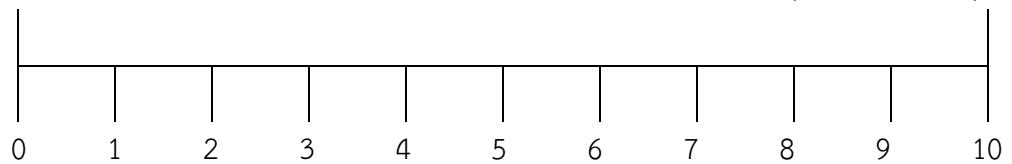
3.8 การใส่กางเกง

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

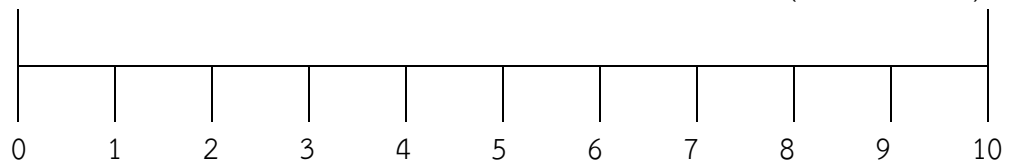
3.9 การลุกจากเตียง

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

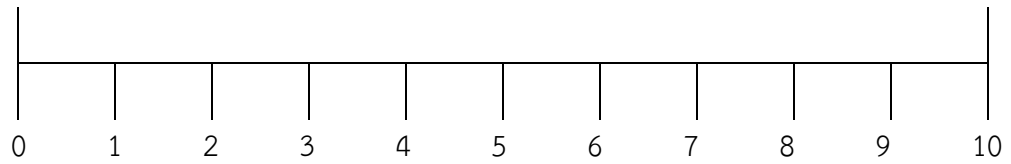
3.10 การถอดกางเกง

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

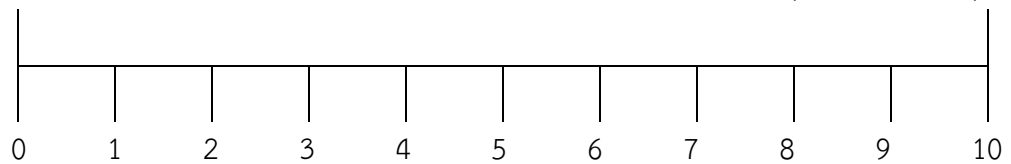
3.11 การเข้าออกจากห้องห้องน้ำ

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

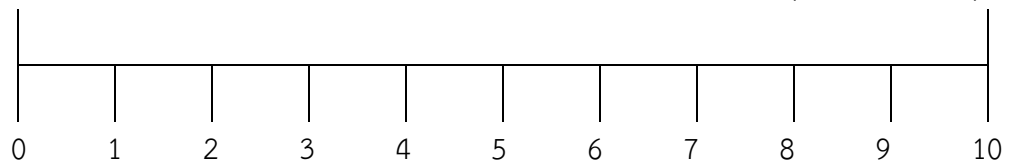
3.12 ขณะนั่ง

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

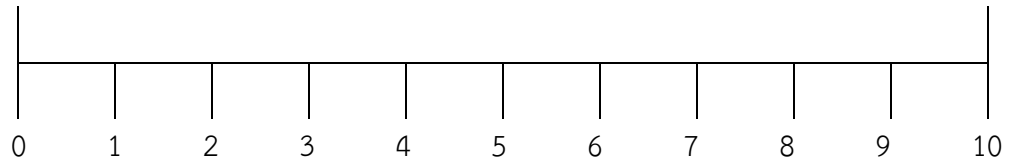
3.13 การเข้า-ออกจากส้วม

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

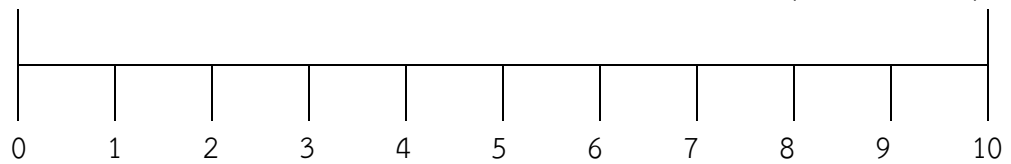
3.14 การทำงานบ้านหนักๆ

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

3.15 การทำงานบ้านเบาๆ

ทำได้ดีมาก

เป็นปัญหามากที่สุด
(ไม่สามารถทำได้)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะถามถึง **ประสบการณ์และความรู้สึก**อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง **2 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ระดับ ดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับปานกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดข้อเข่า ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับ ของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาก่อน มากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ					
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน ? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความสุขตามอัตภาพ) อยู่ในระดับใด					

ภาพประกอบกิจกรรม





ประวัติผู้วิจัย

นางสาวเพลินตา พิพัฒน์สมบัติ (Miss. Polenta Pipatsombat)

ประวัติส่วนตัว

วัน เดือน ปี เกิด วันที่ 1 ธันวาคม 2501
สถานที่เกิด ภูเก็ต หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 3839900017649
ที่อยู่ 98/84 หมู่บ้านนันทวัน รามคำแหง 94 เขตสะพานสูง กทม 10240
หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ e-mail

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ถลิ่งรินทร์
แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 02 423-9471
โทรสาร 02-423-9460 : มือถือ : 080-974-9888
e-mail address: ploenta_add@yahoo.com:

การศึกษา

2553-2558 ปริญญาตรีบัณฑิต การบริหารการพยาบาล
2549-2550 Advanced Adult Nursing I
Advanced Adult Nursing II
Concept of Advanced Nursing Practice มหาวิทยาลัยมหิดล
2546-2547 Theoretical Foundation in Advanced Nursing Practice
มหาวิทยาลัยมหิดล
2546 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2527 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (อายุรศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
2522 ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาล
เกื้อการุณย์

ประวัติการทำงาน

2522-2551 พยาบาลประจำการ
2551-ปัจจุบัน อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผลงานวิชาการ

2557 ทูลส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์
ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เรื่ององค์ประกอบและตัวชี้วัด
สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ในการบริหารองค์การพยาบาล ที่โรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข