

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING SELF-EFFICACY COMBINED WITH REHABILITATION
PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
โดย น.ส.โชติกา สาระปัญญา
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ โพธิ์สาร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โชติกา สาระปัญญา : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. (THE EFFECT OF PROMOTING SELF-EFFICACY COMBINED WITH REHABILITATION PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสม

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งได้รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877207536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: PROMOTING, SELF-EFFICACY, REHABILITATION PROGRAM, QUALITY OF LIFE,
KNEE OSTEOARTHRITIS

Chotika Sarapanya : THE EFFECT OF PROMOTING SELF-EFFICACY COMBINED WITH
REHABILITATION PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE
OSTEOARTHRITIS. Advisor: Asst. Prof. Pol.Sub.Lt. Pachanut Tantikosoom, Ph.D.

This quasi-experimental research aimed to study the effect of promoting self-efficacy combined with rehabilitation program on quality of life in patients with osteoarthritis of knee. The subjects were 44 patients with knee osteoarthritis treated in an orthopedic examination room, out-patient department, Charoenkrungpracharak Hospital. The participants were control (n=22) and experimental groups (n = 22). Each pairs of participants from the control and experimental groups were similar in age, gender and duration. The control group received conventional care while the experimental group attended a six-weeks promoting self-efficacy combine with rehabilitation program that applying self-efficacy theory. The experimental instruments included: the promoting self-efficacy combine with rehabilitation program, self-efficacy for exercise assessment, and practice record rehabilitation. The instruments for collecting data were the demographic questionnaire and the Quality of Life questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test. The research findings were as follow:

1. After the intervention, the mean quality of life in patients with osteoarthritis of knee were significantly higher than those before the experiment at p-value of <0.05
2. After the intervention, the mean quality of life in patients with osteoarthritis of knee were significantly higher than the control group at p-value of <0.05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาช่วยให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นและคอยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่สละเวลาอันมีค่ามาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ หัวหน้าพยาบาล ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจคัดลอกกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้



โชติกา สาระปัญญา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. โรคข้อเข่าเสื่อม.....	13
2. แนวคิดคุณภาพชีวิต.....	22
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต.....	25
4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	29
5. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า.....	35
6. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.....	40

7. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า.....	43
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ.....	90
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
บรรณานุกรม.....	92
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	103
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย	105
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	116
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	131
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	161
ประวัติผู้เขียน.....	166



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ประยุกต์กิจกรรมตามทฤษฎีของ Bandura (1997)	44
ตารางที่ 2	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	63
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเท้าเสื่อม โรคประจำตัว ประวัติการเข้ายาก็ปวดเพื่อ บรรเทาอาการปวดเท้า ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (n = 44).....	64
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า (n= 22).....	79
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าภายหลังทดลอง (n=44)	80
ตารางที่ 6	คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	162
ตารางที่ 7	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของโรคข้อเท้าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า (n= 22).....	164
ตารางที่ 8	ผลแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า.....	165

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงการบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps muscle).....	37
ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	59



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคน ใน พ.ศ. 2563 ตำแหน่งของข้อที่มักพบการเสื่อม ได้แก่ ข้อเข่า สะโพก ข้อมือ กระดูกสันหลัง และข้อเท้า แต่ข้อที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการรับบริการมากที่สุดคือ ข้อเข่า (Zhang et al., 2010) จากผลการสำรวจของสหรัฐอเมริกาในโครงการ The Johnson County study พบความชุกของอาการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 16.70 (Jordan et al., 2007) ในประเทศอังกฤษพบผู้ที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมในวัยผู้ใหญ่จำนวน 27 ล้านคน (Lawrence et al., 2008) สำหรับประเทศญี่ปุ่นพบมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมประมาณ 7 ล้านคน และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเริ่มพบในวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Watanabe et al., 2010) สำหรับประเทศไทย จากสถิติพบว่าคนไทย 1 ใน 3 มักจะป่วยด้วยโรคข้อ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบได้มากที่สุด ซึ่งไม่ได้จำกัดว่าเป็นโรคเฉพาะของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่สามารถพบได้ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ โดยคนที่อายุน้อยกว่า 30 ปี พบเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 1 อายุน้อยกว่า 40 ปี พบร้อยละ 10 และอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบมากถึงร้อยละ 50 (กฤษมา ไตรวิทยานุรักษ์, 2555) และสถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งประเทศ 30,167 คน และคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 100,000 คน ได้เท่ากับ 46.68 % จากการจำแนกตามแต่ละภูมิภาคพบว่า ภาคกลางมีจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากสถิติของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่ห้องตรวจ ศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2558 - 2560) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี เข้ารับการตรวจรักษาจำนวน 3,174 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.01, 3,280 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.81 และ 3,472 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.04 ตามลำดับ สถิติอ้างอิงจากกลุ่มโรคกระดูกและข้อ(กลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ, 2560) แสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่อันตรายจนคุกคามถึงแก่ชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกายจะทำให้เกิดปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปารีชาติ จันสุนทรภาพร (2548) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกรายมีอาการปวดข้อเข่า และร้อยละ 39 รู้สึกทรมาน ร่วมกับอาการข้อฝืดหรือข้อติดทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว มีความลำบากในการนั่ง ลูก เดิน หรือ ขึ้น-ลงบันได (The Centers for Disease Control and Prevention, 2010)นอกจากนี้จากการศึกษาของ Mahir et al. (2016) พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการจำกัดการเคลื่อนไหว ร้อยละ 80 และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 25 ส่วนด้านจิตใจ พบว่า ความเรื้อรังของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ ศุภสาร (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความเครียด ความท้อแท้ และหมดกำลังใจ สำหรับด้านสังคม จากผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าสังคมและพบปะบุคคลอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสังคมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสกาวรัตน์ ศุภสาร (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการเข้าสังคมลดลง และไม่กล้าที่จะเข้าสังคม เนื่องจากผู้ป่วยไปไหนมาไหนลำบากขึ้น และเนื่องจากการรักษาที่ยาวนาน เรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่ามีปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ เป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัว ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด ปัจจุบันผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศมีจำนวน 268,000 รายต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และพบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งละประมาณ 85,000 - 150,000 บาทต่อราย (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2555) เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจในการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว และยังส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Mahir et al., 2016)

คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตและการให้ความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Ferrans, 1996) จากสถานการณ์ที่พบในปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ โดยผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดเข่า การจำกัดการเคลื่อนไหว และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง(Mahir et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kawano, Araújo, Castro, and Matos (2015)พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการทำ

หน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดความเครียด มีความวิตกกังวล ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ (สกาวัฒน์ ศุภสาร , 2549) ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Frioui Mahmoudi et al. (2016) พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เนื่องจากผู้ป่วยไปไหนมาไหนลำบากขึ้น (สกาวัฒน์ ศุภสาร, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Araujo, Castro, Daltro, and Matos (2016) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบทางด้านสังคมอยู่ในระดับต่ำ และเนื่องจากการรักษาที่ยาวนาน เรื้อรังทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ทั้งทางตรงจากค่ารักษาพยาบาล และทางอ้อมจากการที่ไม่สามารถทำงานได้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Loza et al., 2009) และทางด้านครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดภาวะพึ่งพา และเป็นภาระให้ครอบครัวในการดูแลและเรื่องค่าใช้จ่าย ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (Hsu, Tsai, Lin, & Liu, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย เพศหญิงมีความต้องการความช่วยเหลือและภาวะการพึ่งพามากกว่าเพศชาย ซึ่งส่งผลทำให้เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย(ยุพิน โกรินทร์ ,2536) อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=-.74$) (ปราณี กาญจนวรรณ, 2540) เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ระดับการพึ่งพาคือคนอื่นสูงขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคมส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.42$) (ปราณี กาญจนวรรณ, 2540) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=-.67$) (ปราณี กาญจนวรรณ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ Abd Elstaar, Salama, Esaily, and Bolty (2016) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=-.72$) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ทำ

ให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี อาการปวดเข่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$) (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดเข่ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ อาการปวดเข่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงจากความไม่สุขสบายที่ได้รับ ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34$) (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความรุนแรงของโรครุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรครุนแรง ข้อเข่าขัดตึงส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวันที่ยากลำบากมากยิ่งขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดี ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และผ่านการคิดวิเคราะห์หาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการอยู่เสมอหากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี จะช่วยชะลอความรุนแรงของโรค ชะลอความเสื่อมของข้อเข่าที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี ตามมาดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.18$) (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) ดัชนีมวลกายมากจะเพิ่มความรุนแรงและการดำเนินของโรคให้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวลำบาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$) (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว ทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง เมื่อขาดความสามารถในการดูแลตนเองก็จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.85$) (Ericsson, Ringsberg, & Dahlberg, 2009) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะใช้เวลาพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถ

ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้ภาวะความเสื่อมของโรค เกิดความพึงพอใจในตนเอง และให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36$) (อิรวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2553) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการได้รับคำแนะนำที่พึงพอใจ จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ การทำหน้าที่ทางสังคม การมีชีวิตชีวา (Ethgen et al., 2004) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .41$) (ปราณี กาญจนวรรค, 2540) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการศึกษาสูง จะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตัวต่างๆ ตามแผนการรักษาที่เหมาะสม ทำให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้นย่อมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .60$) (ปราณี กาญจนวรรค, 2540) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี โดยปัจจัยทางด้านร่างกายมีทั้งแก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถจัดกระทำและปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด (Bandura, 1997) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้ภาวะความเสื่อมของโรค เกิดความพึงพอใจในตนเอง และให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น จากการศึกษาของ Ericsson, Ringsberg, & Dahlberg, (2009) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = .85$, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้การศึกษาของ Brands, Köhler, Stapert, Wade, and van Heugten (2014) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ

อุษณีย์ ทับทอง (2552) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเองในการที่จะดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าโดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา เป็นแนวทางในการรักษาโรคข้อเท้าเสื่อมที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย (Nguyen, Lefèvre-Colau, Poiraudau, & Rannou, 2016) เนื่องจากมีประสิทธิผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ลดอาการปวดข้อเท้า เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งยังทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อยและปลอดภัย (Nguyen, Lefèvre-Colau, Poiraudau, & Rannou, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz, Polat, Erkin, Akkurt, and Küçükşen (2013) พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่ประกอบไปด้วยการบริหารข้อเท้า(Range of motion: ROM) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ Quadriceps และกล้ามเนื้อ Hamstrings ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความปวดลดลง การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Erbahceci and Dursun (2008) พบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าร่วมกับกายภาพบำบัด ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมดีขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าว พบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ และการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมได้ แต่สถานการณ์ที่พบในผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมยังปรากฏตั้งข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตภายใต้การเกิดโรคข้อเท้าเสื่อมได้อย่างปกติสุข ไม่ทุกข์ทรมาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ด้วยการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ การชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญและมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าและเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง อาการปวดข้อเท้าลดลง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้นและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงขึ้นหรือไม่
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อน หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้นๆ ไม่ยากเกินความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นจะมีความพยายาม ไม่ท้อแท้ นำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1997) ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเกิดขึ้นได้ จากแหล่งสนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญ คือ

- 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณต้องทำอะไรทำให้เกิดความเชื่อว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม และการที่บุคคลอื่นแสดงออกด้วยคำพูดว่าเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดได้ ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและความพยายามในการกระทำกิจกรรมให้สำเร็จ (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และวิธีการแก้ไข ปัญหา ระหว่างทำกิจกรรมผู้วิจัยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะตนเองว่าคุณมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Kuptniratsaikul, Tosayanonda,

Nilganuwong, and Thamalikitkul (2000) พบว่า แรงจูงใจของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนวยความร่วมมือในการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

2) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้ ซึ่งตัวแบบมีหน้าที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ความตั้งใจ การเก็บจำ มีแรงจูงใจ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ หรือพฤติกรรมตามลักษณะของตัวแบบ อันเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมของตนเองต่อไป (Bandura, 1997) โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จนเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบตามตัวแบบ มีความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาของปิยะนุช เพชรศิริ (2550) ศึกษาผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) การที่บุคคลกระทำกิจกรรมสำเร็จได้ จะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกันแล้ว ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ความสำเร็จหลายๆครั้ง จะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ จะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็สามารถกระทำได้สำเร็จ จากการศึกษาของ Hughes et al. (2004) พบว่าการเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกาย ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) การที่บุคคลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์จะมีผลต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะทำให้บุคคลรู้สึกตื่นกลัว วิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์ในระดับที่เหมาะสม จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นได้อย่างถูกต้อง (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้อยู่ในระดับเหมาะสม และการใช้โทรศัพท์ติดตาม

เพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน และการทำบันทึกการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีชี้วัดให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) จากการศึกษาของ สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยขจรโรจน์ (2551) พบว่า การจัดกิจกรรมหลากหลาย เช่น การฟังบรรยาย การอภิปราย/ซักถามกลุ่มย่อย และการโทรศัพท์ติดตาม มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ การซักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ จะทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเห็นความสำคัญของตนเองในการที่จะดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และจะทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา เป็นแนวทางในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแบบวิธีไม่ใช้ยาที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีประสิทธิผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ลดอาการปวดเข่า เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งยังทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อยและปลอดภัย(Nguyen, Lefèvre-Colau, Poiraudau, & Rannou, 2016)

ผู้วิจัยได้ประยุกต์การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของBandura (1997) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายและเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งผลจากโปรแกรมจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ข้อเข่ามีความมั่นคงมากขึ้น ทำให้อาการปวดบวมเข่าลดลง (Nguyen, Lefèvre-Colau, Poiraudau, & Rannou, 2016) แล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจที่เน้นความสำคัญให้ตนเองเกิดความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลัง (The pretest – posttest non equivalent control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพศชายและหญิง อายุ 40 – 59 ปี มารักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิครั้งแรก ที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ตัวที่ศึกษา คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ที่ประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัว ประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่มิข้ออักเสบ (Quality of Life Index Arthritis Version-III) ของเฟอร์รานส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1998) แปลเป็นไทย โดย วาสนา กรุดไทย (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจและการให้ความสำคัญ จำนวน 35 ข้อ การประเมินระดับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีคะแนนรวมมากหมายถึงผู้ที่มีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนผู้ที่มีคะแนนรวมน้อยหมายถึงผู้ที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา โดยใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง มาเป็นแนวทางในการสนับสนุนในการจัดกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และวิธีการแก้ไขปัญหา ระหว่างทำกิจกรรม ผู้วิจัยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจใน

สมรรถนะตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบตามตัวแบบ มีความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง

3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้อยู่ในระดับเหมาะสม และการใช้โทรศัพท์ติดตาม เพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน และการทำบันทึกการออกกำลังกายเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีชี้วัดให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) มีจำนวนท่าบริหาร 7 ท่า สามารถทำได้ง่าย สะดวก โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ มีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ

ท่าที่ 1 นอนหงาย งอเข่าเข้าหาลำตัวเท่าที่ทำได้ แล้วเหยียดขาออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 2 นั่งเหยียดขา วางเท้าข้างหนึ่งบนหมอน เหยียดขาให้ตึงเข่าตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 3 นอนหงาย ใช้หมอนใบเล็กหนุนใต้เข่า ให้งอเข่าเล็กน้อย ค่อยๆเกร็งให้เข่าเหยียดตรง ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 4 นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ค่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา แล้วยกขาขึ้นจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 5 นอนคว่ำ งอขาข้างหนึ่ง สูงจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 6 นอนคว่ำ งอเข่าเข้าหาลำตัว เท้าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 7 นั่งเก้าอี้ และพิงพนักเก้าอี้ เหยียดขาข้างหนึ่งออกให้ตรง พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลประจำการในห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้แก่ การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด และกิจกรรมให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เรื่อง โรคข้อเข่าเสื่อม เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติภายใต้ภาวะความเสื่อมของโรค
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและออกกำลังกายและเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
3. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. โรคข้อเข่าเสื่อม

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 ชนิดของโรคข้อเข่าเสื่อม
- 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
- 1.4 พยาธิสภาพและอาการ
- 1.5 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม
- 1.6 แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
6. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
7. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคข้อเข่าเสื่อม

1.1 ความหมาย

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ osteoarthritis of knee หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่าตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้ คือที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อบุ (diarthrodial joint) โดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ อย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical) ชีวกลศาสตร์ (biomechanical) และโครงสร้าง (biomorphology) รวมถึงกระดูก

บริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ(subchondral bone) หนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง หากขบวนการนี้ดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2553)

1.2 ชนิดของโรคข้อเข่าเสื่อม

1.3.1. ชนิดปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) เป็นภาวะความเสื่อมที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคที่ชัดเจน มักเกิดขึ้นตามธรรมชาติของอายุ และลักษณะการใช้งานของข้อนั้นๆ ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดกับข้อเข่าโดยตรงมาก่อน

1.3.2. ชนิดทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) เป็นภาวะข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติที่สามารถระบุหรืออธิบายสาเหตุที่ชัดเจนได้ อาทิ การหักของกระดูกที่มีรอยผ่านผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัวไม่เรียบเหมือนเดิม การติดเชื้อมาในข้อ พันธุกรรม และความผิดปกติของข้อแต่กำเนิด (วิวัฒน์ วจนะวิเศษ และคณะ, 2554)

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1.3.1. อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด เพราะเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูก กล้ามเนื้อรอบข้อ ความรู้สึกที่รับรู้การเคลื่อนไหวหรือตำแหน่ง (Proprioceptive sensation) ลดลง และภาวะข้อหลวม (Joint laxity) (Blagojevic, Jinks, Jeffery, & Jordan, 2010)

1.3.2. เพศ เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เนื่องจากกระดูกอ่อนมี estrogen receptor และเอสโตรเจนมักจะเกี่ยวข้องกับโรคต่างๆที่มีผลต่อกระบวนการก่อการอักเสบ โดยไปเปลี่ยนแปลงเมแทบอลิซึมของเซลล์ และการผลิต cytokine สตรีที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม อาการมักจะลุกลามรวดเร็วหลังจากอายุ 50 ปี (สิทธิศักดิ์ ธรรมชาติ และ วินัย พากเพียร, 2553)

1.3.3. ความอ้วน มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความชุกของข้อเข่าเสื่อม พบว่าถ้ามีน้ำหนักตัวมากในวัยหนุ่มสาว จะมีโอกาสเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมได้สูง ถ้าวัดน้ำหนักได้ 5 กิโลกรัม จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้ครึ่งหนึ่ง (วิวัฒน์ วจนะวิเศษ และคณะ, 2554)

1.3.4. การบาดเจ็บและแรงเค้นซ้ำ เนื่องจากกระดูกอ่อนข้อต่อเป็นอวัยวะที่ไม่มีหลอดเลือดไปเลี้ยง การจะคงสภาพ และการทำงานให้ปกติจะต้องมีการเคลื่อนไหว แรงกระทำมากเกินไปหรือไม่เหมาะสมอาจทำให้โครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อเปลี่ยนไปได้ (วิวัฒน์ วจนะวิเศษ และคณะ, 2554)

1.3.5. การสูบบุหรี่ พบว่าเพศหญิงที่สูบบุหรี่จะมีการสูญเสียในผิวกระดูกอ่อน และมีอาการปวดเข่ามากกว่าคนปกติ (Blagojevic, Jinks, Jeffery, & Jordan, 2010)

1.3.6. ปัจจัยทางพันธุกรรม พบภาวะผิดปกติในยีนของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมบางราย มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ผู้หญิงจะมีโอกาสเกิด Heberden node มากกว่าเพศชาย 10 เท่า และถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบลักษณะเด่น (Autosomal dominant) ขณะที่เพศชายเป็นลักษณะด้อย (Recessive) (Blagojevic, Jinks, Jeffery, & Jordan, 2010)

1.4 พยาธิสภาพและอาการ

1.4.1 พยาธิสภาพ

โรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่า ตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้ ได้แก่ กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดมีเยื่อหุ้ม (diarthrodial joint) มีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งเกิดขึ้นช้าๆอย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ชีวกลวิธาน (biomechanical) และชีวสัณฐาน (biomorphology) ของกระดูกอ่อนผิวข้อ รวมถึงหน้ากระดูกบริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (subchondral bone) หนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.4.2 อาการ

1.4.2.1 ปวด อาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีลักษณะปวดตื้อๆ ทั่วๆ ไป บริเวณข้อ ระบุตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน มักเป็นเรื้อรังและปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในท่าข้อเข่า การขึ้นลงบันได หรือลงน้ำหนักบนข้อนั้นๆ และทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจปวดตลอดเวลา แม้เวลากลางคืนหรือขณะพัก บางรายมีอาการปวดตึงบริเวณข้อเข่าด้วย

1.4.2.2 ข้อฝืดตึง (stiffness) พบได้บ่อยในช่วงเช้า (morning stiffness) แต่ไม่ยาวนานเกินกว่า 30 นาที อาการฝืดตึงอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหว หลังจากพักเป็นเวลานาน ที่เรียกว่า ปรากฏการณ์ข้อเหนียว (gelling phenomenon) เช่น ข้อเข่าฝืดหลังจากนั่งนานแล้วลุกขึ้น ทำให้ต้องหยุดพักขยับ ข้อระยะหนึ่ง จึงจะเคลื่อนไหวได้สะดวก

1.4.2.3 ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement) พบมีข้อบวมใหญ่ซึ่งเกิดจากกระดูกที่งอกไปบริเวณข้อ และเมื่อโรครุนแรงมากขึ้นอาจพบขาโก่ง (bow leg) ซึ่งพบได้บ่อยกว่าเข่าฉิ่ง (knock knee) อาจมีการบวมจากน้ำซึมซ่านในข้อ (effusion) อันเป็นผลจากการอักเสบในข้อเข่า แต่การบวมไม่ใช่อาการจำเพาะของข้อเข่าเสื่อม

1.4.2.4 มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

1.4.2.5 ทุพพลภาพในการเคลื่อนไหวและการทำงาน (reduced function) มีความลำบากในการนั่ง ลุก เดิน หรือขึ้นลงบันได และหากเป็นมากอาจรบกวนการทำงานในหน้าที่ประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง

1.4.2.6 ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้จำกัด (restricted movement) เขยียดตรงได้ลำบาก (flexion contracture) และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ข้อเข่าได้ลดลงด้วย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.5 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

1.5.1 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีดังนี้

1.5.1.1 ปวดข้อเข่า (joint pain) นับว่าเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทางด้านร่างกายมากที่สุด เป็นอาการหลักและเป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาการปวดในระยะแรกจะไม่รุนแรงจะมีอาการปวดแบบตื้อ ๆ บริเวณที่ พบอาการปวดได้บ่อยที่สุด คือ บริเวณส่วนกลางของข้อเข่า (medial joint line) ร้อยละ 54 บริเวณด้านข้างของข้อเข่า (lateral joint line) และบริเวณกระดูกสะบ้า (patella) พบได้ร้อยละ 44 และ 36 ตามลำดับ (Thompson et al., 2009)

1.5.1.2 ข้อเข่าฝืด (stiffness) อาการข้อเข่าฝืดเป็นอาการที่พบได้บ่อย เกิดภายหลังพักข้อเป็นเวลานาน เช่น หลังตื่นนอน นั่งท่าเดียวนาน ๆ อาการข้อเข่าฝืดเป็นอาการเกิดขึ้นชั่วคราวจะเป็นไม่เกิน 15 นาที ขยับข้อ 2-3 ครั้งก็ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการข้อเข่าฝืดเวลาอยู่ในท่าหนึ่งท่าใดนาน ๆ เช่น การนั่งรถ หรือนั่งอยู่ในท่าหนึ่งท่าใดเป็นเวลานานเกินไป พอจะก้าวเท้าไม่สามารถงอเข่าได้ต้องยืนอยู่กับที่ 1-2 นาที จึงสามารถเดินได้ (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548)

1.5.1.3 การเคลื่อนไหวข้อเข่าลดลง (limited movement) เกิดจากกระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลายมากพบกล้ามเนื้อลีบร่วมด้วย อาการบวมของข้อ มีน้ำไขข้อเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะเยื่อข้ออักเสบ กล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มข้อและปลอกหุ้มข้ออาจมีการเกร็งตัวและยึดติด รวมทั้งกระดูกงอกบริเวณข้อขนาดใหญ่ ชัดขวางไม่ให้ข้อเคลื่อนไหวได้เต็มที่ รวมทั้งอาการปวดที่เรื้อรัง ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวข้อเข่า (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2548)

1.5.2 การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

1.5.2.1 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามสภาวะสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัดความสามารถทางกายภาพในโรคข้อเข่า ดังต่อไปนี้

1) Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). เป็นแบบสอบถามที่มีความจำเพาะกับโรคข้อเข่าเสื่อมและข้อสะโพกเสื่อมพัฒนาโดย Nicholas Bellamy ในปี ค.ศ.1986 ในปัจจุบันแบบสอบถามนี้เป็นที่นิยมในการประเมินอาการของโรคข้อเสื่อม แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ คำถามเกี่ยวกับอาการปวดข้อ 5 คำถามอาการข้อฝืดตึง 2 คำถาม และกิจกรรมการเคลื่อนไหว 17 คำถาม การประเมินในแต่ละคำถาม ใช้เป็น Visual analog scale เชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร แต่ละข้อมีคะแนน 4 คะแนน

แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่รุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

2) แบบประเมินอาการปวดข้อเข่าและประสิทธิภาพในการทำกิจวัตร Modified WOMAC Scale ของ เสก อักษรานูเคราะห์ (2543) ที่ประยุกต์จากเครื่องมือประเมินอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมของ Bellamy and Buchanan (1986) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในประเทศไทย แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-240 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรง และ 240 หมายถึง ความรุนแรงมาก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

สำหรับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยนั้นใช้แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม ปี พ.ศ. 2554 (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554) โดยปรับปรุงจากเกณฑ์การวินิจฉัยจากวิทยาลัยแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มสหรัฐอเมริกา(The American College Rheumatology) (Altman et al., 1986) ได้สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ

- 1) มีอาการปวดข้อเข่า
- 2) การตรวจภาพรังสีพบมีกระดูกงอกข้อ (Osteophyte)
- 3) และมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ จากอาการดังต่อไปนี้ คือ 1) มีอายุมากกว่า 50 ปี 2)

มีอาการข้อฝืดตึงแข็งในตอนเช้า ประมาณ 30 นาที และ 3) มีเสียงดังกรอบแกรบขณะที่มีการเคลื่อนไหวข้อเข่า (Crepitus)

1.6 แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

1.6.1 วิธีไม่ใช้ยา (Non pharmacologic treatment)

1.6.1.1 การให้ความรู้ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย ในประเด็นต่อไปนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ได้แก่ ความอ้วน อาชีพ อุบัติเหตุการใช้งานข้อผิดวิธี และประวัติโรคข้อเสื่อมในครอบครัว

2) ผู้ป่วยแต่ละรายมีการดำเนินโรคแตกต่างกัน บางรายอาจไม่มีอาการ บางรายมีอาการเพียงชั่วคราว แต่ส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรัง และบางรายมีการดำเนินโรคแย่ลงอย่างรวดเร็ว

3) วัตถุประสงค์การรักษา

4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม การลดน้ำหนัก และการลดแรงกระทำที่ข้อ (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.1.2 การลดน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่เป็นข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักตัวมาก ควรได้รับการกระตุ้นเตือนให้ลดน้ำหนักและคงน้ำหนักไว้ในระดับที่เหมาะสม การลดน้ำหนักที่ช่วยลดอาการนั้น

ต้องลดน้ำหนักลงให้ได้มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม หรือลดน้ำหนักที่อัตรามากกว่าร้อยละ 0.24 ของน้ำหนักตัวเดิมต่อสัปดาห์ (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เป็นการส่งเสริมและฟื้นฟูให้กล้ามเนื้อข้อเข่าของผู้ป่วยแข็งแรง กลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกความแข็งแรง การควบคุมน้ำหนักตัว การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง (Nguyen, Lefèvre-Colau, Poiraudau, & Rannou, 2016)

1.6.2 วิธีใช้ยา (Pharmacologic treatment)

1.6.2.1 ยาแก้ปวด ส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้ paracetamol เพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ปัจจุบันในยุโรปแนะนำให้ใช้ยานี้ในการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม เพราะยามีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งอาจใช้ได้ขนาดสูงถึง 4 กรัม/วัน ดังนั้นจึงควรเลือกใช้เป็นยาขนานแรกในการบำบัดอาการปวดระดับน้อยจนถึงปานกลาง และหากได้ผลควรใช้เป็นยาต่อเนื่องเพื่อบรรเทาปวดระยะยาว (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.2.2 ยาแก้อักเสบ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) การอักเสบเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวด และผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดธรรมดา ยากลุ่มนี้อาจจะได้ผล แต่ยาแก้อักเสบบมีผลข้างเคียงสูง ที่พบบ่อย เช่น ผื่น แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เลือดออกในลำไส้ พิษต่อตับ พิษต่อไต การทำงานของเกร็ดเลือดผิดปกติ ยากลุ่มนี้อาจทำให้บวมและความดันโลหิตสูงขึ้น ข้อแนะนำไม่ควรใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.2.3 ยาทาเฉพาะที่ ประเภทยาแก้ปวดและต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ เจลพริก(Capsaicin) ใช้ทานวดซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความร้อนเฉพาะที่ ยาทาเจลพริก หรือยาแคปไซซิน (capsaicin) ชนิดครีมทาภายนอก แนะนำให้ใช้เป็นยาทางเลือกหรือยาเสริมในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.2.4 ยากลุ่ม DMOAD (Disease-modifying drugs for OA) เช่น glucosamine, chondroitin sulfate, diacerein และ hyaluronic acid สามารถลดอาการปวดและอาจเปลี่ยนโครงสร้างกระดูกอ่อนข้อต่อ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ช้า ราคาแพง และไม่ควรรใช้ในรายที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมรุนแรง (วิวัฒน์ วจนะวิเศษ, 2554)

1.7.2.5 การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ ยาฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ สามารถลดอาการปวดและอักเสบได้ด้วยกลไกที่ยังไม่ทราบแน่ชัด ได้ผลระงับปวดในช่วงสั้นๆ 2-3 สัปดาห์ ไม่ควรฉีดประจำ เนื่องจากจะทำให้ลายกระดูกอ่อนข้อต่อได้ (วิวัฒน์ วจนะวิเศษ และคณะ, 2554)

1.6.3. การรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Surgery)

1.6.3.1 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (Joint replacement) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม แนะนำให้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่อาการปวดไม่บรรเทาเท่าที่ควร หรือการทำงานของข้อไม่ดีขึ้น ด้วยการรักษาแบบทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผล และคุ้มค่าในผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนหรือมีการทำงานของข้อที่จำกัด และมีคุณภาพชีวิตลดลง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้รับการยอมรับว่า มีความน่าเชื่อถือและ เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมเพื่อช่วยฟื้นฟูการทำงานของข้อและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาการปวดไม่ทุเลา (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.3.2 การล้างข้อ (joint lavage) และการตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อด้วยการส่องกล้อง (arthroscopic debridement) การล้างข้อ (joint lavage) และ การตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อด้วยการส่องกล้องมีวิธีที่หลากหลายประกอบด้วย การล้างข้อและการกำจัดชิ้นส่วนกระดูกอ่อนหรือ meniscus ที่ฉีกขาด หลุดลอก หรือแตกออกรวมถึงกำจัดปุ่มกระดูกงอก (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.6.3.3 การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนว (osteotomy) การผ่าตัดกระดูกจัดแนวข้างด้านบน (high tibial osteotomy: HTO) ในผู้ป่วยอายุน้อยและยังมีกิจกรรมมาก (young, active) โดยผู้ป่วยต้องมีลักษณะก่อนผ่าตัด (prerequisites) ได้แก่ (1) งอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา, (2) ยังมีกระดูกอ่อนผิวข้อด้านในคงเหลืออยู่, (3) ไม่มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อเข่าด้านนอกและกระดูกอ่อนผิวสะบ้าหรือน้อยมาก, (4) เขายังมั่นคงดีหรือมีการเลื่อนไปด้านนอกหรือความไม่มั่นคงไม่มากนัก (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

แนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมประยุกต์จากรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuum of care strategic plan model)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นแผนหนึ่งในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ที่พัฒนาขึ้นมาโดยตระหนักถึงความต้องการโดยทั่วไปของผู้ป่วย เอื้อแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วย สถานที่ให้บริการ และความต่อเนื่องในการให้บริการผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับความต้องการเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรและเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมารับบริการ (pre admission) จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย (discharge to home) ประกอบด้วย 5 ระยะ

1. pre-entry phase ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินปัญหาในระยะแรก และสนับสนุนให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งการบริการและแหล่งประโยชน์

2. entry phase เป็นระยะที่จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงปัญหาและสนองความต้องการของผู้ป่วย

3. inpatient phase ประเมินการดูแลรักษาปัญหาเฉพาะที่ให้บริการไปแล้ว ติดตามปัญหาอุปสรรค และหากไม่ได้รับผลดี หาแนวทางอื่นในการแก้ปัญหา

4. pre-exit phase ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. exit phase ส่งต่อการดูแลรักษาตามปัญหาของผู้ป่วยยังสถานบริการพยาบาล หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือญาติ

แผนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องได้รับการประสานงานร่วมกันในการทำงานลักษณะสหวิชาชีพ จากบุคลากรหลากหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงน่าจะเป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมอย่างมีคุณภาพในแต่ละระยะการเจ็บป่วย

1. ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในระยะแรก ควรเน้นคำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมให้อาการของโรคเลวลง เช่น การควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน เนื่องจากความอ้วนจะทำให้ข้อเข่ารองรับน้ำหนักมาก เกิดการเสื่อมของข้อเร็วขึ้น การควบคุมน้ำหนักควรรับประทานอาหารให้ถูกหลักเน้นอาหารที่มีกากใย ผักผลไม้มากกว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลมาก รับประทานอาหารโปรตีนมากขึ้นคาร์โบไฮเดรตลดลง และควรมีการออกกำลังกายให้เหมาะสมด้วย เช่น การเดินหรือว่ายน้ำ ซึ่งการว่ายน้ำถือว่าเป็นกีฬาที่เหมาะสมในการบริหารข้อของผู้ป่วยโรคข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อม และหลีกเลี่ยงการตีมเครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์โดยเฉพาะในขณะรักษาด้วยยาลดอาการบวมและลดการอักเสบที่อยู่ในกลุ่ม NSAIDs

2. เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด ควรประเมินติดตามอาการเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จัดการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับอาการแสดงของโรคในระยะนั้นๆ เช่น มีอาการปวด แนะนำการใช้ยา NSAIDs ตามแผนการรักษา การบริหารกล้ามเนื้อคอวทไทรเซปให้แข็งแรง กระชับ เพื่อพยุงข้อเข่าช่วยลดอาการปวด

ทำในการบริหารกล้ามเนื้อคอวทไทรเซป (isometric quadriceps exercises) ดังนี้
quadriceps setting exercises เป็นการบริหารที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ทำนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่ามากหรือมีอาการบวม เพราะจะไม่ทำให้มีอาการมากขึ้น ดังนี้

1. นอนหงายบนเตียงเหยียดขาตรง เข่าตรง กดเข่าให้ชิดกับเตียง
2. เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา หรือข้อเข่า 3-10 วินาที หรือนับ 1-10
3. หยดเกร็งกล้ามเนื้อหรือพัก อย่างน้อย 10 วินาที หรือนับ 1-10

4. เกร็งกล้ามเนื้อเนื้อซ้ำอีก 10 ครั้ง (ปฏิบัติเหมือนข้อ 2-3)

5. ทำวันละ 3 ครั้ง (แต่ละครั้งปฏิบัติเหมือนข้อ 2-4)

ท่าบริหารนี้ทำในขณะที่นั่งบนเก้าอี้ได้ โดยขาเหยียดตรง กดส้นเท้าลงที่พื้นแล้วบริหารเหมือนข้อ 2-5

Straight leg raise เป็นท่าบริหารที่มีการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ดังนี้

1. นอนหงายบนเตียง

2. ออกก้านกลางขาขวา ให้งอเข่าซ้ายโดยให้ฝ่าเท้าซ้ายแบนราบกับพื้นเพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อหลัง

3. เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาขวา ยกขาขวาขึ้นช้าๆ โดยให้ขาเหยียดตรง ยกให้สูงที่สุด

4. ลดขาขวาลงช้าๆจนถึงระยะสูงจากเตียงประมาณ 1/2 ฟุต ยกค้างไว้ที่ระดับนั้น 5 วินาที

5. วางขาลง

6. ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง ทำวันละ 2-3 เวลา

ท่าบริหารนี้สามารถทำขณะนั่งบนเก้าอี้ได้ โดยวางเท้าบนพื้นหรือที่รองรับเพื่อไม่ให้ข้อเท้าพับมากหรือเป็นเป็นมุมฉาก ขณะเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาค่อยๆยกปลายขาขึ้นมาชนกับพื้น ปลายขาอยู่ในแนวระดับเดียวกับต้นขา แล้วเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา 5 วินาที แล้วปฏิบัติเช่นเดียวกับการบริหารข้อ 5-6 การบริหารกล้ามเนื้อคอคอทไครเซปควรบริหารสม่ำเสมอทุกวัน

นอกจากปัญหาเรื่องความปวด ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องข้อติดแข็ง หากผู้ป่วยมีอาการข้อติดแข็ง ช่วยประสานให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาตามแผนการรักษา การทำกายภาพบำบัด และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้แก่ การประคบด้วยความร้อน-เย็น ความชื้น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

3. ติดตามประเมินผลการดูแลรักษา ประเมินปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลตนเอง/ญาติ เป็นระยะๆ หลังให้คำแนะนำ เพื่อป้องกันอาการแย่ลง การรักษาผู้ป่วยเรื้อรังจะได้ผลดีต้องกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมในการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเอง การเผชิญหน้ากับอาการของโรค ไม่ท้อแท้ มีความเข้าใจและเรียนรู้ในการที่จะอยู่กับอาการเรื้อรังของโรค ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจำเป็นต้องครอบคลุมตั้งแต่ กิจกรรมประจำวันที่เคยปฏิบัติ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ เนื่องจากมีอาการปวดข้อเข่า การทรงตัวไม่ดี เนื่องจากมีอาการขาโก่งและขาฉิ่ง เฝาระวังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพักผ่อนนอนหลับ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2542)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากความรุนแรงและการเกิดโรคมีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง อาการเรื้อรังของโรคมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษาช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่องเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเป็นระยะ ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นและท้าทายความรู้ ความสามารถของพยาบาลในการพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. แนวคิดคุณภาพชีวิต

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of life)

พจนานุกรม ฉบับ ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต ว่าประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และ ชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

สุดาวดี อินจันทร์ (2552) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม โดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตน เป็นความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของบุคคล ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

Burckhardt (1985) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือ การที่บุคคลรับรู้ในคุณภาพชีวิตตนเองว่ามีความพึงพอใจในชีวิต ในการมีภาวะสุขภาพที่ดีด้านร่างกาย ด้านวัตถุ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ชุมชนในสังคม สามารถมีการพัฒนาตนเองเพื่อการทำให้ประสบผลสำเร็จและการหาเวลาพักผ่อนได้

Padilla and Grant (1985) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิต

Zhan (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต คือความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิต และประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

Meeberg (1993) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นภาวะของชีวิตหรือเป็นประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งอาจพิจารณาเป็นส่วนของคุณภาพหรือสิ่งสังคมโดยรวมก็ได้

The WHOQOL Group (1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และความผาสุก (well-being) ในทุกๆด้าน

Cella (1994) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คือ ความพึงพอใจของบุคคลต่อระดับการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ โดยเป็นการประเมินของบุคคลเปรียบเทียบกับระดับความสามารถที่ตนคาดหวัง ซึ่งแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันไปตามความเชื่อของบุคคลนั้นๆ

Ferrans (1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกถึงความผาสุกของบุคคลที่ประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญต่อบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรมของแต่ละสังคม นั้นมีชีวิตอยู่เช่นเดียวกัน

จากความหมายคุณภาพชีวิตข้างต้น สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ที่ประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัว

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Ferrans (1996) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า มี 4 ด้าน คือ

1. คุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning domain) เป็นคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม พลังความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการจัดการกับความเครียดของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศของตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) เป็นคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง เช่น การมีความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิตส่วนตัว ความสงบสุขในใจ ความเป็นตัวของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนาความหวังในการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต และความวิตกกังวลในชีวิต

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) เป็นคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน กำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การได้ผูกมิตรและการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้านและชุมชน ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงิน สภาพบ้านหรือที่พักอาศัย การศึกษา และการทำงานหรือการว่างงาน

4. คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว (family domain) เป็นคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว บุตร คู่รักหรือคู่ครองหรือคู่สมรส สุขภาพของครอบครัว การช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

วิธีประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายวิธี เช่น ประเมินจากด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านภาวะวิสัย (Objective) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมมองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อาหาร อากาศและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เป็นต้น

2. ด้านอัตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวบ่งชี้ทางจิตสังคมและการรับรู้ของบุคคล ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิตการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลหรือประเมินคุณภาพชีวิตตามมิติต่างๆ ดังนี้

2.1 การประเมินมิติเดียว โดยมีทัศนะว่า คุณภาพชีวิตมีโครงสร้างมิติเดียว แบบประเมินคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยคำถามเพียงข้อเดียว ที่หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม แคนทริล(Cantril, 1965) กล่าวว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่แคนทริลสร้างจึงมีข้อคำถามเพียงข้อเดียว

2.2 การประเมินหลายมิติ โดยมีทัศนะว่า คุณภาพชีวิตมีโครงสร้างหลายมิติ แบบประเมินคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยคำถามตามองค์ประกอบมิติต่างๆของคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตหลายมิติ ดังนี้

2.2.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life 100:WHOQOL-100) หรือมี 100 ตัวชี้วัด ประเมินคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกจนเหลือ 26 ตัวชี้วัด เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREFหรือ WHOQOL-26) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

2.2.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของชาน (Zhan, 1992) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพึงพอใจ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

2.2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (Short Form 36: SF-36) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปมี 36 ข้อ ประเมิน 8 ด้าน คือ ด้านความสามารถทางกายภาพความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกายความเจ็บปวดของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของตนเอง ความมีกำลังหรือมีความเหนื่อยล้า ความสามารถทางสังคม ความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางใจ และความรู้สึกสุขสบายทางใจ (ธนิต จิรนนท์ธวัช, 2553)

2.2.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1996) ผู้ที่มีความเจ็บป่วยจะเป็นผู้ที่ประเมินเองเกี่ยวกับความพึงพอใจและการให้ความสำคัญในประเด็นของชีวิตในขณะนั้น โดยประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (Quality of Life Index Arthritis Version-III) ของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1998) แปลเป็นไทย โดยวาสนา กรุดไทย (2553) มีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของความสำคัญและส่วนของความพึงพอใจ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 อันดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .89 (วาสนา กรุดไทย, 2553) ซึ่งมีความเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุระหว่าง 40-59 ปี

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ดัชนีมวลกาย ปัจจัยทางด้านใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา รายได้

3.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย

3.1.1 เพศ คือ เพศของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ เพศชาย และเพศหญิง จากการศึกษาของยุพิน โกรินทร์ (2536) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.2 อายุ คือ สิ่ง que แสดงถึงช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิต ซึ่งในช่วงอายุที่ผ่านมาผู้ป่วยต้องผ่านประสบการณ์ต่างๆมากมาย ทั้งในด้านดีและด้านไม่ดี ซึ่งอายุที่แตกต่างกันก็จะส่งผลต่อวิธีในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = -.74, p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

3.1.3 สถานภาพสมรส คือ สถานภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่แบ่งตามกันสมรส ได้แก่ สถานภาพ โสด คู่ แยก หย่า หม้าย จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .42$) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิต

อยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

3.1.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย คือ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.67$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Abd Elstaar et al. (2016) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.72$) แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี อธิบายได้ว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นานยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการดูแลตนเองได้ดีจึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1.5 อาการปวดเข่า คือ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถึงความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากการเสื่อมของข้อเข่า โดยเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการศึกษาของธिरาวรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) พบว่า อาการปวดเข่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$) กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเข่าในระดับมาก ($\bar{X} = 2.61$, $SD = .73$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ อาการปวดเข่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงจากความไม่สุขสบายที่ได้รับ

3.1.6 ความรุนแรงของโรค คือ อาการที่แสดงให้รู้ว่าผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และมีความลำบากในการดำรงชีวิต จากการศึกษาของ ธिरาวรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) พบว่า ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34$) อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมก ข้อขัดตึงส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวันที่ยากลำบากมากยิ่งขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

3.1.7 ความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งในการดูแลป้องกันตนเองจากโรค และการรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเพื่อชะลอความรุนแรงของอาการ และทำให้ตนเองสามารถอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้ จากการศึกษาของ ธिरาวรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.14$, $SD = .75$) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกลวิธีการจัดการกับอาการที่จะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดผลลัพธ์ในทางลบในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงให้ช้าที่สุด (Dodd et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดี ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และผ่านการคิดวิเคราะห์หาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการอยู่เสมอหากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีจะช่วยชะลอความรุนแรงของโรค ชะลอความเสื่อมของข้อเข่าที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีตามมา

3.1.8 ดัชนีมวลกาย คือ ค่าน้ำหนักเป็นกิโลกรัม/เมตร² เป็นตัวเลขที่บอกถึงความผอมหรือความอ้วนของร่างกาย จากการศึกษาของ อธิววรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.18$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ดัชนีมวลกายมากจะเพิ่มความรุนแรงและการดำเนินของโรคให้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวลำบาก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

3.2 ปัจจัยทางด้านใจ

3.2.1 ภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดจากการสูญเสียทางด้านอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงถึงความเศร้า หดหวัง หดกำลังใจ จากการศึกษาของ อธิววรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$) หมายความว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตในระดับสูง หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หดหวัง ขาดความสนใจสิ่งต่างๆรอบตัว ทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง เมื่อขาดความสามารถในการดูแลตนเองก็จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่อาจเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

3.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด จากการศึกษาของ Ericsson, Ringsberg, & Dahlberg (2009) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ($r = .85$, $p < 0.001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น

3.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3.3.1 การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมถึงความสัมพันธ์และสัมพันธภาพในสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองของความ ต้องการ จากการศึกษาของ อีราวรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36$) ซึ่งอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพทางสังคมที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้รับ ด้านข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเอง ด้านความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัสดุสิ่งของ ด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความต้องการทางด้านอารมณ์ และด้านการได้รับการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

3.3.2 ระดับการศึกษา คือ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม นับตั้งแต่ระดับประถมศึกษา ถึงระดับการศึกษาสูงสุด จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรรณ (2540) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.41$) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการศึกษาสูง จะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษารวมทั้งการปฏิบัติตัวต่างๆ ตามแผนการรักษาที่เหมาะสม ทำให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้นย่อมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3.3 รายได้ คือ เงินโดยประมาณของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับในแต่ละเดือน จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรรณ (2540) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.60$) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสจะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิต เช่น มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า และได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

จากปัจจัยดังกล่าวจะพบว่า ปัจจัยทางด้านร่างกายมีทั้งแก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถจัดกระทำและปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง ($r = .85, p < 0.001$) เพราะถ้าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเองในการที่จะดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ามีประสิทธิผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ลดอาการปวดข้อ

เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัย โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ (ยูพิน โกรินทร์, 2536) อายุ(ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2540) และ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Abd Elstaar et al., 2016) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพและดำรงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ดี(Damush, Wu, Bair, Sutherland, & Kroenke, 2008) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) เป็นมโนทัศน์หนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ชาวแคนาดาชื่อ Albert Bandura อันประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ 1) แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) 2) แนวคิดการกำกับตัวเอง (Self-regulation) และ 3) แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) สมมติฐานของทฤษฎี คือ เมื่อบุคคลสามารถรับรู้หรือเชื่อในความสามารถของตนเองโดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น (Bandura, 1977)

4.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ให้ความหมายของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่า เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกำหนดระดับของผลงานที่ตนเองต้องการ และสามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งที่มากระทบกับชีวิตของตนเองได้ เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองในการประกอบกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ จากการผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive behavior) และพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล (Internal personal factor) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factor) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment factor) ปฏิสัมพันธ์นี้จะเกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามความเป็นเหตุและผล

Duane P. Schultz and Schultz. (1998) ให้ความหมายของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเขามีศักยภาพเพียงพอ และมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาในชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Stajkovic and Luthans (1998) ให้ความหมายของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่าเป็นความมั่นใจส่วนบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการรวบรวมแรงจูงใจ แหล่งข้อมูลความรู้และลักษณะการกระทำ ที่จำเป็น เพื่อทำ ให้งานเฉพาะนั้นประสบความสำเร็จภายใต้สภาพแวดล้อมที่กำหนด

Maddux (2002) ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่าเป็นสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าสามารถทำได้ด้วยทักษะที่ตนเองมี และอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่แน่นอน

Porter, Bigley, and Steers (2003) ให้ความหมายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อ หรือ ความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจงภายใต้ภาวะแวดล้อมที่กำหนด

Mcshane and Von Glinow (2003) ให้ความหมายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถ มีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆให้บรรลุผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนข้างต้น สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลกระทำได้ในระดับใด และมีวินัยในตนเองที่จะทำให้เป้าหมายที่กำหนดประสบความสำเร็จ มีความพยายามมุ่งมั่นไม่ยอมแพ้ต่อปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น

4.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับมิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับมิติ 3 มิติ ดังนี้

4.2.1 มิติตามขนาด (Magnitude) หรือตามระดับ (level) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกมาในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบกับความล้มเหลวได้

4.2.2 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ประสบการณ์บางอย่างที่ก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่นในสภาพที่คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่นำความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองไปใช้ในสถานการณ์อื่น

4.2.3 มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้น มีความเข้มข้นน้อย คือ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองลดลง แต่หากมี

ความเข้มข้นของความคาดหวังมาก หรือ มีความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความพยายามมาก แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม

4.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไว้ 4 แหล่ง ดังนี้

4.3.1 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป แบนดูรา กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงใจนั้นจะไม่ค่อยได้ผลดีนัก การที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการกระทำให้บุคคลได้ประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ เสริมสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมด้วย ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง

4.3.2 การได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น (Vicarious Experiences) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าผู้สังเกตสามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะกระทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่ลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2) ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือ นวนิยาย เป็นต้น

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura(1986) ได้กล่าวว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้จากการสังเกตได้หากไม่มีความตั้งใจ องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบ ตัวแบบต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกต้องไม่ซับซ้อนมาก ง่ายต่อการเข้าใจ องค์ประกอบของผู้สังเกตในความสามารถการรับรู้ การเห็น การได้ยิน การรับรส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ทางปัญญา ระดับการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อน

2. กระบวนการเก็บจำ (retention processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบ ถ้าเขาไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็น

รูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งแน่นอนที่จะส่งผลต่อกระบวนการเก็บจำ คือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้จำง่ายแก่การจำ การจัดระบบ โครงสร้างทางปัญญาการชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักซ้อมการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตอีกด้วย

3. กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกต การกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและเปรียบเทียบกับสัญลักษณ์ที่เก็บมา จะทำให้ผู้สังเกตปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเลียนแบบนั้นจนพอใจ

4. กระบวนการจูงใจ (motivation processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุม เหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเองซึ่งอาจเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินตนเอง นอกจากนี้ในแง่ของผู้สังเกตนั้น ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคม และมาตรฐานภายในของตนเอง

4.3.3 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำได้ ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับ การฝึกอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่กลับจะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

4.3.4 การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านร่างกายเป็นการตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกมา เมื่อเผชิญกับความเครียดและภาวะคุกคามในภาวะที่ร่างกายแข็งแรง ทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ในทางตรงกันข้าม หากร่างกายเจ็บป่วย เหนื่อยล้า บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ทางด้านอารมณ์เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ เช่น การตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก ความพึงพอใจมีความสุข ทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง บุคคลต้องมีภาวะสุขภาพที่ปกติ นอกจากนี้ Bandura (1997) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลจากการเสริมแรงจากภายนอกอย่างเดียว

ขึ้นอยู่กับ การควบคุมความรู้สึก ความคิด และการกระทำของตนเอง เรียกว่า การกำกับตัวเอง (Self-regulation) เช่น การทำบันทึกพฤติกรรมของตนเอง

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายและเป็นกลยุทธิ์ที่สำคัญ ที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเข้าใจของบุคคล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะใช้เวลาพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้ภาวะความเสื่อมของโรค เกิดความพึงพอใจในตนเองและให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4.4 การประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง

4.4.1 การประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง

เป็นการตีความของบุคคลที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ภายใต้สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura (1997) กล่าวว่า ควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคต่อการกระทำ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 อย่าง คือ

4.4.1.1. การวัดโดยการประเมินความเชื่อมั่นว่า บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้สำเร็จหรือไม่

4.4.1.2. การวัดโดยการประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ควรสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่น 3 มิติ คือ ความเชื่อมั่นในความเข้มแข็งหรือกำลังความสามารถของบุคคลนั้น (Strength) การรับรู้ความยากง่ายของพฤติกรรมนั้น (Magnitude) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น

4.4.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.4.2.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้เป็นข้อเข่าเสื่อม ของ จารุณี นันทวโนทยาน (2539) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ มีทั้งข้อความที่เป็นบวกและเป็นลบ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า ผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .75

4.4.2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ของนัยนา สังคม (2551) ที่ประยุกต์แบบวัดของ ทักษิณี รวีวรกุล และคณะ (2550) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .89 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .91 มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4.4.2.3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สุมาลี เชื้อพันธ์ (2553) เป็นการวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะดูแลเท้าในเรื่องการรักษาความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการบริหารเท้า ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Visual Analogue Scale ในแนวนอนซึ่งเป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร(0 = ไม่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า 10 = มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าสูงมากที่สุด) ได้ผ่านการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ มาแล้วมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 และ.95 ตามลำดับ

4.4.2.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ของ โสพิศ สุมานิต และคณะ (2554) ที่ประยุกต์ใช้จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่สร้างโดย Kuntaros, Wichiencharoen, Prasopkittikun, and Staworn (2007) ค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ .90 และ .96 ตามลำดับ

4.4.2.5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของธิรานี โหมขุนทด (2551) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามของ Tantayothin (2004) มีทั้งหมด 18 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .86

4.4.2.6 The SCI Exercise Self-Efficacy Scale (ESES) เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง พัฒนาโดย Kroll, Kehn, Ho, and Groah (2007) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 368 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก เท่ากับ .92

4.4.2.7 The Knee Self-Efficacy Scale (K-SES) เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่า สร้างขึ้นโดยThomeé et al. (2006) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .75 ซึ่งได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาเอ็นไขว้หน้าขาต จำนวน 18 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .94

4.4.2.8 Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบโดยเฉพาะ Brady (2011)สร้างขึ้นตามแนวคิดรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .90

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ของ นัยนา สังคม (2551) ซึ่งมีความเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุระหว่าง 18-59 ปี ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินนี้เนื่องจาก เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ และเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย

5. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

5.1 ความหมาย

ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย (2554) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง การฟื้นฟูสภาพข้อเข่าโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อเข่าในชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงคนปกติที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีเป้าหมายย่อยดังต่อไปนี้ คือ ข้อเข่าต้องไม่ติด กล้ามเนื้อรอบข้อเข่ามีกำลังในการใช้งาน สามารถยืนเดินได้อย่างมั่นคง ไม่หกล้ม ทำกิจกรรมสันทนาการได้ตามความเหมาะสม

กิริติ เจริญชลาวิช (2559) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง การแก้ไขความพิการหรือความจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งการงานอาชีพ ลดอาการปวด และอาการข้อฝืดตึง ยืด ให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด รวมถึงการปรับสภาพจิตใจและสังคมให้เข้ากับระดับความรุนแรงของโรคหมายรวมถึงระดับคุณภาพชีวิตที่พึงมี

Olivier Bruyère et al. (2010) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง การฟื้นฟูให้ข้อเข่ากลับมาทำงานได้ปกติ และให้ข้อเข่ากลับมาสภาพดีอีกครั้ง

Nguyen et al. (2016) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง การแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและฟื้นฟูเพื่อให้สมรรถภาพการทำงานของข้อเข่าสามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ

Bennell, Hall, and Hinman (2016) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง การฟื้นฟูสภาพข้อเข่าและแก้ไขความพิการหรือความจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานข้อเข่าในชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงคนปกติที่สุด

Todd P Stitik (2017) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง ฟื้นฟูข้อเข่าเพื่อให้สมรรถภาพการทำงานของข้อเข่าสามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ซึ่งมีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยม คือ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา

จากความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า หมายถึง การฟื้นฟูสภาพข้อเข่าให้สามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติภายใต้ภาวะความเสี่ยงของโรค ลดอาการปวด และอาการข้อฝืดตึง ยืด ให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.2 ประเภทของการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

5.2.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกรายควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคในด้านต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สมควรที่ผู้ป่วยต้องรู้เพื่อการดูแลตนเองในระยะยาวได้อย่างถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้ วัตถุประสงค์ในการรักษา ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีในการดำรงชีวิตเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันโดยมีแรงกระทำต่อข้อเข่าน้อยที่สุด เช่นการลดน้ำหนักสำหรับคนที่มีน้ำหนักเกินและการประกอบอาชีพหรืองานอดิเรกโดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการประกอบกิจกรรมประจำวันให้เหมาะสมกับโรค เช่น เลี่ยงการงอเข่า คุกเข่า ชัดสมาธิ หรือนั่งยองๆ การขึ้นลงบันไดกระทำได้เท่าที่จำเป็น การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องนั้นจะช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่าที่มากเกินไปจนความจำเป็น เป็นการช่วยถนอมข้อเข่า จึงแนะนำให้หลีกเลี่ยง ลดกิจกรรมที่นั่งกับพื้น แนะนำให้นั่งเก้าอี้ และนอนบนเตียง ลดการงอข้อเข่าที่ไม่จำเป็น(กิริติ เจริญชลวานิช, 2559) จากการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจะลดอาการปวดของผู้ป่วย

5.2.2 การบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ

การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps muscle) อย่างสม่ำเสมอเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ quadriceps อีกทั้งเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อเข่า รวมทั้งการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนที่มีแรงกระแทกต่ำ (low impact aerobic exercise) เพื่อป้องกันอันตรายต่อข้อเข่า มีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อันได้แก่ การเดิน การปั่น

จักรยาน การออกกำลังในน้ำ การออกกำลังกายทั้งสามชนิดนี้ นอกจากทำให้กล้ามเนื้อ quadriceps และกล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง ยังช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่าน้อยลงจะช่วยชะลอความเสื่อม เหมือนยืดอายุการใช้งานข้อเข่า การออกกำลังกายหรือการบริหารกล้ามเนื้อนี้เป็นวิธีที่ได้รับการรับรองจากนานาชาติว่ามีประโยชน์และแนะนำให้ทำในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม(กิริติ เจริญชลาวิช, 2559) Tunay, Baltaci, and Atay (2010) ศึกษาการเปรียบเทียบการออกกำลังกายที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน สรุปว่าทั้งสองวิธีให้ประโยชน์ไม่แตกต่างกัน ในด้านการลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข่าได้ โดยให้ทำ 5 วันต่อสัปดาห์ต่อเนื่อง นาน 6 สัปดาห์ งานวิจัยนี้สนับสนุนรูปแบบการบริหารกล้ามเนื้อและการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ที่สามารถทำที่บ้านได้เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย ให้สามารถปฏิบัติได้จริง



ภาพที่ 1 แสดงการบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง
และความทนทานของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps muscle)
(กิริติ เจริญชลาวิช, 2559)

5.2.3 การลดหรือควบคุมน้ำหนักตัว

จะได้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักตัวมาก คือ ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (กก./ม.²) ผู้ป่วยควรได้รับการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการลดน้ำหนักว่าจะเกิดผลดีต่อข้อเข่าอย่างมาก ช่วยลดอาการปวดข้อเข่า เนื่องจากข้อเข่าลดน้ำหนักประมาณ 2 ถึง 3 เท่าของน้ำหนักตัวในทุกอริยาบถ มีหลายงานวิจัยที่ศึกษาว่าการลดน้ำหนักร่วมกับการออกกำลังกายที่ทำต่อเนื่องนาน 6 เดือน สามารถลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพข้อเข่าได้ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2559) ได้มีการศึกษาทำกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีปัญหาน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 83 ราย โดยทำกิจกรรมหลัก 3 ด้าน คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งานข้อเข่าในชีวิตประจำวัน สอนการคำนวณพลังงานอาหารจากอาหารแลกเปลี่ยน และออกกำลังกายกล้ามเนื้อ quadriceps นาน 2 เดือน ติดตามต่อเนื่องที่ 3 เดือน พบว่า เมื่อสิ้นสุดการเข้ากลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น คะแนนความเจ็บปวดและน้ำหนักตัวลดลง

5.2.4 การใช้ความร้อนและความเย็นบำบัด

การใช้ความร้อนบำบัดมีทั้งความร้อนต้น และความร้อนลึก ตัวอย่างความร้อนต้น ได้แก่ กระจกเป่าร้อน กระจกเป่าไฟฟ้า ขวดใส่น้ำร้อน การอาบน้ำอุ่น หรือการแช่ในอ่างน้ำวนที่มีเครื่องทำความร้อน วิธีการเหล่านี้ล้วนเป็นการช่วยคลายกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวด ลดการอักเสบ ส่วนการใช้ความร้อนลึกนั้นสามารถผ่านได้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อส่วนลึก เอ็นภายในข้อ ถุงหุ้มข้อ มีงานวิจัยที่ศึกษาประโยชน์ของความร้อนลึกใน 2 รูปแบบ คือ การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) และอุณหรั้งสีบำบัด (short wave diathermy, SWD) ซึ่งเป็นคลื่นเสียงและคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปลี่ยนรูปเป็นพลังงานความร้อนในชั้นเนื้อเยื่อส่วนลึก(กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

การใช้ความเย็นบำบัดรักษาอาการ(cryotherapy) ได้แก่ การประคบเย็น หรือการนวดด้วยน้ำแข็ง อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัตินั้นแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูนิยมเลือกใช้ความร้อนในการบำบัดมากกว่าการใช้ความเย็น เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง การใช้ความร้อนจึงอาจจะมีเหมาะสมมากกว่า(กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

5.2.5 การใช้อุปกรณ์พยุงข้อเข่า

การใช้อุปกรณ์พยุงเข่า (knee brace) แนะนำให้ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีพยาธิสภาพหรือความผิดปกติของข้อเข่าเพียงด้านในหรือด้านนอกเพียงด้านเดียวเท่านั้น พบลักษณะข้อเข่าผิดปกติที่ยังไม่ถึงระดับรุนแรง ซึ่งความผิดปกตินี้ส่งผลให้ข้อเข่าเสถียรในการใช้งาน ประโยชน์ของอุปกรณ์พยุงเข่า คือ ช่วยลดอาการปวด เพิ่มความมั่นคงให้ข้อเข่า และลดความเสี่ยงของการหกล้ม อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้อุปกรณ์พยุงเข่าที่เป็นประโยชน์ต้องเป็นชนิดมีแกนแข็งด้านข้าง ไม่แนะนำการใช้ถุงสวมเข่าหรือผ้ายัดพันเข่า และการใช้อุปกรณ์พยุงข้อเข่าเป็น 1 ใน 12 คำแนะนำของ OARIS ปี ค.ศ. 2008 (Zhang et al., 2008)

5.2.6 การเสริมลิ่มรองเท้าทางด้านนอก

คำแนะนำในการใช้การเสริมลิ่มรองเท้าทางด้านนอก (lateral wedge insoles, LWI) ของ OARIS ปี ค.ศ. 2008 (Zhang et al., 2008) นั้น แนะนำว่าได้ประโยชน์ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม บางรายที่มีพยาธิสภาพของส่วนก้นแยกข้อเข่าทางด้านใน (medial compartment) ซึ่งเป็นที่ยอมรับ จาก 12 ใน 13 แนวปฏิบัติ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

5.2.7 การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walking aids) ที่เหมาะสม เช่น ไม้เท้าหรือคอกช่วยเดิน (walker) สามารถลดแรงกระทำต่อข้อเข่า เสริมความมั่นคงขณะเดินและลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเหล่านี้ อาจเกิดความไม่สะดวกในการใช้ จึงแนะนำให้ใช้เฉพาะกรณีที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากทุกครั้งที่มีการลงน้ำหนัก ทำให้การยืน เดิน หรือขึ้นลงบันไดมีความลำบากสูญเสียความมั่นคงในการเดิน ซึ่งอาจทำให้หกล้มได้ง่าย ผู้ป่วยประเภทนี้จึงได้ประโยชน์จากการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นอย่างมาก แพทย์ควรแนะนำการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยถือไม้เท้าด้วยมือด้านตรงข้ามกับข้อเข่าที่ปวด หรือในกรณีที่มีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง อาจพิจารณาเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินแทน(กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

5.2.8 การฝังเข็ม

จาก systematic review ของ Selfe and Taylor (2008) ได้รวบรวม 10 งานวิจัย คุณภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 1,456 คน พบว่าการฝังเข็มมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดและแก้ไขการทำงานข้อเข่าที่ผิดปกติได้ ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้การฝังเข็มเป็นการรักษา ร่วมในการบำบัดอาการในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีหลักฐานที่พบว่าการฝังเข็ม จะช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด หรือกระตุ้นการหลั่งสารยับยั้งอาการปวดได้ก็ตาม การฝังเข็มเป็นเพียง การบรรเทาอาการปวดเท่านั้น ไม่ได้มีผลในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของข้อเข่า นั้นหมายถึงการ ดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมยังคงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง(กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ามีหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นวิธีการไม่ใช้ยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลด อาการปวดเพิ่มสมรรถภาพการใช้งานข้อเข่า ไม่ว่าจะเป็นการยืน เดิน หรือการเคลื่อนย้ายตนเอง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพที่ดี มีความสุขสมควรแก่อัตภาพ โดยวิธีการต่างๆเหล่านี้ อาจมี ข้อจำกัดบ้างในด้านหลักฐานทางการแพทย์ บางวิธีจึงเป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การเลือกใช้ วิธีการใดนั้น ขึ้นกับความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา แต่ข้อแนะนำที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน ว่ามีประโยชน์ คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรง รวมทั้งควบคุมน้ำหนักตัวใน ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ผู้รักษาควรเน้นถึงความสำคัญของวิธีการต่างๆเหล่านี้ เพื่อความร่วมมือที่ดี และ ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม(กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) ซึ่งมีจำนวนท่าบริหาร 7 ท่า ดังนี้ ท่าที่ 1 นอนหงาย งอเข่าเข้าหาลำตัวเท่าที่ทำได้ แล้วเหยียดขาออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 2 นั่งเหยียดขา วางเท้าข้างหนึ่งบนหมอน เหยียดขาให้ตั้งเข่าตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 3 นอนหงาย ใช้หมอนใบเล็กหนุนใต้เข่า ให้งอเข่าเล็กน้อย ค่อยๆเกร็งให้เข่าเหยียดตรง ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 4 นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ค่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา แล้วยกขาขึ้นจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 5 นอนคว่ำ งอขาข้างหนึ่ง สูงจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ ท่าที่ 6 นอนคว่ำ งอเข่าเข้าหาลำตัว เท่าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้ว สลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ และท่าที่ 7 นั่งเก้าอี้ และพิงพนักเก้าอี้ เหยียดขาข้างหนึ่งออกให้ตรง พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา เป็นแนวทางในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีประสิทธิภาพทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ลดอาการปวดเข่า เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น อีกทั้งยังทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อยและปลอดภัย (Nguyen et al., 2016)

6. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นบทบาทหนึ่งในการพยาบาลที่มีความสำคัญ และมีความสอดคล้องกับประเด็นหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพปี 2010 หรือ Healthy People 2010 ที่ระบุว่าโรคข้ออักเสบ (arthritis) เป็นหนึ่งในประเด็นหลักจาก 28 ประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยได้น้อมนำหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงเกิดภูมิคุ้มกัน และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุล ที่ได้มุ่งเน้นให้จัดระบบสุขภาพ พอเพียง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และเน้นให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) อันเป็นแนวทางที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีประสิทธิภาพ และเกิด

เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ดังนั้น พยาบาลควรมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดภาวะทุพพลภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (ธนาภา ฤทธิวงษ์, 2553) ดังนี้

6.1 การให้สุขศึกษา (health education) เป็นการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนอิริยาบถและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน การควบคุมน้ำหนักตัว การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา การรับประทานยาบรรเทาอาการปวด เนื่องจากยาบรรเทาอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ผลดีในการรักษาแต่มีผลข้างเคียงหลายอย่าง เช่น การระคายเคืองกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดจุกแสบท้อง และถ่ายดำ ดังนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาพร้อมกับอาหารและสังเกตอาการดังกล่าว การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น และการไปตรวจตามนัด

6.2 การให้การพยาบาล (nursing care) พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วยมิติทั้ง 4 เนื่องจากการมีสุขภาพดีนอกจากจะมีร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแล้วยังต้องมีมิติทางจิตวิญญาณด้วย โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การดูแลทางด้านจิตวิญญาณจะมีความสำคัญยิ่ง ในการทำให้เกิดความหวังมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเข้มแข็ง และลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการต้องเป็นภาระของผู้อื่นการเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก โดยการพยาบาล เช่น การให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม การเป็นสมาชิกของชมรม มีการพบปะพูดคุยกับคนในวัยเดียวกันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม การเสนอแนวทางการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เป็นต้น

6.3 การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ ดังนั้นพยาบาลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี เสนอทางเลือกให้กับผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความรุนแรงจากโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานานพยาบาลควรใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพได้เป็นผลสำเร็จ

6.4 การทำวิจัย (research) เป็นการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องมีความสามารถในการสืบค้นผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้หลักฐานที่มีความเป็นปัจจุบันมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้มีประสบการณ์ได้มีส่วนร่วมและนำแนวทางนั้นมาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ทางการพยาบาล

6.5 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocator) พยาบาลต้องเป็นผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยทั้งการให้การพยาบาลแบบองค์รวมและคำนึงถึงผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยให้ได้รับการบริการอย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน ให้ทราบถึงแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ เช่น แหล่งความรู้ทางกายภาพบำบัด โรคข้อข้อ และข้อมูลด้านสุขภาพอื่น ๆ โดยแหล่งความรู้ดังกล่าว เช่น สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมรูมาติซึมแห่งประเทศไทย เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน (มณฑลนา วงศ์ศิริวรรณ, 2550) เพื่อให้ผู้ป่วยขอรับข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

6.6 เป็นผู้ให้การสนับสนุน (supportor) เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของข้อเข่าและเพิ่มคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ บังเอิญ แพร่งสกุล (2549) พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้น พยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุตรหลานหรือญาติกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การให้ญาติเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย เพื่อเป็นการกระตุ้นและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้เองตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ที่ได้มุ่งเน้นให้จัดระบบสุขภาพ พอเพียง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และเน้นให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเพื่อป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถปรับตัวต่อสภาวะของโรค แสดงออกถึงความรู้สึก และให้ความสนใจ มีความเชื่อมั่นใน

ตนเอง เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง สามารถมีพฤติกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง อาการปวดเข่าลดลง สามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้นและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความมีความสุขในชีวิต ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

7. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ขั้นตอนการทำกิจกรรมได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา โดยผู้วิจัยนำแหล่งข้อมูลอิทธิพลทั้ง 4 แหล่งมาสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) และการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ประยุกต์กิจกรรมตามทฤษฎีของ Bandura (1997)

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม (ใช้เวลาประมาณ 50 นาที)	
<p>1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมเกิดการเรียนรู้ เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาให้ประสบผลสำเร็จได้ ร่วมกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อโรคข้อเท้าเสื่อมได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น</p>	<p>โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และวิธีการแก้ไขปัญหา ระหว่างทำกิจกรรมผู้วิจัยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกต อันจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบตามตัวแบบ มีความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
<p>3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็สามารถกระทำได้สำเร็จ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ</p>
<p>4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้อยู่ในระดับเหมาะสม</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ผู้วิจัยสอนตามแผนการสอนการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และให้ผู้ป่วยสาธิตกลับภายหลังจากดูวิดีโอ โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ทีละท่าจนครบ 7 ท่า หากผู้ป่วยไม่เข้าใจและทำไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนและสาธิตให้ดูใหม่อีกครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) มีจำนวนท่าบริหาร 7 ท่า ดังรายละเอียดในสมุดคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในหน้าที่ 14 -20 และแนะนำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่บ้านทุกวัน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ซักถามข้อมูล และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมและออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวันเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดของแพทย์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมายในสัปดาห์ที่ 6 และแจ้งว่าจะมีการโทรติดตามเยี่ยม ในสัปดาห์ที่ 3 และ 5</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

<p>วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>	<p>แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>
<p>สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมรายบุคคล</p>	
<p>2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกต อันจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>
<p>3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็ยังสามารถกระทำได้สำเร็จ</p>	<p>ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในสัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ</p>
<p>4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 7 ท่า ที่บ้านทุกวัน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ลำดับที่ 3 กิจกรรมรายบุคคล	
<p>1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดการเรียนรู้ และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาให้ประสบผลสำเร็จได้</p>	<p>ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม ทบทวนความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และพูดถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกต อันจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>
<p>3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็ยังสามารถกระทำสำเร็จ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

<p>วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>	<p>แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>
<p>4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 7 ท่า ที่บ้านทุกวัน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน และในสัปดาห์ที่ 3 นี้ โทรศัพทติดตาม 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และกล่าวส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้อย่างต่อเนื่อง</p>
<p>สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมรายบุคคล</p>	
<p>2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกต อันจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>
<p>3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็ยังสามารถกระทำได้สำเร็จ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นี้ถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในสัปดาห์ที่ผ่านมาแล้ว ประสบผลสำเร็จ สามารถทำได้</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

<p>วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>	<p>แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>
<p>4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 7 ท่า ที่บ้านทุกวัน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ</p>
<p>สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมรายบุคคล</p>	
<p>1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดการเรียนรู้ และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาให้ประสบผลสำเร็จได้</p>	<p>ในสัปดาห์ที่ 5 นี้ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามทบทวนความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และพูดถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกต อันจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
<p>3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็สามารถกระทำได้สำเร็จ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในสัปดาห์ที่ผ่านมาแล้ว ประสบผลสำเร็จ สามารถทำได้</p>
<p>4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 7 ท่า ที่บ้านทุกวัน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน และในสัปดาห์นี้ โทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และกล่าวส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้อย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>
สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรายบุคคล	
<p>2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกต อันจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

<p>วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>	<p>แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน</p>
<p>3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็สามารถกระทำสำเร็จ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในสัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จสามารถทำได้</p>
<p>4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา</p>	<p>ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 7 ท่า ที่บ้านทุกวัน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน และในสัปดาห์ที่ 6 นี้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก</p> <p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรม ชมเชยและกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความตั้งใจ ที่จะปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างต่อเนื่อง และยุติการเข้าร่วมวิจัย</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะใช้เวลาพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้ภาวะความเสื่อมของโรค เกิดความพึงพอใจในตนเอง และให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ยุพิน โกรินทร์ (2536) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างเพศหญิงและเพศชายจำนวน 100 คน ผลวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.11$) ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.74$) และสภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .43$) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .41$) และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .60$) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.68$) และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.89$)

วิภา งามสุทธิกุล (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป และศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้ป่วยโรคกระดูกอื่นที่มารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าผู้ป่วยโรคกระดูกอื่น ร้อยละ 28.2 โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการรุนแรงและมีอาการรุนแรงปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการของโรคน้อย ร้อยละ 47.8 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ

สกวรัตน์ ศุภสาร (2549) ศึกษาเชิงคุณภาพประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนดงน้อยอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและ การบันทึกภาคสนาม พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อม

เป็นโรคที่เจ็บปวดทรมาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และเป็นโรคของเวรกรรม ปัญหาหลักที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมต้องเผชิญจะมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ทำให้สมรรถภาพทางกายลดลงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ 2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ และหมดกำลังใจ 3) ด้านครอบครัว ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้เป็นภาระของครอบครัว และ 4) ด้านสังคม การเข้าสังคม ลดลงและไม่กล้าเข้าสังคม ปัญหาเสริมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีการรักษาต่อเนื่อง แต่มีภาระหน้าที่ต้องดูแลผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 2) ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังไม่มีผู้ดูแล จึงได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง สำหรับวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดของข้อเข่า คือ 1) การใช้ยาและ 2) ไม่ใช้ยา โดยการเปลี่ยนอิริยาบถขยับแขนขาไปมา การเบี่ยงเบนความสนใจโดยรับประทานหมาก หรือการอดทนรอให้ทุเลาไปเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการตั้งความคาดหวังเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมคือ 1) ต้องการให้อาการปวดของข้อเข่าลดลง และลดการรับประทานยาแก้ปวด 2) ต้องการมีรายได้เพื่อที่จะช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่ครอบครัว และ 3) ต้องการกลับเข้าสู่สังคม และหลังจากที่ผู้ป่วยมีความรู้และดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด พบว่าผลที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย มีอาการปวดเข่าลดลง และลดการรับประทานยาแก้ปวด ด้านจิตใจมีกำลังใจและมีความสุข ด้านครอบครัวเริ่มรับจ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ และมีรายได้เพิ่มขึ้น และด้านสังคม มีการเข้าวัดทำบุญกับเพื่อนบ้านได้เหมือนเดิม นอกจากนี้จะต้องให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมแล้ว ยังต้องขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา และบริบททางสังคมของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมแต่ละรายอีกด้วย

ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง (2553) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า อายุ ดัชนีมวลกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X} = 2.74$, $SD = .50$) ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .30$ และ $.36$ ตามลำดับ) อาการปวดเข่า ความรุนแรงของโรค และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.33$, $-.34$, และ $-.18$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.65$) อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.06$)

วาสนา กรุดไทย (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 137 คน ที่มารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (Quality of Life Index Arthritis Version-III) ของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1998) ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.43 (SD = 20.30) ความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.61 (SD = 12.76) และ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.21 (SD = 3.16) และ ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนครั้งที่รักษา ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม และความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.565, p < .001$) โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 28.3 โดยความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายคุณภาพชีวิต

Jakobsson and Hallberg (2006) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความปวดมากกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้เป็นข้อเข่าเสื่อม ซึ่งความแตกต่างในด้านความปวดส่งผลต่ออุปสรรคในการเดินในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม และในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบประเมิน SF-12 พบว่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่พบว่ามีแตกต่างกัน

Erbahceci and Dursun (2008) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำนวน 118 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 59 คน และกลุ่มควบคุม 59 คน แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

Yilmaz et al. (2013) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านต่อความปวด การเคลื่อนไหวข้อและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุ 40-65 ปี จำนวน 52 คน โดยศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วย การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ Quadriceps และกล้ามเนื้อ Hamstrings แบบชนิด isometric และ ชนิด Isotonic เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบประเมิน VAS, WOMAC, LSI, SF-36 ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ ความปวด การเคลื่อนไหวข้อและ

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดลดลง การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น

Abd Elstaar et al. (2016) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 116 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.1 และเป็นเพศชาย 25.9 อายุเฉลี่ย 51.37 ปี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของ OAKHQOL พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=-.72$)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

บังเอิญ แพร่รุ่งสกุล (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทัศนีย์ รวีวรกุล และคณะ (2550) ศึกษาการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อการออกกำลังกายในชุมชนของผู้หญิงไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีตัวแปรที่ศึกษาแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ความรุนแรงของอาการปวดเข่าและสมรรถภาพทางกาย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 และมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความปลอดภัยกับข้อเข่าและสภาพร่างกาย

นัยนา สังคม (2551) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้พัฒนาจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความรุนแรงของอาการของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และภาวะสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน กลุ่มละ 17 ราย และ 20 ราย ตามลำดับ เก็บข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และมีน้ำหนักตัวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .043$

Marks (2001) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเข้าใจของบุคคล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ผลลัพธ์ของกิจกรรมคือ การลดอาการปวด การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย

Shin, Hur, Pender, Jang, and Kim (2006) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย และข้อตกลงในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และโรคกระดูกพรุนของผู้หญิงชาวเกาหลี พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย และความมั่นใจในการออกกำลังกาย มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนและโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อความมั่นใจในการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 27 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 53

Pells et al. (2008) ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารต่ออาการปวด ความสามารถในการเคลื่อนไหวและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่าง 174 คน มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25 – 42 กิโลกรัม/เมตร² ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าในการทำกิจกรรมดีขึ้น และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดีขึ้น ซึ่งพบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารเป็นประโยชน์มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

ชฎิล สมรภูมิ (2543) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม ด้วยการฝึกกลุ่มทดลองออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาด้วยวิธีอย่างง่าย โดยค่อยๆเพิ่มแรงต้านของน้ำหนักที่ยกตามความแข็งแรง และกลุ่มควบคุมที่ออกกำลังกายโดยไม่ใช้แรงต้านของกล้ามเนื้อต้นขาที่เพิ่มขึ้นเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และฝึกที่บ้านอีก 2 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความ

แตกต่างกันของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา แต่การออกกำลังกายมีผลช่วยลดอาการปวดข้อเข่า และประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกของการฝึก และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาเพิ่มขึ้นตั้งแต่สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ของการฝึก

วิลโล คูปต์นิตติศัยกุล และคณะ (2545) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการบริหารข้อเข่า เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และติดตามผลของการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า (Quadriceps exercise) การรู้จักป้องกันและการใช้งานข้อเข่า พบว่ากลุ่มที่บริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 2 เดือน ทำให้กำลังกล้ามเนื้อข้อเข่าแข็งแรงขึ้นและสามารถเดินได้ไกลขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าไม่คงการบริหารไว้อย่างต่อเนื่อง กำลังและความสามารถของกล้ามเนื้อข้อเข่าจะถดถอยลง

สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัย จำนวน 60 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา จำนวน 30 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้ง 3 ช่วงเวลา

สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยขจรโรจน์ (2551) ศึกษาผลลัพธ์การออกกำลังกายที่บ้านของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลัง ได้รับโปรแกรมประเมินโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านต่อความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความมั่นใจในความสามารถของตนเองการปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรง ของโรคข้อเข่าเสื่อม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ความปวด อาการข้อฝืด/ขัดข้อจำกัดความสามารถทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่า) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 104 ราย กลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับโปรแกรม การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 3 ครั้ง และโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ด้วยตนเองที่บ้าน โดยปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมในสัปดาห์ ที่ 2 , 8 และ 12 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และผลลัพธ์ด้าน สุขภาพดีขึ้น

ชยรัตน์ ฤกษ์ห่วย (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออกกำลังกาย ต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออกกำลังกาย ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Wang et al. (2011) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 84 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ออกกำลังกายบนบก กลุ่มที่ออกกำลังกายในน้ำ และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มที่ออกกำลังกายให้ทำครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 12 ชั่วโมง (รวม 36 ครั้ง) ผลคือการออกกำลังกายบนบกและในน้ำ สามารถลดอาการปวด เพิ่มพิสัยการขยับข้อเข่า เพิ่มระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

Tanaka, Ozawa, Kito, and Moriyama (2013) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักมาถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่า การเสริมสร้างกล้ามเนื้อการออกกำลังกายที่มีหรือไม่มีการแบกน้ำหนักและการออกกำลังกายแอโรบิก เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการออกกำลังกายในระยะสั้นซึ่งการออกกำลังกายโดยวิธีที่ไม่มีการแบกน้ำหนักมีประสิทธิภาพดีที่สุดใน 3 วิธีในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

Anwer and Alghadir (2014) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อคอวอไตรเซ็ปต์ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า กล้ามเนื้อกล้ามเนื้อคอวอไตรเซ็ปต์มีความแข็งแรงมากขึ้น อาการปวดลดลงและความสามารถในการใช้งานของข้อเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการรักษาแบบไม่ใช้ยามากกว่าการรักษาแบบใช้ยาการรักษาแบบไม่ใช้ยามีด้วยกันหลายวิธี เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา การควบคุม น้ำหนักตัวการปรับท่าทางในการทำกิจกรรม การรักษาโดยวิธีทางกายภาพบำบัดด้วยวิธีต่างๆ เป็นต้น โดยให้ความสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือชะลอความเสื่อมของข้อเข่าได้ ลดความรุนแรงของโรค สามารถลดค่าใช้จ่ายและภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในการวิจัยครั้งนี้เป็นท่าการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Quadriceps และสามารถทำได้ง่าย สะดวก มีค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาสูง และความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับความรุนแรงของโรคเล็กน้อยถึงปานกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Bandura, 1997)

1) การใช้คำพูดชักจูง

- ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ตามแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
- พูดชักจูงและให้กำลังใจขณะเข้าร่วมกิจกรรม

2) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น

- ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

3) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง

- ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ

4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์

- ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา
- สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติกิจกรรม
- ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่บ้าน

คุณภาพชีวิต

(Ferrans &

Powers, 1998)

ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลัง (The pretest – posttest non equivalent control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้

	กลุ่มควบคุม	O1		O2
	กลุ่มทดลอง	O3	X	O4
O1	หมายถึง	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O2	หมายถึง	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O3	หมายถึง	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า		
O4	หมายถึง	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า		
X	หมายถึง	โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจคัดกรองกระดูก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 40–59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจคัดกรองกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2561 จำนวนทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criterias)

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criterias) คือ

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งแรก ที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อประเมินความรุนแรง

ของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมินอาการปวดข้อเข่าและประสิทธิภาพในการทำกิจวัตร Modified WOMAC Scale ของ เสก อักษรานุเคราะห์ (2543) ที่ประยุกต์จากเครื่องมือประเมินอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมของ Bellamy and Buchanan (1986) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในประเทศไทย นำมาใช้คัดกรองระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเข้าร่วมในการวิจัยแบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ คำถามเกี่ยวกับ อาการปวดข้อ 5 ข้ออาการข้อเข่าฝืด 2 ข้อ และกิจกรรมการเคลื่อนไหว 17 ข้อ มีคะแนนข้อละ 0-10 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-240 คะแนน

เกณฑ์การประเมินใช้คะแนนรวม แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 มีคะแนนตั้งแต่ 0-60 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ระดับที่ 2 มีคะแนนตั้งแต่ 61-120 หมายถึง มีความรุนแรงน้อยของโรคข้อเข่าเสื่อม

ระดับที่ 3 มีคะแนนตั้งแต่ 121-180 หมายถึง มีความรุนแรงปานกลางของโรคข้อเข่าเสื่อม

ระดับที่ 4 มีคะแนนตั้งแต่ 181-240 หมายถึง มีความรุนแรงมากของโรคข้อเข่าเสื่อม

โดยผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

2. ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

2. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ข้อเข่า เช่น กระดูกหัก

2. ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่บริเวณข้อเข่า

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ PASS (Power of analysis of sample size)(รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 และกำหนดอำนาจทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล .05 (Polit & Beck, 2008) พบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด คือ 40 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) อย่างไรก็ตามเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ามีการจัดกิจกรรมหลายครั้ง และใช้ระยะ

เวลานาน 6 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญหาย (Drop out) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จึงมีจำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ ถูกคัดออกจากกรวิจัยในคั้งนี้

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 44 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้น และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Math paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินที่อาจมีผลกระทบต่อการทำงานวิจัยคั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 44 คน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

3.1 เพศ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน (ยุพิน โกรินทร์, 2536)

3.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (ปราณี กาญจนวรรณ, 2540)

3.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่อายุระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Abd Elstaa et al., 2016)

โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเริ่มจากผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อมที่มารับบริการรายที่ 1-22 คน ในกลุ่มควบคุมจนครบ จำนวน 22 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยเริ่มต้นจากตัวอย่างคนที่ 23 ถึงตัวอย่างคนที่ 44 โดยพิจารณาจับคู่ตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้แก่ เป็นเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และหากพบว่าตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่สามารถจับคู่กับตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้ ผู้วิจัยจะหาตัวอย่างใหม่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างและสามารถจับคู่กับตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

ได้ทั้งนี้การเก็บข้อมูลไม่พบปัญหาและอุปสรรคใดๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพใกล้เคียงกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอสำหรับการจับคู่ให้คล้ายคลึงกันตามองค์ประกอบที่กำหนด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

คู่ที่	เพศ		อายุ		ระยะเวลาการเจ็บป่วย	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	หญิง	หญิง	55	52	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
2	ชาย	ชาย	49	49	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
3	หญิง	หญิง	54	55	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
4	หญิง	หญิง	57	57	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
5	หญิง	หญิง	58	54	<1 ปี	<1 ปี
6	หญิง	หญิง	47	48	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
7	หญิง	หญิง	59	57	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
8	ชาย	ชาย	45	47	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
9	หญิง	หญิง	56	56	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
10	ชาย	ชาย	59	59	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
11	ชาย	ชาย	55	53	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
12	หญิง	หญิง	49	46	<1 ปี	<1 ปี
13	หญิง	หญิง	55	55	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
14	หญิง	หญิง	54	57	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
15	หญิง	หญิง	54	53	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
16	หญิง	หญิง	53	53	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
17	หญิง	หญิง	58	58	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
18	ชาย	ชาย	58	59	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
19	หญิง	หญิง	53	52	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
20	หญิง	หญิง	54	57	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
21	หญิง	หญิง	55	51	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี
22	หญิง	หญิง	58	58	1 – 5 ปี	1 – 5 ปี

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคประจำตัว ประวัติการเข้ายาก็ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (n = 44)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1 = 22)		กลุ่มทดลอง (n2 = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	17	77.3	17	77.3	34	77.3
ชาย	5	22.7	5	22.7	10	22.7
อายุ (ปี)	$\bar{X}=54.32$	SD = 3.84	$\bar{X}=53.91$	SD =3.89		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	$\bar{X}=68.77$	SD =16.01	$\bar{X}=67.18$	SD=12.77		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	$\bar{X}=157.64$	SD =9.58	$\bar{X}=158.95$	SD =9.96		
ศาสนา						
พุทธ	21	95.5	22	100	43	97.7
อิสลาม	1	4.5	-	-	1	2.3
คริสต์	-	-	-	-	-	-
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-
สถานภาพสมรส						
โสด	3	13.6	1	4.5	4	9.1
คู่	15	68.2	17	77.5	32	72.7
หม้าย	3	13.6	1	4.5	4	9.1
หย่า			1	4.5	1	2.3
แยกกันอยู่	1	4.5	2	9.1	3	6.8
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	13	59.1	13	59.1	26	59.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	9.1	2	9.1	4	9.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	18.2	2	9.1	6	13.1
ปริญญาตรี	2	9.1	2	9.1	4	9.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1 = 22)		กลุ่มทดลอง (n2 = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	1	4.5	3	13.6	4	9.1
อาชีพ						
ทำงานบ้าน	3	13.6	2	9.1	5	11.4
รับจ้าง	10	45.5	11	50	21	47.7
ค้าขายและธุรกิจ	5	22.7	6	27.3	11	25
รับราชการ	3	13.6	2	9.1	5	11.4
เกษตรกรกรรม	1	4.5	-	-	1	2.3
อื่นๆ	-	-	1	4.5	1	2.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$\bar{X}=14978.1$	SD=7987.29	$\bar{X}=14826.82$	SD=6154.61		
ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม						
น้อยกว่า 1 ปี	2	9.1	2	9.1	4	9.1
ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี	20	90.9	20	90.9	40	90.9
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
โรคประจำตัว						
ไม่มี	10	45.5	13	59.1	23	52.3
มี	12	54.5	9	40.9	21	47.7
ประวัติการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า						
ไม่มี	3	13.6	4	18.2	7	15.9
มี	19	86.4	18	81.2	37	84.1
ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก						
ไม่มี	15	68.2	15	68	30	68.2
มี	7	31.8	7	31.8	14	31.8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาแก้ปวด และประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต

เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (Quality of Life Index Arthritis Version-III) ของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1998) แปลเป็นไทย โดยวาสนา กรุดไทย (2553) มีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของความสำคัญและส่วนของความพึงพอใจ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 อันดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .89 (วาสนา กรุดไทย, 2553) โดยวัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

การแปลผลคะแนนของคุณภาพชีวิตจะพิจารณาตามการให้คะแนนและแปลความหมายของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) โดยการให้คะแนนในส่วนของความสำคัญจากแบบวัดคุณภาพชีวิตในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งคำตอบแบ่งเป็น 6 อันดับ ตั้งแต่ไม่สำคัญมากที่สุด (1 คะแนน) จนถึงสำคัญมากที่สุด (6 คะแนน) ส่วนการให้คะแนนในส่วนความพึงพอใจจากแบบวัดคุณภาพชีวิตในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งคำตอบแบ่งเป็น 6 อันดับ ตั้งแต่ไม่พึงพอใจมากที่สุด (1 คะแนน) จนถึงพึงพอใจมากที่สุด (6 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1985) ซึ่งได้เสนอแนวคิดในการคิดคะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่หนึ่งนำค่ามัธยฐานในแต่ละข้อ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.5 มาลบออกจากคะแนนความพึงพอใจในแต่ละข้อ เพื่อให้คะแนนความพึงพอใจเข้าสู่ค่ากลาง ขั้นตอนที่สองนำคะแนนความพึงพอใจที่ได้จากขั้นตอนที่หนึ่งมาคูณกับคะแนนความสำคัญในข้อเดียวกัน และขั้นตอนที่สามนำผลรวมคะแนนในขั้นตอนที่สองทุกข้อรวมกัน และนำมาหารด้วยจำนวนข้อคำถาม เพื่อป้องกันความลำเอียง เนื่องจากคะแนนที่หายไป (missing scores) คะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ในช่วง -15 ถึง 15 จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาบวกด้วย 15 เพื่อให้คะแนนที่ได้มามีค่าเป็นบวก ดังนั้นช่วงของคะแนนที่ควรจะเป็นทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนนซึ่งแบ่งวิธีการให้คะแนนโดยใช้วิธีการทางสถิติโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอัตรภาคชั้น 5 ระดับ ดังนี้ (วาสนา กรุดไทย, 2553)

คะแนน 00.00-06.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก

คะแนน 06.01-12.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 12.01-18.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 18.01-24.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง

คะแนน 24.01-30.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูงมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตารา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของBandura (1997) และการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง, 2551) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการจัดกิจกรรม ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) และการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตารา เอกสาร วิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

1.3 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การให้คำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

1.4 กำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การให้คำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูงการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 1 ครั้ง ประมาณ 50 นาที ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1.4.1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และวิธีการแก้ไขปัญหา ระหว่างทำกิจกรรมผู้วิจัยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

1.4.2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.4.3. ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบ

ผลสำเร็จ หากไม่มีอาจจะเป็นกิจกรรมที่สำเร็จในด้านอื่นๆ หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยภาคภูมิใจในตนเอง หรืออาจเป็นการแนะนำคนอื่นทำสิ่งใดก็ตามแล้วบุคคลนั้นสามารถกระทำได้ เพราะจะเป็นการสื่อได้ถึงว่า ผู้ป่วยมีความสามารถมีศักยภาพและภาคภูมิใจในตนเอง

1.4.4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ทั้งหมด 7 ท่า และผู้วิจัยจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง เปิดโอกาสและให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้พูดคุยระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม และหากพบว่าบางคนในกลุ่มไม่พูด พูดน้อย ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้พูดคุยระบายความรู้สึกและพูดให้กำลังใจ และผู้วิจัยชี้แจงว่าคนในกลุ่มต้องไม่นำสิ่งที่รับรู้ในกลุ่มไปเปิดเผย และการใช้โทรศัพท์ติดตาม เพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน

1.5 จัดทำเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ได้แก่

1.5.1. แผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยทำการสรุปเนื้อหาหลักที่สำคัญในเรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตน การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา โดยนำเสนอเนื้อหาตามแผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยสื่อวีดิทัศน์

1.5.2. คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตน การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา

1.5.3. วิดีทัศน์การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีเนื้อหาตามแผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และทำการฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ทั้งหมด 7 ท่าบริหาร

1.5.4. แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกระตุ้นเตือนและให้คำปรึกษาการปฏิบัติตน ผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาในการสนทนาทางโทรศัพท์เช่นเดียวกับเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 3 และ 5 ใช้เวลาไม่เกิน 10-15 นาที แต่ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขก็อาจใช้เวลามากกว่านี้ เพื่อพูดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรค พร้อมร่วมหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันและประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายมีทั้งหมด 9 ข้อ โดยผู้วิจัยจะโทรถามทางโทรศัพท์

1.6 ผู้วิจัยกำหนดการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย

เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ของนัยนา สังคม (2551) ที่ประยุกต์แบบวัดของ ทศนีย์ รวีวรกุล และคณะ (2550) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .89 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .91 มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน คือ มั่นใจมากที่สุด 5 คะแนน มั่นใจมาก 4 คะแนน มั่นใจปานกลาง 3 คะแนน มั่นใจน้อย 2 คะแนน และไม่มั่นใจเลย 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 9 - 45 คะแนน โดยกำหนดระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนแบบจัดเป็นขั้นหรือกลุ่ม (เพชรร้อย สิ่งช่างชัย, 2546) คือ พิสัยหารด้วยจำนวนระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 9 - 21 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่รับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 22 - 33 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่รับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 34 - 45 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่รับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

3. แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าผู้วิจัยสร้างขึ้นมา เป็นเครื่องมือกำกับติดตามการทดลองเพื่อใช้กระตุ้นเตือนกลุ่มทดลอง ในเรื่องการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เนื้อหาประกอบด้วย วัน เดือน ปี และทำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาในแต่ละวัน ทำและไม่ทำ ตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ที่เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การประเมิน ใช้จำนวนครั้งของการบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ต้องบันทึกไม่ต่ำกว่า 80 % (Yilmaz, Polat, Erkin, Akkurt, and Küçükşen, 2013) หากพบว่าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์ในการประเมิน (บันทึกกิจกรรมต่ำกว่า 80 %) ข้อมูลของผู้ป่วยนั้นจะไม่ถูกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม คู่มือการปฏิบัติการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม วัตถุประสงค์การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 คน (ดังแสดงรายชื่อ ในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 1 คน, พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ 1 คน, อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อจำนวน 1 คน, อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพชีวิตจำนวน 1 คน, นักกายภาพบำบัดผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2008) ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า และแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า เท่ากับ .89, .86 และ .90 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ไม่ได้นำมาไปคำนวณหาค่า CVI เพราะเนื่องจากว่าผู้วิจัยนำเอาเครื่องมือวิจัยที่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือมาใช้เลย โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใดๆ ภายหลังได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัย นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1) ปรับแก้ ข้อคำถามอายุ และรายได้ให้เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน

2) เพิ่มระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย

3) เพิ่มประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก

4) ปรับแก้ไขคำผิด

- 1.2 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
 - 1.2.1 แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1) ปรับการเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
 - 1.2.2 คู่มือการปฏิบัติการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1) ปรับรูปภาพให้มีความน่าสนใจ สีสดใส
 - 1.2.3 วัตถุประสงค์การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 1) ปรับแก้เนื้อหา
 - 2) ปรับคำพูดและน้ำเสียงให้น่าสนใจ และเข้าใจง่าย
 - 1.2.4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม
 - 1) ปรับแก้ไขคำผิด
- 1.3 แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
 - 1) ควรเพิ่มช่องหมายเหตุ เพื่อไว้เก็บข้อมูลที่ไม่ทำทำนี้เพราะอะไร

การดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมตัวเอง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง
2. เตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนการโทรศัพท์ติดตาม และวัตถุประสงค์การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ผู้วิจัยทำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย
4. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยทำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
5. ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ภายหลังจากอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียน ทำการสุ่มตามสะดวก เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษา ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Consent Form) โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2. พุดคุยและให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Pre-test) (10-15 นาที)

3. ผู้วิจัยอธิบายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มควบคุมว่า ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและแพทย์ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด และกิจกรรมให้ความรู้ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เรื่อง โรคข้อเข่าเสื่อม เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุอาการ แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา

สัปดาห์ที่ 1-5 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มควบคุมที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตโดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำแบบ

ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (Post-test) และมอบวิดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุม (10-15 นาที)

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม โดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

2. ให้ผู้ป่วยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบายเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ โดยการเปิดวิดิทัศน์ และสอนตามแผนการสอน โดยขณะการสอน มีการอภิปรายกลุ่ม

4. ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวิดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

5. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ

6. ผู้วิจัยกระตุ้นทางด้านร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ผู้วิจัยสอนตามแผนการสอนการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และให้ผู้ป่วยสาธิตกลับภายหลังจากคู่มือวิดิทัศน์ โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ทีละท่าจนครบ 7 ท่า หากผู้ป่วยไม่เข้าใจและทำไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนและสาธิตให้ดูใหม่อีกครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) มีจำนวนท่าบริหาร 7 ท่า ดังรายละเอียดในสมุดคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในหน้าที่ 14 -20

ท่าที่ 1 นอนหงาย งอเข่าเข้าหาลำตัวเท่าที่ทำได้ แล้วเหยียดขาออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วกลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 2 นั่งเหยียดขา วางเท้าข้างหนึ่งบนหมอน เหยียดขาให้ตึงเข้าตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วกลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 3 นอนหงาย ใช้หมอนใบเล็กหนุนใต้เข่า ให้ข้อเล็กน้อย ค่อยๆเกร็งให้เข่าเหยียดตรง ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 4 นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ค่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา แล้วยกขาขึ้นจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 5 นอนคว่ำ งอขาข้างหนึ่ง สูงจากพื้นประมาณ 1 คืบ ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 6 นอนคว่ำ งอเข่าเข้าหาลำตัว เท้าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

ท่าที่ 7 นั่งเก้าอี้ และพิงพนักเก้าอี้ เหยียดขาข้างหนึ่งออกให้ตรง พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ

7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ซักถาม และกระตุ้นให้บุตรระบายความรู้สึก ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมและออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ช่วยแก้ปัญหา ให้ความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลรู้สึกคลายความวิตกกังวล เป็นการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ดีขึ้น แนะนำเรื่องการทำแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า นัดทำแบบประเมิน (Post test) ในสัปดาห์ที่ 6 และแจ้งว่าจะมีการโทรติดตามเพื่อกระตุ้น ในสัปดาห์ที่ 3 และ 5

สัปดาห์ที่ 2 - 6 ผู้ป่วยต้องฝึกออกกำลังกายข้อเข่าที่บ้าน และ บันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน

หากมีอาการบาดเจ็บจากการฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ควรปฏิบัติดังนี้

1. หยุดพักการออกกำลังกายทันที เพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้น
2. ประคบเย็น บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อลดบวมและอาการปวด เช่น ใช้น้ำแข็งประคบใน 24 - 48 ชั่วโมงหลังได้รับการบาดเจ็บ ไม่ควรประคบเกิน 15-20 นาทีต่อครั้ง ทำวันละ 2 -3 ครั้ง และจากนั้นประคบร้อนหลัง 48 ชั่วโมงไปแล้ว เช่น ประคบด้วยถุงน้ำร้อนหรือผ้าขนหนูชุบน้ำร้อน ไม่ควรประคบเกิน 15-20 นาทีต่อครั้ง ทำวันละ 2 -3 ครั้ง
3. ยกบริเวณที่บาดเจ็บขึ้นสูง เพื่อป้องกันอาการบวมและเลือดคั่งในส่วนที่บาดเจ็บ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้ท่านไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ เช่น การค้นบัตร การนัดคิว เป็นต้น ในการทดลองครั้งนี้ ไม่พบผู้บาดเจ็บจากการฝึกออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 3 และ 5 ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเตือนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม ทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และกล่าวส่งเสริมให้กำลังใจในการ ปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้อย่างต่อเนื่อง และทำแบบ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test) สรุปกิจกรรม และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและให้กำลังใจ (20 นาที)

สรุปกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินการทดลอง ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง เป็นรายกลุ่มย่อย จำนวน 7-8 ราย ที่ ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยใช้ห้องประชุมกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก มีเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ รายละเอียดของกิจกรรม มีดังนี้ ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ซึ่งการจัดกิจกรรมจะเป็นกิจกรรมราย กลุ่มย่อย ใช้เวลาประมาณ 50 นาที และกิจกรรมรายบุคคลโดยการใช้โทรศัพท์โทรเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 ด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินผลคุณภาพชีวิตเมื่อเสร็จสิ้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า ในสัปดาห์ที่ 6 ระยะเวลา 6 สัปดาห์

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม

จากการทำกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมรายกลุ่ม ในช่วงหลังจากที่เข้ารับการรักษาเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มช่วงเวลา 11.00 –11.50 น. ขณะทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สนใจ ซักถาม แลกเปลี่ยน ความรู้ภายในกลุ่ม มีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาให้ได้ตามโปรแกรม

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

จากการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนในสัปดาห์ที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยได้มีการฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ต้นขาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการซักถามปัญหาเมื่อนำกลับไปปฏิบัติจริงที่บ้าน และจากการ สอบถามไม่พบปัญหาในการลงบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า และมีการบันทึกการปฏิบัติ ฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าครบถ้วน ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 5 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

จากการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยได้มีการฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ต้นขาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และจากการสอบถามไม่พบปัญหาในการลงบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟู สมรรถภาพข้อเท้า และมีการบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าครบถ้วน ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และได้ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายทางโทรศัพท์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

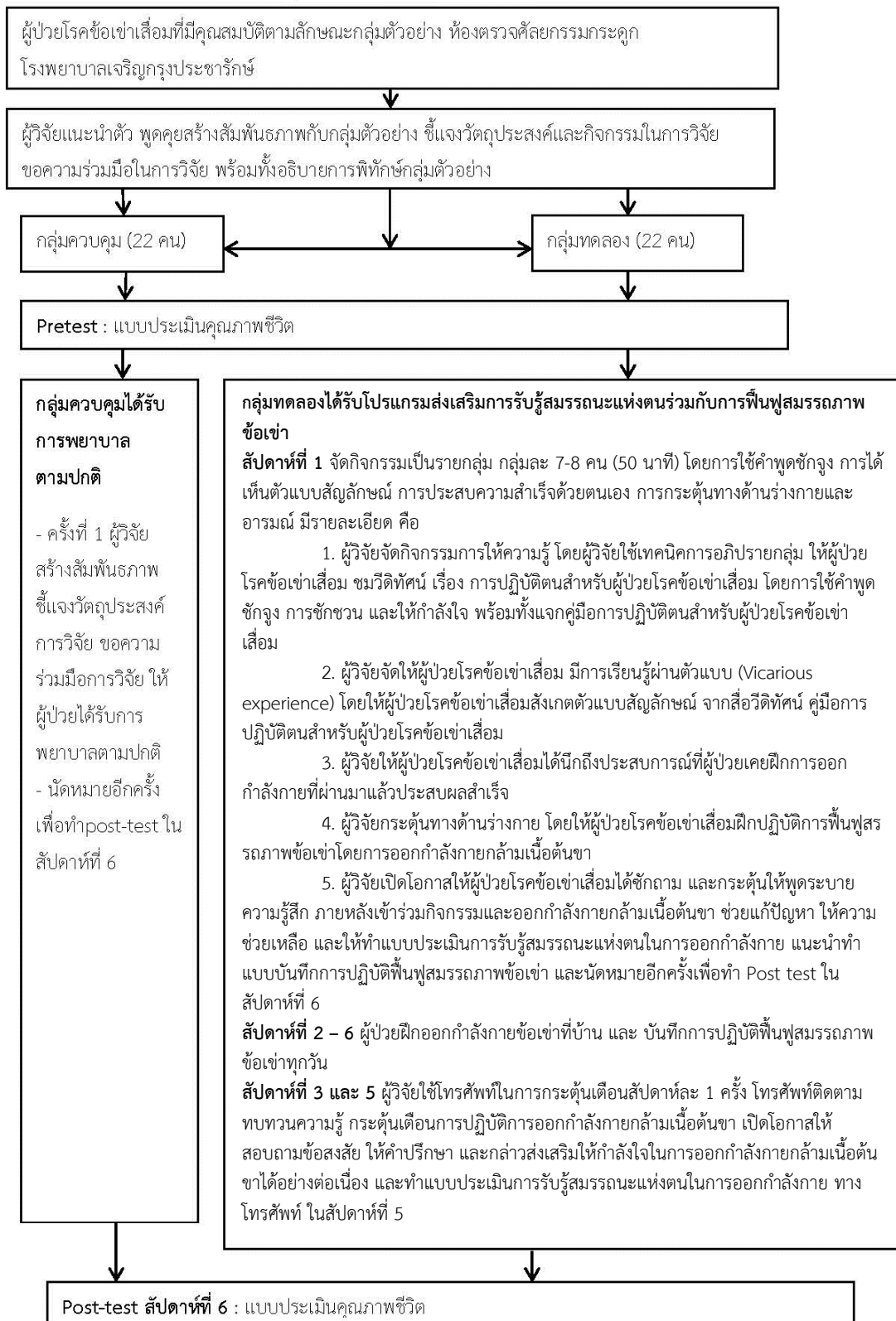
หลังจากโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจคัดลอกกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ และชี้แจงว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และเมื่อมีข้อซักถามเกี่ยวกับงานวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในขณะที่ดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และประสานงานกับพยาบาลประจำห้องตรวจคัดลอกกรรมกระดูกช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในรูปตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (n= 22)

คุณภาพชีวิต	n	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	22	17.43	1.01	ปานกลาง			
					12.725	21	.000
หลังทดลอง	22	19.89	.89	สูง			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.43 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ภายหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าภายหลังทดลอง (n=44)

คุณภาพชีวิต	n	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	17.56	1.22	ปานกลาง	.361	42	.720
กลุ่มทดลอง	22	17.43	1.01	ปานกลาง			
หลังทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	17.33	1.32	ปานกลาง	7.548	42	.000
กลุ่มทดลอง	22	19.89	.89	สูง			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.56 กลุ่มทดลองเท่ากับ 17.43 คะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าก่อนทดลอง และ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเท่ากับ 17.33 กลุ่มทดลองเท่ากับ 19.89 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ที่ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Thepretest-posttest non equivalent control group design)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 40–59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criterias) ที่มีความคล้ายคลึงกัน (Match paired) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (Quality of Life Index Arthritis Version-III) ของเฟอร์รานส์และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1998) แปลเป็นไทย โดยวาสนา กรุดไทย (2553) มีเนื้อหาครอบคลุมในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของความสำคัญและส่วนของความพึงพอใจ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 อันดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 (วาสนา กรุดไทย, 2553)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

1.1 แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.2 คู่มือการปฏิบัติการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.3 วิดีทัศน์เรื่องการปฏิบัติการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

1.4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

การดำเนินการทดลอง

เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จึงมีการขอ อนุมัติการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2561 ค้นหา และสำรวจข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 22 คน ก่อน แล้วจึง

ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า 22 คน เพื่อป้องกัน contamination ระหว่างกลุ่ม แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) จนครบ 22 คู่ จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Pairs) ให้ได้ครบจำนวน 22 คู่ มีขนาดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 ราย โดยทั้งคู่มีความคล้ายคลึงกัน 3 ด้าน คือ เพศ อายุ และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมนาน 6 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ที่ห้องตรวจคัดกรองกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือโดยอธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้
2. พูดคุยและให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Pre-test) (10-15 นาที)
3. ผู้วิจัยอธิบายผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มควบคุมว่า ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและแพทย์ตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่นเดิม

สัปดาห์ที่ 1-5 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มควบคุมที่ห้องตรวจคัดกรองกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตโดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อ (Post-test) และมอบวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุม (10-15 นาที)

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม โดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) มีจำนวนท่าบริหาร 7 ท่า

สัปดาห์ที่ 2 - 6 ผู้ป่วยต้องฝึกออกกำลังกายข้อเข่าที่บ้าน และบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน

สัปดาห์ที่ 3 และ 5 ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเตือนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม ทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และกล่าวส่งเสริมให้กำลังใจในการ ปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้อย่างต่อเนื่อง และทำแบบ ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test) สรุปกิจกรรม และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยและให้กำลังใจ (20 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Dependent t-test และ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟู สมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตาม สมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้นกว่า ก่อนการทดลอง 5 อันดับแรก คือ ข้อที่ 3 ความเจ็บปวดที่ท่านกำลังมีอยู่ 9.04 คะแนน ข้อที่1

สุขภาพของท่าน 7.54 คะแนน ข้อที่ 2 การดูแลสุขภาพของท่าน 6.11 คะแนน ข้อที่ 4 พลังงานที่ท่านมีสำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5.34 คะแนน และข้อที่ 7 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวท่านเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 4.75 คะแนน ดังตารางที่ 6 ในภาคผนวก

ซึ่งแสดงได้ว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่านี้ สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยอาศัยแหล่งข้อมูลสนับสนุน 4 แหล่ง ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น คือ

1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และวิธีการแก้ไขปัญหา ระหว่างทำกิจกรรมผู้วิจัยให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Kuptniratsaikul et al. (2000) พบว่า แรงจูงใจของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายความร่วมมือในการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

2) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จนเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบตามตัวแบบ มีความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาของปิยะนุช เพชรศิริ (2550) ศึกษาผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experiences) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ จะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็จะสามารถกระทำสำเร็จ จากการศึกษาของ Hughes et al. (2004) พบว่า การเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกายส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

ต้นขา และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย มีความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้อยู่ในระดับเหมาะสม และการใช้โทรศัพท์ ติดตาม เพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน และการทำบันทึกการ ออกกำลังกายเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีชี้วัดให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) จากการศึกษาของ สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยขจรโรจน์ (2551) พบว่า การจัดกิจกรรมหลากหลาย เช่น การฟังบรรยาย การอภิปราย/ซักถามกลุ่มย่อย และการโทรศัพท์ติดตาม มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ประกอบด้วย 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ และบุคคลที่มีความพยายามสูงมักปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้ภาวะความเสื่อมของโรค เกิดความพึงพอใจในตนเอง และให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

แนวคิดนี้ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขามากขึ้น สามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ตามที่กำหนดไว้คือ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้งหมด 7 ท่า วันละ 2 รอบ ทุกวัน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Hughes et al. (2004) พบว่าการเพิ่มความมั่นใจในการออกกำลังกายส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามโปรแกรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.5 เพิ่มความสามารถในการเดินและลดอาการเข่าติด ร้อยละ 13.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Arthur and Avis (2008) ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้การพูดจูงใจ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การเห็นตัวอย่างจากตัวแบบ และการเกิดประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง จัดโปรแกรมพัฒนาด้านจิตใจในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ จนเกิดเป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาให้ต่อเนื่องและยั่งยืน จนเกิดเป็นกิจวัตรของชีวิตของบุคคลนั้น ต้องการแรงจูงใจและการสนับสนุน นอกเหนือจากการให้ความรู้ คำแนะนำเพียงอย่างเดียว การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญของการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย (Damush et al., 2005) ดังนั้น กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา จะทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และเกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2006) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการออกกำลังกาย และความมั่นใจในการออกกำลังกาย มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนและโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อความมั่นใจในการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 27 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 53 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pells et al. (2008) ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาหารต่ออาการปวด ความสามารถในการเคลื่อนไหวและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และอาการปวดเข่าลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าในการทำกิจกรรมดีขึ้น และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาณี แสงกระจ่าง (2557) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Anwer et al. (2014) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อคอวโดรเซ็ปต์ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า กล้ามเนื้อกล้ามเนื้อคอวโดรเซ็ปต์มีความแข็งแรงมากขึ้นอาการปวดลดลงและความสามารถในการใช้งานของข้อเพิ่มขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่า

เชื่อมกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อ เข่าเสื่อมผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยการใช้คำพูดชักจูงชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม ถึงปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้ตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนด เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เป็นปัญหาร่วมกัน ร่วมกันวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา การใช้ตัวแบบโดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวีดิ ทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จนเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบตามตัว แบบ มีความคล้อยตามและเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกตและสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่า เสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ จะทำให้ เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอีก ก็สามารถกระทำสำเร็จ และผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อต้นขา ทั้งหมด 7 ท่า ใช้ตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ของสุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง (2551) และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้อยู่ในระดับเหมาะสม และการใช้โทรศัพท์ ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 เพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม ที่บ้าน ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทั้งสองข้างทุกวัน วันละ 2 รอบ ตั้งแต่ใน สัปดาห์ที่ 1 จนถึงสัปดาห์ที่ 6 สอดคล้องกับ Evcik and Sonel (2002) ที่ใช้การโทรศัพท์ในการ กระตุ้นเตือนกลุ่มออกกำลังกาย ทั้งออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาแบบ Isometric และ Isotonic ที่บ้าน และกลุ่มที่เดินออกกำลังกาย จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยศึกษา เปรียบเทียบประสิทธิผลการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่บ้าน กลุ่มที่ เดินออกกำลังกาย และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองที่เดินออกกำลังกาย มีอาการปวดข้อเข่าลดลง และสมรรถภาพของข้อเข่าดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการออก กายกล้ามเนื้อต้นขาให้ดีขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self- efficacy) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำ หรือฝึกปฏิบัติกิจกรรม อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1997) สอดคล้องกับ Marks (2001) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ที่ใช้ในการส่งเสริม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเข้าใจของบุคคล ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ผลลัพธ์ของกิจกรรมคือ การลดอาการปวด การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของบังเอิญ แพร่งสกุล (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ รวีวรกุล และคณะ (2550) ได้ศึกษาการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อการออกกำลังกายในชุมชนของผู้หญิงไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมผลการวิจัยพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีตัวแปรที่ศึกษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ความรุนแรงของอาการปวดเข่าและสมรรถภาพทางกาย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 และมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความปลอดภัยกับข้อเข่าและสภาพร่างกาย

ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยอาศัยแหล่งข้อมูลสนับสนุน 4 แหล่งคือ การใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อกระตุ้นหรือเสริมแรงจิตใจให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงขึ้น มีความต่อเนื่อง ส่งผลช่วยทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ข้อเข่ามีความมั่นคงมากขึ้น ทำให้อาการปวดบวมเข่าลดลง (Nguyen et al., 2016) แล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจที่เน้นความสำคัญให้ตนเองเกิดความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา การศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้การศึกษาของ อุษณีย์ ทับทอง (2552) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Brands et al. (2014) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Erbahceci and Dursun (2008) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ จำนวน 118 คน แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด

จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz et al. (2013)พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายที่ประกอบไปด้วย การบริหารข้อเข่า (Range of motion: ROM) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ Quadriceps และกล้ามเนื้อ Hamstrings ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความปวดลดลง การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่ามีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยการให้ความรู้รายกลุ่มร่วมกับการใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม ชมวิดีโอทัศนคติปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา การใช้โทรศัพท์กระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และเกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน อันจะคงไว้ซึ่งความสมดุลของภาวะสุขภาพและความผาสุกของชีวิต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทำให้คุณภาพชีวิตของโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล จัดให้มีการนำเสนอผลการวิจัยในระดับผู้บริหาร พิจารณาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
2. ด้านการพยาบาล นำเสนอคณะกรรมการวิชาการ กลุ่มภารกิจจัดการพยาบาลพิจารณาในการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมผู้ป่วยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต
3. ด้านการศึกษา ควรมีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จัดให้มีการให้ความรู้ การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า รวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว อย่างน้อย 3, 6 เดือน เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่
2. ควรมีการทำวิจัย โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการออกกำลังกายในการบำบัดการพยาบาลในกลุ่มโรคอื่น เช่น ปวดหลัง กระดูกสะโพกหัก เป็นต้น
3. นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการรักษาโดยใช้แพทย์ทางเลือก เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 จาก <http://www.dmh.go.th/test/whoqol>
- กลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ. (2560). *รายงานสถิติประจำปี 2560*. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- กิริติ เจริญชลวานิช. (2559). *คัลยศาสตร์บูรณสภาพข้อเข่าเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- กฤษมา ไตรวิทยานุกฤษ. (2555). *คนไทย 1 ใน 3 ป่วยโรคข้อ-เข่าเสื่อม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2560 จาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/141553>
- จารุณี นันทวโนทยาน. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดข้อของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2555). *คนไทย 1ใน3 ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2560 จาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/141553>
- ชฎิล สมรภูมิ. (2543). *ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์การกีฬา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชยรัตน์ ฤกษ์หระ่าย. (2559). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออกกำลังกาย ต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ รวีวรกุล และคณะ. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนต่อสมรรถนะตนเองในการออกกำลังกายของสตรีไทยที่มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม*. *วารสารวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย*, 11(2), 132-150.
- ธนาภา ฤทธิงษ์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนิต จิรนนท์ธวัช. (2553). *quality dialysis in the year 2010* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร:

เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่นจำกัด.

ธีรานิ โหมขุนทด. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัยนา สังคม. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บังเอิญ แพร้งสกุล. (2549). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปราณี กาญจนวรรณวงศ์. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปาริชาติ จันสุนทรพร. (2548). การศึกษาการจัดการเกี่ยวกับอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะนุช เพชรศิริ. (2550). ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มณฑนา วงศ์ศิริวรรณ. (2550). ดูแลตนเองด้วยกายภาพบำบัดข้อเข่าเสื่อม (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพมหานคร: สยามบรรณการพิมพ์.

ยุพิน โกรินทร์. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:หลักการและระเบียบวิธีวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

วาสนา กรุดไทย. (2553). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผน

- ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ , มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิไล คุปต์นิรัตน์ชัยกุล และคณะ. (2545). ผลของการส่งเสริมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต่อสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสมาคมอายุรแพทย์*, 85, 33-40.
- วิวัฒน์ วจนะวิเศษชัย และคณะ. (2554). *ออริโธปีดิกส์* (พิมพ์ครั้งที่ 2.). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- สกาวรัตน์ ศุภสาร. (2549). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2561 จาก http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=6420
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองอายุต่ำกว่า 55 ปี ผ่าข้อเข่าเสื่อม ไม่เสียค่าใช้จ่าย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2561 จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjAwM>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ข้อมูลสถิติสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2559 จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สิทธิศักดิ์ หารษาเวก และ วินัย พากเพียร. (2553). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคคอออร์โธปีดิกส์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาวดี อินจันทร์. (2552). *ประสบการณ์การจัดการตนเองของบุรุษวัยสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2542). โรคข้อเข่าเสื่อม : ปัญหาสุขภาพในหญิงสูงอายุและบทบาทของพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 5(2), 126-133.
- สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยขจรโรจน์. (2551). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 72-84.
- สุมาลี เชื้อพันธ์. (2553). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วย

- เบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 77-87.
- สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. (2548). *ตำราโรคข้อ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด.
- สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามวัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- โสพิศ สุมานิต และคณะ. (2554). *ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล*. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(1), 63-74.
- อุษณีย์ ทับทอง. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Abd Elstaar, T., Salama, A., Esaily, H., & Bolty, S. (2016). Quality of life in patients with primary knee osteoarthritis. *Menoufia Medical Journal*, 29(1), 111-114. doi:10.4103/1110-2098.178999
- Altman, R., Asch, E., Bloch, D., Bole, G., Borenstein, D., Brandt, K., . . . Hochberg, M. (1986). Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism*, 29(8), 1039-1049.
- Anwer, S., & Alghadir, A. (2014). Effect of Isometric Quadriceps Exercise on Muscle Strength, Pain, and Function in Patients with Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Study. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(5), 745-748. doi:10.1589/jpts.26.745
- Araujo, I. L. A., Castro, M. C., Daltro, C., & Matos, M. A. (2016). Quality of Life and Functional Independence in Patients with Osteoarthritis of the Knee. *Knee Surgery & Related Research*, 28(3), 219.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bennell, K. L., Hall, M., & Hinman, R. S. (2016). Osteoarthritis year in review 2015:

- rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis and Cartilage*, 24(1), 58-70.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.joca.2015.07.028>
- Blagojevic, M., Jinks, C., Jeffery, A., & Jordan, K. P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18(1), 24-33. doi:10.1016/j.joca.2009.08.010
- Brady, T. J. (2011). Measures of self-efficacy: Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), Arthritis Self-Efficacy Scale-8 Item (ASES-8), Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE), Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSSES), Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale (PASE), and Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S473-S485. doi:doi:10.1002/acr.20567
- Brands, I., Köhler, S., Stapert, S., Wade, D., & van Heugten, C. (2014). Influence of Self-Efficacy and Coping on Quality of Life and Social Participation After Acquired Brain Injury: A 1-Year Follow-Up Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(12), 2327-2334.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.06.006>
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*, 34(1), 11-18.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186-192.
- Damush, T. M., Wu, J., Bair, M. J., Sutherland, J. M., & Kroenke, K. (2008). Self-management practices among primary care patients with musculoskeletal pain and depression. *J. Behav. Med.*, 31, 301-307.
- Duane P. Schultz, & Schultz., S. E. (1998). *Theories of personality* (6 ed.). California America: Brooks/Cole Publishing Company,.
- Erbahceci, F., & Dursun, E. (2008). 521 EFFECTS OF PHYSIOTHERAPY AND REHABILITATION PROGRAM ON MUSCLE STRENGTH, QUALITY OF LIFE, PAIN, STIFFNESS, AND PHYSICAL FUNCTION IN WOMEN WITH KNEE OSTEOARTHRITIS. *Osteoarthritis and Cartilage*, 16, S223. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1063-4584\(08\)60560-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1063-4584(08)60560-9)

- Ericsson, Y. B., Ringsberg, K., & Dahlberg, L. E. (2009). 290 SELF-EFFICACY, PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN MIDDLE-AGED POST MENISCECTOMY PATIENTS: A COMPARISON TO AN AGE-MATCHED CONTROL-GROUP. *Osteoarthritis and Cartilage*, 17, S157-S158.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1063-4584\(09\)60312-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1063-4584(09)60312-5)
- Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2004). Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis. *Quality of Life Research*, 13(2), 321-330.
doi:10.1023/B:QURE.0000018492.40262.d1
- Evcik, D., & Sonel, B. (2002). Effectiveness of a home-based exercise therapy and walking program on osteoarthritis of the knee. *Rheumatol Int*, 22(3), 103-106.
doi:10.1007/s00296-002-0198-7
- Ferrans, C. E. (1996). Development of a Conceptual Model of Quality of Life. *Research and Theory for Nursing Practice*, 10(3), 293-304.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1998). QUALITY OF LIFE INDEX ARTHRITIS VERSION – III. Retrieved 1 October 2017 from
http://qli.org.uic.edu/questionnaires/pdf/arthritism_versionIII/Arthritis3qli.pdf
- Frioui Mahmoudi, S., Toulgui, E., Ben Jeddou, K., Gaddour, M., Jemni, S., & Khachnaoui, F. (2016). Quality of life for patient with knee osteoarthritis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59, Supplement, e158-e159.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2016.07.354>
- Hsu, K. Y., Tsai, Y. F., Lin, Y. P., & Liu, H. T. (2015). Primary family caregivers' observations and perceptions of their older relatives' knee osteoarthritis pain and pain management: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 71(9), 2119-2128.
- Hughes, S. L., Seymour, R. B., Campbell, R., Pollak, N., Huber, G., & Sharma, L. (2004). Impact of the fit and strong intervention on older adults with osteoarthritis. *The Gerontologist*, 44(2), 217-228.
- Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2006). Quality of life among older adults with osteoarthritis: an explorative study. *Journal of gerontological nursing*, 32(8), 51-60.

- Jordan, J. M., Helmick, C. G., Renner, J. B., Luta, G., Dragomir, A. D., Woodard, J., . . . Callahan, L. F. (2007). Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *The Journal of rheumatology*, 34(1), 172-180.
- Kawano, M. M., Araújo, I. L. A., Castro, M. C., & Matos, M. A. (2015). Assessment of quality of life in patients with knee osteoarthritis. *Acta ortopedica brasileira*, 23(6), 307-310.
- Kroll, T., Kehn, M., Ho, P.-S., & Groah, S. (2007). The SCI Exercise Self-Efficacy Scale (ESES): development and psychometric properties. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 34. doi:10.1186/1479-5868-4-34
- Kuntaros, S., Wichiencharoen, K., Prasopkittikun, T., & Staworn, D. (2007). Effects of family – centered care on self-efficacy in participatory involvement in child care and satisfaction of mothers in PICU. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(3), 203-213.
- Kuptniratsaikul, V., Tosayanonda, O., Nilganuwong, S., & Thamalikitkul, V. (2000). The efficacy of a muscle exercise program to improve functional performance of the knee in patient with osteoarthritis. *Journal Med Assoc Thai*, 85(2), 33-40.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A., . . . Hunder, G. G. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 26-35.
- Loza, E., Lopez-Gomez, J. M., Abasolo, L., Maese, J., Carmona, L., & Batlle-Gualda, E. (2009). Economic burden of knee and hip osteoarthritis in Spain. *Arthritis Care & Research*, 61(2), 158-165.
- Maddux, J. E. (2002). *Self-efficacy: The power of believing you can*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.) *Handbook of positive psychology*. New York, NY: US: Oxford University Press.
- Mahir, L., Belhaj, K., Zahi, S., Azanmasso, H., Lmidmani, F., & El Fatimi, A. (2016). Impact of knee osteoarthritis on the quality of life. *Annals of Physical and*

Rehabilitation Medicine, 59, Supplement, e159.

- Marks, R. (2001). Efficacy theory and its utility in arthritis rehabilitation: review and recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 23(7), 271-280. doi:10.1080/09638280010004162
- Mcshane, S. L., & Von Glinow, M. A. (2003). *Organizational Behavior: Emerging Realities for the Workplace Revolution*. New York: McGraw-Hill.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x
- Nguyen, C., Lefèvre-Colau, M.-M., Poiraudreau, S., & Rannou, F. (2016). Rehabilitation (exercise and strength training) and osteoarthritis: A critical narrative review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(3), 190-195. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2016.02.010
- Olivier Bruyère et al. (2010). Rehabilitation in osteoarthritis. *Therapy*, 7(6), 669-674.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Pells, J. J., Shelby, R. A., Keefe, F. J., Dixon, K. E., Blumenthal, J. A., LaCaille, L., . . . Kraus, V. B. (2008). Arthritis self-efficacy and self-efficacy for resisting eating: Relationships to pain, disability, and eating behavior in overweight and obese individuals with osteoarthritic knee pain. *PAIN*, 136(3), 340-347. doi:https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.07.012
- Porter, L. W., Bigley, G. A., & Steers, R. M. (2003). *Motivation and Work Behavior*: McGraw-Hill.
- Selfe, T. K., & Taylor, A. G. (2008). Acupuncture and Osteoarthritis of the Knee: A Review of Randomized, Controlled Trials. *Family & community health*, 31(3), 247-254. doi:10.1097/01.FCH.0000324482.78577.0f
- Shin, Y. H., Hur, H. K., Pender, N. J., Jang, H. J., & Kim, M.-S. (2006). Exercise self-efficacy, exercise benefits and barriers, and commitment to a plan for exercise among Korean women with osteoporosis and osteoarthritis. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 3-10. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.008
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-Efficacy and Work-Related Performance: A

- Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240-261.
- Tanaka, R., Ozawa, J., Kito, N., & Moriyama, H. (2013). Efficacy of strengthening or aerobic exercise on pain relief in people with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*, 27(12), 1059-1071. doi:10.1177/0269215513488898
- The Centers for Disease Control and Prevention. (2010). A national public health agenda for osteoarthritis 2010. *Arthritis foundation*, 1-62.
- The WHOQOL Group. (1994). *The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)*. In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives: Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2 – 3, 1993* (pp. 41-57). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I., & Karlsson, J. (2006). A new instrument for measuring self-efficacy in patients with an anterior cruciate ligament injury. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(3), 181-187. doi:doi:10.1111/j.1600-0838.2005.00472.x
- Thompson, L. R., Boudreau, R., Hannon, M. J., Newman, A. B., Chu, C. R., Jansen, M., . . . Kwoh, C. K. (2009). The knee pain map: reliability of a method to identify knee pain location and pattern. *Arthritis Care & Research*, 61(6), 725-731.
- Todd P Stitik. (2017). Rehabilitation for Osteoarthritis Overview of Osteoarthritis Rehabilitation. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 16.
- Tunay, V. B., Baltaci, G., & Atay, A. O. (2010). Hospital-based versus home-based proprioceptive and strengthening exercise programs in knee osteoarthritis. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 44(4), 270-277. doi:10.3944/aott.2010.2306
- Wang, T.-J., Lee, S.-C., Liang, S.-Y., Tung, H.-H., Wu, S.-F. V., & Lin, Y.-P. (2011). Comparing the efficacy of aquatic exercises and land-based exercises for patients with knee osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2609-2622. doi:doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03675.x
- Watanabe, H., Urabe, K., Takahira, N., Ikeda, N., Fujita, M., Obara, S., . . . Itoman, M.

- (2010). Quality of life, knee function, and physical activity in Japanese elderly women with early-stage knee osteoarthritis. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 18(1), 31.
- World Health Organization. (2003). *The world health report 2003: shaping the future*: World Health Organization.
- Yilmaz, H., Polat, H. A. D., Erkin, G., Akkurt, E., & Küçükşen, S. (2013). Effectiveness of home exercise program in patients with knee osteoarthritis. *European Journal of General Medicine*, 10(2).
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing*, 17(7), 795-800.
- Zhang, W., Moskowitz, R. W., Nuki, G., Abramson, S., Altman, R. D., Arden, N., . . . Tugwell, P. (2010). OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*, 16(2), 137-162. doi:10.1016/j.joca.2007.12.013



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. น.พ ศุภชัย กิตติเกษมศิลป์	นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
2. ผศ.ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ พ.ต.ต. อภิสีทธิ์ ตามสัตย์	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
4. พจอ. พิณีจ งามขำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
5. นายสรารุธ จันทรแสง	นักรายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ ๔๑ ๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕๕ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สารະปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. น.พ ศุภชัย กิตติเกษมศิลป์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก
2. พจอ. พินิจ งามขำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

น.พ ศุภชัย กิตติเกษมศิลป์ และพจอ. พินิจ งามขำ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 0-2218-1149

นางสาวโชติกา สารະปัญญา โทร. 08-6793-0998



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๖

วันที่ ๒๖ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศลุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศลุม โทร. 0-2218-1149
นางสาวโชติกา สาระปัญญา โทร. 08-6793-0998

ที่-ศธ 0512.11/1165



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพระฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ว่าที่ พันตำรวจตรี อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ อาจารย์ (สบ 2) กลุ่มงานอาจารย์ วพ.ร.ต.ร. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ว่าที่ พันตำรวจตรี อภิสิทธิ์ ตามสัตย์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสม โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวโชติกา สาระปัญญา โทร. 08-6793-0998

ที่ ศธ 0512.11/125

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

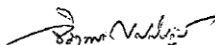
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายสรารุท จันทร์แสง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายสรารุท จันทร์แสง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ดันติโกสุม โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวโชติกา สาระปัญญา โทร. 08-6793-0998

ที่ ศธ 0512.11/0๑๖๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ เสก อักษรานุเคราะห์

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมิน Modified WOMAC Scale จากวารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู เรื่อง Modified WOMAC Scale for Knee Pain ของศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ เสก อักษรานุเคราะห์ สาขาภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2543)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 09-1886-9249
นางสาวโชติกา สาระปัญญา โทร. 08-6793-0998

ที่ศพ. 7Ab /2560



คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 2387
วันที่: 24 กรกฎาคม 2560 เวลา 09:56
ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ศภจวท
199 หมู่ 2 ต. ท้ายบ้าน อ.เมือง
จ.สมุทรปราการ 10280

18 กรกฎาคม 2560

ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 24 กรกฎาคม 2560 เวลา 14:18
เลขรับที่: วช.00639

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศพ 0512.11/0979 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560

คามหนังสือที่อ้างถึง ขออนุญาตให้ นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตปริญญา
มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใช้แบบประเมิน Modified WOMAC Scale
จากวารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู เรื่อง Modified WOMAC Scale for Knee Pain เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการ
ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อ
เข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม" ดังรายละเอียดที่แจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ กระผม ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์เสก อภิขรรณเคราะห์ ยินดีให้
นางสาวโชติกา สาระปัญญา ใช้แบบประเมิน Modified WOMAC Scale for Knee Pain เพื่อใช้ใน
การเก็บข้อมูลการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

เรียน รองคณบดี
เพื่อทราบ

24 กรกฎาคม 2560 เวลา 13:49

31 กรกฎาคม 2560 เวลา 15:41

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์เสก อภิขรรณเคราะห์)

ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ทราบ

1 สิงหาคม 2560 เวลา 16:12

งานธุรการ
โทร. 0 2703 8915
โทรสาร 0 2395 4068

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๙๗๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินคุณภาพชีวิต จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อม ที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย ของนางวาสนา กรุดไทย สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2553) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อีรณัฐ ห่านิวัติชัย เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

อนุญาต.

(นางอานา กรุดไทย)

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 0-2218-1149
นางสาวโชติกา สาระปัญญา โทร. 08-6793-0998

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	149
วันที่	17 พ.ค. 60
เวลา	19.00 น.
ผู้รับ	Dr

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวโชติกา สารประโยชน์ รหัสประจำตัว 5877207536
นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 8 ถ.เจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม เขตบางคอแหลม
กรุงเทพมหานคร 10120 รหัสไปรษณีย์ 10120 โทรศัพท์ 086-7930998
Email : sujitra827@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ต่อความรุนแรงของ
อาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางนัยนา สังคม
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2551

ลงนาม โชติกา สารประโยชน์ ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวโชติกา สารประโยชน์)
17 / พ.ค. / 2560

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควร อนุมัติ ใช้อุปกรณ์ ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม) 17 / พ.ค. / 2560	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อนุมัติ ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรุณศรี ตันติโกสม) 17 / พ.ค. / 60
--	---

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
17 / พ.ค. / 60

Dr
16 พ.ค. 60

ด่วนที่สุด

ที่ ศธ 0512.11/ 18๒5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 ตุลาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

วิชาการ
เลขรับ ๒๒๖
วันที่ ๒๕ มิ.ค. ๒๕๖๑
เวลา 10.15 น.

เนื่องด้วย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินคุณภาพชีวิต แผนการสอน เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวโชติกา สาระปัญญา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน
เพื่อโปรดทราบและดำเนินการ
ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นางสาวสุนันทา วินธิมมา)

หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
๒๕ มิ.ค. ๒๕๖๑

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
ด่วนที่สุด

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน ๑๖๐ ธง (๒๒๖ ๕๐๗๓๐)
เพื่อโปรดพิจารณา (๒๒๖๒๒)

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศล โทร. 0-2218-1149
นางสาวโชติกา สาระปัญญา โทร. 08-6793-0998

(นางสาวสุมาลี ชานินทร์ธราธาร)
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการ
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
๒๕ มิ.ค. ๒๕๖๑

ที่ กท ๐๖๐๗/ ๑ ๙ ๕๓



โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
๘ ถนนเจริญกรุง เขตบางคอแหลม
กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐

๑๕ ก.พ. ๒๕๖๓

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเบื้องต้น

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามหนังสือด่วนที่สุด ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๘๖๕ ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐ คณะพยาบาล-
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอให้พิจารณาการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
โดย นางสาวโชติกา สาระปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เพื่อประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟู
สมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” นั้น

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พิจารณาแล้วยินยอมให้ นางสาวโชติกา สาระปัญญา
เข้าทำการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย (หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุกิจ ศรีทิพยวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ศูนย์วิจัย

โทร. ๐-๒๒๘๙-๗๔๒๖

โทรสาร. ๐-๒๒๘๙-๗๐๕๓



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: cccu@chula.ac.th

COA No. 008/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 199.1/60 : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวโชติกา สาระปัญญา

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม *[Signature]*
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม *[Signature]*
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 16 มกราคม 2561

วันหมดอายุ : 15 มกราคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย *[Signature]* เลขที่โครงการวิจัย 199.1/60
16 ม.ค. 2561
- 4) แบบสอบถาม *[Signature]* วันหมดอายุ 15 ม.ค. 2562

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อน ได้รับความอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้า ไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines และ ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
รหัสโครงการ : U007h/61
หัวหน้าโครงการ : นางสาวโชติกา สาระปัญญา
สถาบันที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อุบล

(นายพิชญา นาควิษระ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....020.....

ให้ไว้ ณ วันที่..... 17 เมษายน 2561

หมดอายุ วันที่..... 16 เมษายน 2562

ประเภทของการรับรอง : ครั้งแรก แก้ไขโครงร่างการวิจัย ต่ออายุ ครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อ
เข้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโชติกา สาระปัญญา

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม เขตบางคอ
แหลม กรุงเทพมหานคร 10120. โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2897120 โทรศัพท์มือถือ 086-7930998

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย
ข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ (สัปดาห์ที่ 1) และแบบประเมิน
คุณภาพชีวิต ทั้งหมด 70 ข้อ โดยประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง(สัปดาห์ที่ 1) และหลังทดลอง
(สัปดาห์ที่ 6) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆเกี่ยวกับการรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ที่
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กลุ่มทดลอง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อ
เข้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโชติกา สารปัญญา

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม เขตบางคอ
แหลม กรุงเทพมหานคร 10120. โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2897120 โทรศัพท์มือถือ 086-
7930998

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว** ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ใน
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมโปรแกรมฯ ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล จำนวน 8 ข้อ (สัปดาห์ที่ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ทั้งหมด 70 ข้อ โดยประเมิน 2 ครั้ง
คือ ก่อนทดลอง(สัปดาห์ที่ 1) และหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 6) ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ โดยประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 และ
สัปดาห์ที่ 5 (โทรศัพท์ถาม) ซึ่งแบบประเมิน ทั้ง 3 ชุดนี้ ใช้เวลาทำประมาณ 15 นาที และยินยอมให้
ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมที่บ้านได้ (สัปดาห์ที่ 3 และ 5) โดยโทรศัพท์ ใช้เวลา 10 นาที และทำ
บันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆเกี่ยวกับการรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ที่
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อ
 เข้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโชติกา สาระปัญญา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม

เขตบางคอกแหลม กรุงเทพมหานคร 10120. โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2897120

โทรศัพท์มือถือ 086-7930998 E-mail : sujitra827@hotmail.com

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
 ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่าน
 ข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
 1. งานวิจัยครั้งนี้ เป็น การวิจัยเชิงปริมาณ แบบกึ่งทดลอง สองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เรื่อง
 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิต
 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้า
 ร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
 สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
 แพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชา
 รักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน ทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดว่า ผู้ป่วยที่มาเข้าร่วม
 โครงการที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 22 คนแรก คือ กลุ่มควบคุม และผู้ป่วย
 ที่มาเข้าร่วมโครงการที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 22 คนหลัง คือ กลุ่มทดลอง

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งแรก ที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยแบบประเมินอาการปวดข้อเข่าและประสิทธิภาพในการทำกิจวัตร โดยผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีประวัติการบาดเจ็บที่ข้อเข่า เช่น กระดูกหัก
2. ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่บริเวณข้อเข่า
3. ท่านได้รับเลือกให้เป็นกลุ่ม ควบคุม ดังกล่าวข้างต้น ในรหัส

ท่านจะได้รับการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) พบผู้ป่วยที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 70 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 -15 นาที

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 6) ประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 70 ข้อ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ในสัปดาห์ที่ 6 ที่แผนกหออผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก ใช้เวลา 10-15 นาที

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย

4. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยท่านจะได้รับเอกสารการชี้แจง และ ใบยินยอม การเข้าร่วมการวิจัย แต่ถ้าท่านไม่สะดวกในการอ่าน หรือ ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ผู้ดำเนินการวิจัยจะอ่าน อธิบายให้ท่านฟัง เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

5. ในกรณีถ้าพบผู้ป่วยผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือก และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ทีมผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วย หรือ โรงพยาบาลให้คำแนะนำและดูแลกันต่อไป

6. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ผู้วิจัยต้องใช้ข้อมูล เวชระเบียนของท่าน ผู้วิจัยจะทำหนังสือชี้แจง วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในการศึกษาเวชระเบียน

7. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

เป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยโรคโรคข้อเข่าเสื่อม ในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น จะทำให้สามารถชะลอความเสื่อม หรือบรรเทาอาการของข้อเข่าเสื่อมได้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้วิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test) ของกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 6 ที่แผนก

ห้องผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก หลังจากนั้น สอนให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

8. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือจะถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่กระทบกับการรักษาใดๆของท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะไม่มีการใส่ชื่อท่าน จะใช้รหัสแทนและจะทำลายข้อมูลทันทีหลังการวิเคราะห์ สรุปผลการวิจัย การรายงานผลจะไม่ใส่ชื่อท่าน หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อ
 เข้าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโชติกา สาระปัญญา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ถนนเจริญกรุง แขวงบางคอกแหลม

เขตบางคอกแหลม กรุงเทพมหานคร 10120. โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2897120

โทรศัพท์มือถือ 086-7930998 E-mail : sujitra827@hotmail.com

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
 ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่าน
 ข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

1. งานวิจัยครั้งนี้ เป็น การวิจัยเชิงปริมาณ แบบกึ่งทดลอง สองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เรื่อง
 ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิต
 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้า
 ร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระหว่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
 สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
 แพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ห้องตรวจคัดสรรกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชา-
 รักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน ทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดว่า ผู้ป่วยที่มาเข้าร่วม
 โครงการที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 22 คนแรก คือ กลุ่มควบคุม และผู้ป่วย
 ที่มาเข้าร่วมโครงการที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 22 คนหลัง คือ กลุ่มทดลอง

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมครั้งแรก ที่มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยแบบประเมินอาการปวดข้อเข่าและประสิทธิภาพในการทำกิจวัตร โดยผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ข้อเข่า เช่น กระดูกหัก
2. ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่บริเวณข้อเข่า
3. ท่านได้รับเลือกให้เป็นกลุ่ม ทดลอง ดังกล่าวข้างต้น ในรหัส

ท่านจะได้รับการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) พบผู้ป่วยที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (10-15 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและขอความร่วมมือในการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 70 ข้อ และทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม ทำกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน ที่ห้องประชุมกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ ใช้เวลา 50 นาที โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ความรู้ โดยการเปิดวิดีโอ และสอนตามแผนการสอน โดยขณะการสอน มีการอภิปรายกลุ่ม
2. ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสังเกตตัวแบบ จากสื่อวิดีโอ และคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้นึกถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยฝึกการออกกำลังกายที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ
4. ผู้วิจัยกระตุ้นทางด้านร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา จำนวน 7 ท่า

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึก ภายหลังเข้าร่วม กิจกรรมและออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งคนในกลุ่มต้องไม่นำสิ่งที่รับรู้ในกลุ่ม ไปเปิดเผย และช่วยแก้ปัญหา ให้ความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลรู้สึกคลายความวิตกกังวล เป็นการ กระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ การแสดงออกถึงความสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ดีขึ้น แนะนำเรื่องการทำแบบ บันทึกรูปการปฏิบัติ ฟันฟูสมรรถภาพข้อเข่า นัดทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต ในสัปดาห์ที่ 6 และแจ้งว่า จะมีการติดตามเพื่อกระตุ้น เดือน ในสัปดาห์ที่ 3 และ 5

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2 - 6) ผู้ป่วยต้องฝึกออกกำลังกายข้อเข่าที่บ้าน และ บันทึกการ ปฏิบัติฟันฟูสมรรถภาพข้อเข่าทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3 และ 5) โทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้นเดือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โทรศัพท์ติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟันฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดย การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา และกล่าวส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติฟันฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ต้นขาได้อย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 5 ทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ โดยผู้วิจัยจะถามทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) ประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 70 ข้อ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ในสัปดาห์ที่ 6 ที่แผนกหอผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ใช้เวลา 20 นาที

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและแจ้งให้ทราบว่สิ้นสุดการวิจัย

4. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยท่านจะได้รับเอกสารการชี้แจง และ ใบยินยอม การเข้าร่วมการวิจัย แต่ถ้าท่านไม่สะดวกในการอ่าน หรือ ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ผู้ดำเนินการวิจัยจะ อ่าน อธิบายให้ท่านฟัง เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

5. ในกรณีถ้าพบผู้ป่วยผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความ ช่วยเหลือ/แนะนำ ทีมผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วย หรือ โรงพยาบาลให้ คำแนะนำและดูแลกันต่อไป

6. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ผู้วิจัยต้องใช้ข้อมูลเวชระเบียนของท่าน ผู้วิจัยจะทำ หนังสือชี้แจง วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุง ประชารักษ์ ในการศึกษาเวชระเบียน

7. การเข้าร่วมการวิจัยนี้มีภาวะความเสี่ยงต่ำ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟันฟูสมรรถภาพข้อเข่า ซึ่งมีความเสี่ยงที่

เกิดจากงานวิจัยน้อยเนื่องจากมิได้กระทำการที่ก่อให้เกิดอันตรายทางด้านร่างกายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นงานวิจัยที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้สอบถามข้อสงสัยและให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา

หากมีการบาดเจ็บจากการฝึกออกกำลังกายที่บ้าน ควรปฏิบัติดังนี้

1. หยุดพักการออกกำลังกายทันที เพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้น
2. ประคบเย็น บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อลดบวมและอาการปวด เช่น ใช้น้ำแข็งประคบใน 24 - 48 ชั่วโมงหลังได้รับการบาดเจ็บ ไม่ควรประคบเกิน 15-20 นาทีต่อครั้ง ทำวันละ 2 -3 ครั้ง และจากนั้นประคบร้อนหลัง 48 ชั่วโมงไปแล้ว เช่น ประคบด้วยถุงน้ำร้อนหรือผ้าขนหนูชุบน้ำร้อน ไม่ควรประคบเกิน 15-20 นาทีต่อครั้ง ทำวันละ 2 -3 ครั้ง

3. ยกบริเวณที่บาดเจ็บขึ้นสูง เพื่อป้องกันอาการบวมและเลือดคั่งในส่วนที่บาดเจ็บ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2559)

ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้ท่านไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ เช่น การค้นบัตร การนัดคิว เป็นต้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

8. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

เป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น จะทำให้สามารถชะลอความเสื่อม หรือบรรเทาอาการของข้อเข่าเสื่อมได้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี

9. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือจะถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่กระทบกับการรักษาใดๆของท่าน

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะไม่มีการใส่ชื่อท่าน จะใช้รหัสแทนและจะทำลายข้อมูลทันทีหลังการวิเคราะห์ สรุปผลการวิจัย การรายงานผลจะไม่ใส่ชื่อท่าน หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ในวันที่ทำกิจกรรมท่านจะได้รับน้ำดื่มและอาหารว่าง ท่านละ 1 ชุด

13.“หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคาร
จามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-
mail: eccu@chula.ac.th”





ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมข้อความหรือกาเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง

1. เพศ () 1 หญิง () 2 ชาย
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง..... เซนติเมตร
5. ศาสนา
 - () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์
 - () 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 6 .สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย
 - () 4. หย่า () 5. แยกกันอยู่
7. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - () 5. ปริญญาตรี () 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. อาชีพ
 - () 1. ทำงานบ้าน () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขายและธุรกิจ () 4. รับราชการ
 - () 5. เกษตรกรรม () 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
10. ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
 - () 1. น้อยกว่า 1 ปี () 2. ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี () 3. มากกว่า 5 ปีขึ้นไป
11. โรคประจำตัว
 - () 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....
12. ประวัติการใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า
 - () 1. ไม่ใช้ () 2. ใช้ โปรดระบุชื่อยา.....
13. ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก
 - () 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุชื่อวิธีการรักษา.....

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

1. ความพึงพอใจในชีวิต

คำชี้แจง: ตามรายการต่อไปนี้ ให้ท่านเลือกตอบระดับความพึงพอใจที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

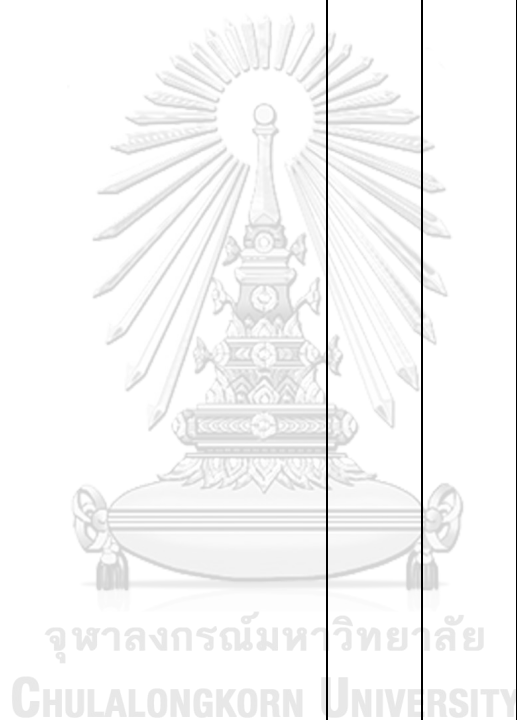
มากที่สุด โดยเขียนวงกลม ○ ล้อมรอบตัวเลขที่กำหนด

- 1 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจมากที่สุด
- 2 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจปานกลาง
- 3 หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจน้อย
- 4 หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจน้อย
- 5 หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจปานกลาง
- 6 หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

ท่านมีความพึงพอใจในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่พึงพอใจมากที่สุด	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจมากที่สุด
1. สุขภาพของท่าน	1	2	3	4	5	6
2. การดูแลสุขภาพของท่าน	1	2	3	4	5	6
3. ความเจ็บปวดที่ท่านกำลังมีอยู่	1	2	3	4	5	6
4. พลังงานที่ท่านมีสำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1	2	3	4	5	6
5. ความสามารถของท่านในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือของคนอื่น	1	2	3	4	5	6
6. ความสามารถในการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ของท่าน	1	2	3	4	5	6
7. ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย	1	2	3	4	5	6
8. ความสามารถในการควบคุมตนเองในการดำเนินชีวิต	1	2	3	4	5	6
9. โอกาสที่ท่านจะมีอายุยืนยาวตามที่ท่านต้องการ	1	2	3	4	5	6
10. สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของท่าน	1	2	3	4	5	6

ท่านมีความพึงพอใจในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่พึงพอใจมากที่สุด	ไม่พึงพอใจปานกลาง	ไม่พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจมากที่สุด
11. บุตรของท่าน	1	2	3	4	5	6
12. ความสุขในครอบครัวของท่าน	1	2	3	4	5	6
13. การมีเพศสัมพันธ์	1	2	3	4	5	6
14. คู่ชีวิต คู่รักของท่าน	1	2	3	4	5	6
15. เพื่อนของท่าน	1	2	3	4	5	6
16. การประทับใจระดับครองด้านอารมณ์ที่ท่านได้รับจากครอบครัว	1	2	3	4	5	6
17. การประทับใจระดับครองด้านอารมณ์ที่ท่านได้รับจากเพื่อน	1	2	3	4	5	6
18. ความสามารถในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวของท่าน	1	2	3	4	5	6
19. ความสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น	1	2	3	4	5	6
20. ความวิตกกังวลที่มีในชีวิตของท่าน	1	2	3	4	5	6
21. เพื่อนบ้านของท่าน	1	2	3	4	5	6
22. บ้าน หรือสถานที่ที่ท่านอาศัย	1	2	3	4	5	6
23. การงานของท่าน (ในกรณีที่ท่านทำงานอยู่)	1	2	3	4	5	6
24. การไม่มีงานทำ(ในกรณีที่ไม่มีงานทำ, เกษียณหรือพิการ)	1	2	3	4	5	6
25. การศึกษาของท่าน	1	2	3	4	5	6
26. ความสามารถในการดูแลด้านการเงินของท่าน	1	2	3	4	5	6
27. สิ่งที่ท่านทำเพื่อความสนุกสนาน	1	2	3	4	5	6
28. โอกาสของท่านสำหรับความสุขในอนาคต	1	2	3	4	5	6
29. ความสงบด้านจิตใจของท่าน	1	2	3	4	5	6
30. ความเชื่อในศาสนาที่ท่านนับถือ	1	2	3	4	5	6
31. ความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง	1	2	3	4	5	6
32. ความสุขของท่านโดยทั่วไป	1	2	3	4	5	6

ท่านมีความพึงพอใจในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจปาน	ไม่พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจปาน	พึงพอใจมากที่สุด
33. ชีวิตของท่านโดยทั่วไป	1	2	3	4	5	6
34. ภาพลักษณ์หรือลักษณะภายนอกของท่าน	1	2	3	4	5	6
35. ตัวท่านเองโดยทั่วไป	1	2	3	4	5	6



2. การให้ความสำคัญ

คำชี้แจง : ตามรายการต่อไปนี้ให้ท่านเลือกตอบระดับการให้ความสำคัญที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

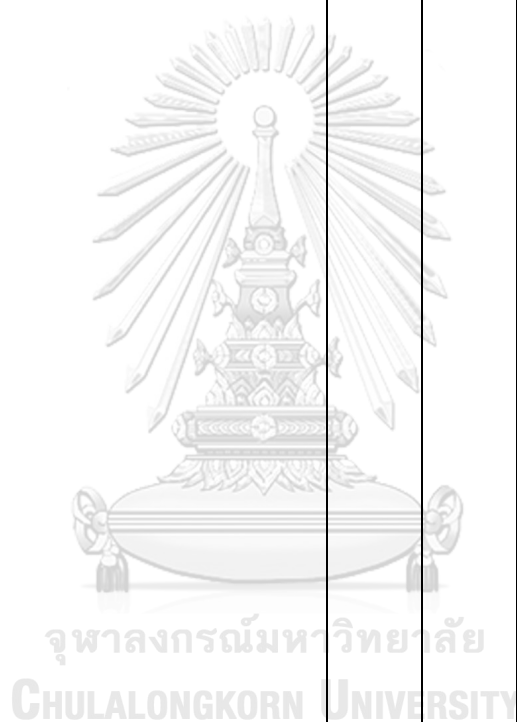
มากที่สุด โดยเขียนวงกลม ○ ล้อมรอบตัวเลขที่กำหนด

- 1 หมายถึง สภาพหรือกิจกรรมนั้น ไม่มีความสำคัญต่อท่านมากที่สุด
- 2 หมายถึง สภาพหรือกิจกรรมนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านปานกลาง
- 3 หมายถึง สภาพหรือกิจกรรมนั้น ไม่มีความสำคัญต่อท่านน้อย
- 4 หมายถึง สภาพหรือกิจกรรมนั้น มีความสำคัญต่อท่านน้อย
- 5 หมายถึง สภาพหรือกิจกรรมนั้น มีความสำคัญต่อท่านปานกลาง
- 6 หมายถึง สภาพหรือกิจกรรมนั้น มีความสำคัญต่อท่านมากที่สุด

ท่านให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่สำคัญมากที่สุด	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญน้อย	สำคัญน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมากที่สุด
1. สุขภาพของท่าน	1	2	3	4	5	6
2. การดูแลสุขภาพของท่าน	1	2	3	4	5	6
3. การไม่มีความเจ็บปวดของท่าน	1	2	3	4	5	6
4. การมีพลังที่เพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมทุกวันของท่าน	1	2	3	4	5	6
5. การดูแลตนเองโดยปราศจากความช่วยเหลือ	1	2	3	4	5	6
6. ความสามารถในการเดินไปไหนมาไหนหรือไปยังสถานที่ต่างๆ ของท่าน	1	2	3	4	5	6
7. ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย	1	2	3	4	5	6
8. ความมากน้อยของท่านในการควบคุมการดำเนินชีวิต	1	2	3	4	5	6
9. โอกาสในการมีชีวิตอยู่ยืนยาวมากที่สุดเท่าที่ท่านต้องการ	1	2	3	4	5	6
10. สุขภาพของครอบครัวของท่าน	1	2	3	4	5	6
11. บุตรของท่าน	1	2	3	4	5	6
12. ความสุขในครอบครัวของท่าน	1	2	3	4	5	6

ท่านให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่สำคัญมากที่สุด	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญน้อย	สำคัญน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมากที่สุด
13. การมีเพศสัมพันธ์ของท่าน	1	2	3	4	5	6
14. คู่ชีวิต คู่รักของท่าน	1	2	3	4	5	6
15. เพื่อนของท่าน	1	2	3	4	5	6
16. การประทับใจระดับครองด้านอารมณ์ที่ท่านได้รับจากครอบครัว	1	2	3	4	5	6
17. การประทับใจระดับครองด้านอารมณ์ที่ท่านได้รับจากเพื่อน	1	2	3	4	5	6
18. การดูแลรับผิดชอบครอบครัวของท่าน	1	2	3	4	5	6
19. ความสามารถในการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น	1	2	3	4	5	6
20. การไม่มีความวิตกกังวลของท่าน	1	2	3	4	5	6
21. เพื่อนบ้านของท่าน	1	2	3	4	5	6
22. บ้าน หรือสถานที่ที่ท่านอาศัย	1	2	3	4	5	6
23. การงานของท่าน (กรณีที่ท่านทำงานอยู่)	1	2	3	4	5	6
24. การมีงานทำ(กรณีที่ไม่ได้ทำงาน, เกษียณ หรือพิการ)	1	2	3	4	5	6
25. การศึกษาของท่าน	1	2	3	4	5	6
26. ความสามารถในการดูแลจัดการความต้องการด้านการเงินของท่าน	1	2	3	4	5	6
27. การกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อความสนุกสนาน	1	2	3	4	5	6
28. การมีความสุขในอนาคตของท่าน	1	2	3	4	5	6
29. ความสงบทางด้านจิตใจของท่าน	1	2	3	4	5	6
30. ความเชื่อในศาสนาที่ท่านนับถือ	1	2	3	4	5	6
31. ความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง	1	2	3	4	5	6
32. ความสุขโดยทั่วไปของท่าน	1	2	3	4	5	6
33. ความพึงพอใจในชีวิตของท่าน	1	2	3	4	5	6

ท่านให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	ไม่สำคัญมากที่สุด	ไม่สำคัญปานกลาง	ไม่สำคัญน้อย	สำคัญน้อย	สำคัญปานกลาง	สำคัญมากที่สุด
34. ภาพลักษณ์หรือลักษณะภายนอกของท่าน	1	2	3	4	5	6
35. การเป็นตัวของตัวเองของท่านเอง	1	2	3	4	5	6



2.1 แผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



	แผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
สำหรับ	ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
สถานที่สอน	ห้องตรวจคัดแยกกรมกระดูก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
ผู้สอน	นางสาวโชติกา สาระปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัฐ์ นนไทยทวีกุล
วัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้	1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และเรื่องการทำปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 2. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถปฏิบัติตนในกรณีที่พบสภาพสมรรถภาพข้อเข่าได้ถูกต้อง
เวลาสอน	30 นาที

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ ระหว่างผู้สอนกับ ผู้ช่วย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ช่วย สนใจและให้ ความสำคัญกับ หัวข้อการสอน</p>	<p>ผู้นำ (2 นาที)</p> <p>ผู้สอนเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้สอน เพื่อให้เกิด ความคุ้นเคย และไว้วางใจ ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพ ผู้สอนแจ้งวัตถุประสงค์ ของการสอนใน ครั้งนี้</p>	<p>-ผู้สอนแนะนำ และกล่าว ทักทายผู้ช่วยท่าที่ที่สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>-ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การสอน และระยะเวลา ของการทำงานกิจกรรม</p>	<p>-วีดิทัศน์ การ ปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>- ผู้สอน</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม</p>	<p>โครงสร้างของข้อเข่า (11 นาที)</p> <p>ข้อเข่าประกอบด้วย กระดูก 3 ชิ้น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.กระดูกต้นขา 2.กระดูกหน้าแข้ง 3.กระดูกสะบ้า <p>กระดูกทั้งสามจะมีเยื่อข้อ เชื่อมติดกันด้วยเส้นเอ็นข้อเข่า โดยปกติผิวสัมผัสของกระดูกทั้งสองจะสัมผัสกันเล็กน้อย และมีการระดมูก่อนเคลื่อนไหว</p> <p>หากกระดูกทั้งสองมีลักษณะเรียบ มีนํ้า และผิวสัมผัสกัน จะช่วยให้กระดูกเคลื่อนไ้สะดวก และทำให้รูปร่างกระดูกข้อเข่าช่วยกันค้ำยันกัน</p> <p>ข้อเข่ามีนํ้าหล่อเลี้ยงช่วยในการหล่อลื่นและถ่ายนํ้าหนัก</p>	<p>โรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>หมายถึง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ฟังทางตำรารูปร่างโครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อและกระดูกบริเวณใกล้เคียง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ</p>	<p>ผู้สอนใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมนในการเรียนรู้ เช่น “ท่านทราบหรือไม่ว่าท่านป่วยเป็นโรคอะไร”</p> <p>- ผู้สอนมีผู้ป่วยเข้าสู่งการรับชม</p> <p>วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคและเห็นตัวแบบจากวีดิทัศน์</p>	<p>การประเมินผล</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ 40 ปีขึ้นไป 2. เพศ หญิงพบได้มากกว่าเพศชาย 3. ความอ้วน โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² 4. การบาดเจ็บทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อข้อเข่า 5. การสูบบุหรี่ 6. ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น <p>อาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปวดข้อ 2. ข้อฝืดตึง หรือขยับติด 3. ข้อใหญ่ผิดปกติ 4. มีเสียงดังกรอกรบในข้อ 5. มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำงาน 6. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารเดินได้เป็นปกติ 		<p>-วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>-วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>เนื้อหา</p> <p>เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีอาการปวดข้อเข่า 2. การตรวจภาพรังสีพบมีกระดูกงอกบริเวณข้อเข่า 3. และมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ จากอาการดังต่อไปนี้ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) มีอายุมากกว่า 50 ปี 2) มีอาการข้อฝืดหรือข้อยึดติดในตอนเช้า ประมาณ 30 นาที แล้วหาย 3) มีเสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะที่มีการเคลื่อนไหวข้อเข่า <p>แนวทางการรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาโดยใช้ยา <ul style="list-style-type: none"> - ยาแก้ปวด - ยาแก้อักเสบ - ยาทาเฉพาะที่ หรือ เจลพริก - ยากลุ่ม Disease modifying anti-osteoarthritis drugs (DMOAD) เช่น กลูโคซามีน (glucosamine) 2. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด <ul style="list-style-type: none"> - การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม - การล้างข้อ และการตัดแต่งเนื้อเยื่อในข้อด้วยกล้องส่องกล้อง - การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนว 		<p>- วิดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>- วิดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p> <p>- วิดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>แนวทางการรักษา</p> <p>3. การรักษาโดยไม่ใช้ยา หรือการใช้แพทย์ทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ - การลดน้ำหนักตัว - การประคบด้วยความเย็น หรือความร้อน เมื่อปวด - งดการใช้งานข้อเท้า หรือให้ข้อเท้าได้พัก - การใส่ Support - การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้า โดยการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (กิริติ เจริญชลาภนิช, 2559) 		<p>- วิดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วย โรคข้อเท้าเสื่อม</p>	
<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความ เข้าใจเรื่องการ ปฏิบัติตนสำหรับ ผู้ป่วยโรคข้อเท้า เสื่อม</p>	<p>การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม</p> <p>1. การปรับเปลี่ยนอิริยาบถและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน</p> <p>1.1 การนั่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนิ่งๆ นานๆ - หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เลี้ยงเด็ก เตรียมอาหาร ทำการฝีมือ ทำงานบ้านต่างๆ <p>1.2 การนอน ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้นเพราะจะเกิดความยากลำบากเมื่อลุกเข้า-ออก</p> <p>1.3 การยืน ควรยืนตรงให้หนักตัวลงขาทั้งสองข้างเท่ากัน</p> <p>1.4 การเดิน ควรเดินบนพื้นราบ ควรใส่รองเท้าแบบมีสันแต่ยี่ห้อหรือไม่มีสัน</p>		<p>วีดีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วย โรคข้อเท้าเสื่อม</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล												
	<p>เนื้อหา</p> <p>1.5 การใช้ห้องน้ำ ควรใช้ชักโครก หรือถ้าสวมเข็มหรือสวมถุงยาง ควรใช้เก้าอี้ที่มีรูตรงกลาง</p> <p>2. การควบคุมน้ำหนักตัว ควรอยู่ในเกณฑ์สมส่วน</p> <p>วิธีการคำนวณ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)</p> <p>จากสูตร = $\frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง}}$</p> <table border="1" data-bbox="719 1032 1034 1792"> <thead> <tr> <th>ค่าดัชนีมวลกาย</th> <th>แปลผล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่า 18.5</td> <td>ผอม</td> </tr> <tr> <td>18.5 – 22.9</td> <td>ปกติ</td> </tr> <tr> <td>23.0 – 24.9</td> <td>โรคอ้วนระดับ 1</td> </tr> <tr> <td>25.0 - 29.9</td> <td>โรคอ้วนระดับ 2</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับ 30</td> <td>โรคอ้วนระดับ 3</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าดัชนีมวลกาย	แปลผล	น้อยกว่า 18.5	ผอม	18.5 – 22.9	ปกติ	23.0 – 24.9	โรคอ้วนระดับ 1	25.0 - 29.9	โรคอ้วนระดับ 2	มากกว่าหรือเท่ากับ 30	โรคอ้วนระดับ 3		<p>วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม</p>	
ค่าดัชนีมวลกาย	แปลผล															
น้อยกว่า 18.5	ผอม															
18.5 – 22.9	ปกติ															
23.0 – 24.9	โรคอ้วนระดับ 1															
25.0 - 29.9	โรคอ้วนระดับ 2															
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	โรคอ้วนระดับ 3															

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>ข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกาย และข้อเข้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้หลากหลาย - รับประทานอาหารพืชผักให้มาก และผลไม้มันเป็นประจำวัน - รับประทานอาหารปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ เต้าหู้ และถั่วเมล็ดแห้ง - ดื่มนมถั่วเหลืองหรือนมพร่องมันเนย - รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอดี - หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด - รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน - งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - ดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 8 แก้วต่อวัน เพราะมีผลต่อปริมาณน้ำในข้อ ช่วยหล่อลื่นและรับแรงกระแทกให้กับข้อได้ 			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข้าได้ถูกต้อง</p>	<p>เนื้อหา</p> <p>3.การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข้าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (15 นาที) มีวัตถุประสงค์เพื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อเข้า 2. เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ และป้องกันการติดของข้อ 3. เพิ่มความมั่นคงของข้อ 4. เพิ่มความสามารถในการใช้งานข้อเข้า 5. เพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย <p>(ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554)</p> <p>มีท่าบริหารทั้งหมด 7 ท่า ดังนี้ (สรุปเพื่อ สุวรรณสว่าง, 2551)</p> <p>ท่าที่ 1 นอนหงาย งอข้อเข้าที่ที่ไม่ปวด แล้วเหยียดขาออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วกลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ</p> <p>ท่าที่ 2 นั่งเหยียดขา วางเท้าข้างหนึ่งบนหมอน เหยียดขาให้ตั้งเข่าตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วสลัดไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำข้างละ 10 ครั้ง ทำวันละ 2 รอบ</p> <p>ท่าที่ 3 นอนหงาย ใช้หมอนใบเล็กหนุนใต้เข่า ให้อกเล็กน้อย ค่อยๆเกร็งให้เข้าเหยียดตรง ค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วกลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ</p> <p>ท่าที่ 4 นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ค่อยๆเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา แล้วยกขาขึ้นจากพื้นประมาณ 1 คืบ เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วกลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ</p>		<p>วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม</p>	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>ทำที่ 5 นอนคว่ำ งอขาข้างหนึ่ง สูงจากพื้นประมาณ 1 คืบ เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ</p> <p>ทำที่ 6 นอนคว่ำ งอขาข้างลำตัว เท้าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดออกไปจนสุด ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ</p> <p>ทำที่ 7 นิ่งเก้าอี้ และพิงพนักเก้าอี้ ยกเท้าจากพื้น ไม่ให้เท้าสัมผัสพื้น เหยียดเข้า พร้อมทรงกระดูกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ นับ 1 ถึง 5 แล้วพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2 รอบ</p>	<p>- ภายหลังรับชมวีดิทัศน์</p> <p>ผู้สอนทำการสอบถาม</p> <p>บทวนด้วยคำถาม</p> <p>ดังต่อไปนี้</p> <p>1.โรคข้อเข่าเสื่อมมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอะไรบ้าง</p> <p>2.อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมมีอะไรบ้างตรงกับอาการของท่านบ้างหรือไม่</p>	<p>- ผู้สอน</p> <p>- ผู้ป่วย</p>	<p>- บอกปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ถูกต้อง</p> <p>- บอกอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
		<p>3. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ในปัจจุบันมีอะไรบ้าง และ ท่านเคยรักษาด้วยวิธีใดมา ก่อนหน้านี้</p> <p>4. ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร เมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม</p>		<p>-บอกวิธีการ รักษาโรคข้อ เข่าเสื่อมใน ปัจจุบันได้ ถูกต้อง และ บอกวิธีการ รักษาที่เคย ได้รับมาก่อน</p> <p>-บอกถึงวิธีการ ปฏิบัติตนเมื่อ เป็นโรคข้อเข่า เสื่อมได้</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
		<p>5.การออกกำลังกายเพื่อ ฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเท้าทำ "ได้อย่างไรบ้าง"</p> <p>- ผู้สอนให้ผู้ป่วยสาธิตกลับไป ภายหลังจากดู วีดิทัศน์ โดยให้ผู้ป่วยออก กำลังกาย ที่ละท่าจนครบ 7 ท่า</p>		<p>-บอกถึงการ ออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพข้อ เท้าได้ถูกต้อง -สามารถออก กำลังกาย กล้ามเนื้อต้น ขา ได้ทั้งหมด 7 ท่า</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
	<p>ขั้นสรุป (3 นาที)</p> <p>โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ที่มักพบร่วมกับอาการเจ็บหรือปวด ข้อเข่าผิดรูป ข้อฝืด หรือข้อติด บางรายเดินได้ การปฏิบัติภารกิจประจำวันต่างๆ ทำได้ยากลำบาก ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงต้องปฏิบัติตามที่ถูกต้อง เพื่อชะลอข้อเสื่อม โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ส่งผลให้ลดอาการปวด ทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระของครอบครัว และทำให้คุณภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีชีวิตดีขึ้นในที่สุด</p>	<p>- ร่วมกันอภิปรายสรุปการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม</p>	<p>- ผู้สอน - ผู้ป่วย</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถสรุปเนื้อหาได้มากกว่า 80 %</p>

รายการอ้างอิง

- กิริติ เจริญชลาภานิช. (2559). *คัลยศาสตร์บูรณสหภาพเชื้อเขาสีเสอม*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ดีฟวิง จำกัด
- ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2554). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคเชื้อเขาสีเสอม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.icost.or.th/web/data/cpgoa2554.pdf>
- สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาต่อระดับความปวดของผู้ป่วยโรคเชื้อเขาสีเสอมตามวัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

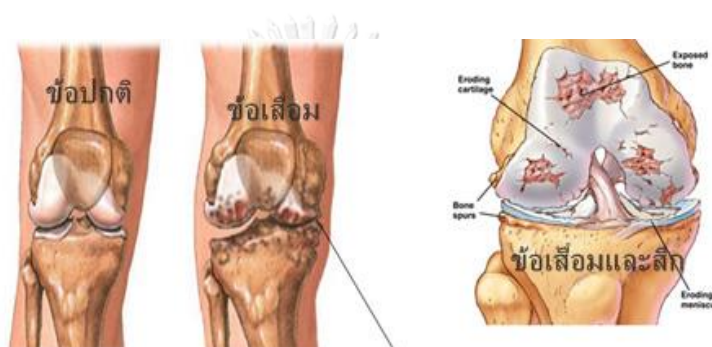


ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.2 คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

คู่มือ

การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



ที่มาของภาพ : <http://www.morsengherbthai.com/images/editor>

จัดทำโดย

นางสาวโชติกา สาระปัญญา

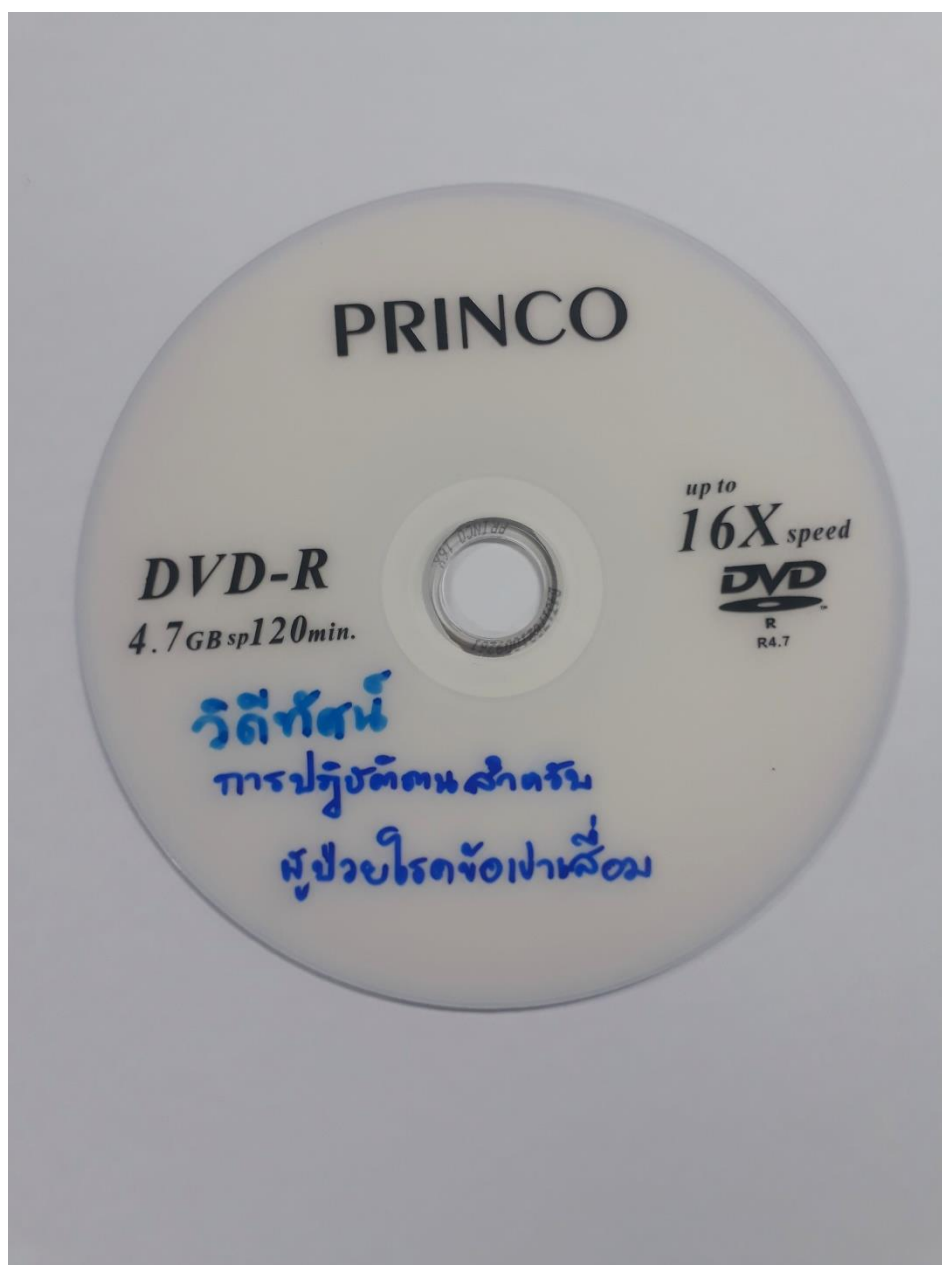
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.3 วิธีทัศนการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.4 แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

บทสนทนา แผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

สัปดาห์ที่ 3 โทรศัพท์ครั้งที่ 1 (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน โชติกา สารະปัญหา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสหายคุณ...(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)...ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ค่ะ “ไม่ทราบว่า คุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่ค่ะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่จะสะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ”

บทนำ

“ คุณ..... เป็นอย่างไรบ้างคะ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมและฝึกการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาที่โรงพยาบาล ” วันนี้ดิฉันโทรมา เพื่อติดตามเยี่ยม และพูดคุยกันตามที่เรานัดกันไว้ค่ะ ก่อนอื่นดิฉันต้องขอทบทวนกำหนดการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และวัตถุประสงค์ อีกครั้ง ดังนี้ค่ะ ”

โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทั้งหมด 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 5 ครั้งละ 10 นาที มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนการปฏิบัติกรออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา
2. เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เช่น “คุณออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ค่ะ” หากไม่สม่ำเสมอให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยใช้คำถาม เช่น มีทำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทำไหนด ที่คุณปฏิบัติไม่ได้ หรือมีปัญหาในการปฏิบัตินั้น” กรณีผู้ป่วยมีปัญหา จะต้องหาทางออกร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และกระตุ้นเตือนการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา

กล่าวชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาสม่ำเสมอ

สรุป

กระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างต่อเนื่อง และเน้นย้ำว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าโดยการออกกำลังกายนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และช่วยชะลอความเสื่อมของข้อเข่าและไม่เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมา ซึ่งจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

นิตหมาย

หลังจบการสนทนาแต่ละครั้ง ทำการนิตหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ถัดไป สัปดาห์ที่ 5 โทรศัพท์ครั้งที่ 2 (ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 10-15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูล

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน โชติกา สาระปัญญา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ขอเรียนสายคุณ....(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)....ค่ะ ดิฉันโทรมาเยี่ยมตามนัดที่ตกลงกันไว้ที่โรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ค่ะ “ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกที่จะพูดสายหรือไม่ค่ะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทสนทนาต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ....ติดต่อกลับมาที่ดิฉัน หรือแจ้งช่วงเวลาที่จะสะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับไปใหม่ค่ะ”

บทนำ

“คุณ.....เป็นอย่างไรบ้างคะ สัปดาห์นี้มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติหรือไม่ค่ะ”

เนื้อหา

ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า การโทรศัพท์ครั้งนี้ จะเป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งสุดท้ายตามที่ตกลงไว้ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสรุปเกี่ยวกับการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า

สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยใช้คำถาม เช่น “คุณออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทุกวัน อย่างสม่ำเสมอหรือไม่ค่ะ หากไม่สม่ำเสมอให้ผู้ป่วยอธิบายว่าเกิดจากสาเหตุอะไร

ประเมินปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยใช้คำถาม เช่น มีท่าออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ท่าไหนที่คุณปฏิบัติไม่ได้ หรือมีปัญหาในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา” กรณีผู้ป่วยมีปัญหา จะต้องหาทางออกร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

กล่าวชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าถูกต้อง และสม่ำเสมอ

ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย โดยสอบถามทางโทรศัพท์

สรุป

เน้นย้ำว่าการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า โดยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ นั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต และช่วยชะลอความเสื่อมของข้อเข่าและไม่เกิดผลกระทบบในด้านต่าง ๆ ตามมา ซึ่งจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

นัดหมาย

ทำการนัดหมายการพบผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสัปดาห์ถัดไป ที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test)



2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย

ประชากรตัวอย่างรายที่.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็น สถานการณ์อันแสดงถึงเหตุผลโดยรวมที่ไม่ออกกำลังกาย

โปรดระบุว่า ปัจจุบัน ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในการออกกำลังกาย ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความมั่นใจมากที่สุดที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความมั่นใจมากที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความมั่นใจปานกลางที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจน้อยที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจเลยที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

สถานการณ์ในการออกกำลังกาย	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน ในสภาพอากาศที่ไม่เหมาะสม เช่น อากาศเย็นหรือร้อนเกินไป					
2. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน แม้ว่าจะรู้สึกเบื่อหน่ายต่อโปรแกรมการออกกำลังกาย					
3. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน แม้ว่าจะรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในขณะที่ออกกำลังกายบ้าง					
4. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวันเพียงลำพัง					
5. ถึงแม้ว่าท่านจะมีความรู้สึกไม่สนุกกับการออกกำลังกาย ท่านก็สามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน					

สถานการณ์ในการออกกำลังกาย	มั่นใจ มากที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ น้อย	ไม่มั่นใจ เลย
6. ท่านสามารถแบ่งเวลาในการออกกำลังกายถึงแม้ว่าจะมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้อง กระทำ					
7. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อ ต้นขาได้ทุกวัน แม้ว่าจะรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เมื่อย่ำ					
8. ถึงแม้ว่าจะรู้สึกเครียด ท่านก็สามารถ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน					
9. แม้มีอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า ท่านก็สามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้น ขาได้ทุกวัน					

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเช่า

ประชากรตัวอย่างรายที่.....

อายุ.....ปี

โปรดเขียนเครื่องหมาย ในหน้า หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

ลำดับ ที่	ว/ด/ป	ทำบริหาร กล้ามเนื้อต้นขา	ทำ	ไม่ทำ	หมายเหตุ (ไม่ทำเพราะ)	
1		ทำที่ 1				
		ทำที่ 2				
		ทำที่ 3				
		ทำที่ 4				
		ทำที่ 5				
		ทำที่ 6				
		ทำที่ 7				
		ทำที่ 1				
		ทำที่ 2				
		ทำที่ 3				
		ทำที่ 4				
		ทำที่ 5				
		ทำที่ 6				
		ทำที่ 7				
		ทำที่ 1				
		ทำที่ 2				
		ทำที่ 3				
		ทำที่ 4				
		ทำที่ 5				
		ทำที่ 6				
		ทำที่ 7				



ตารางที่ 6 คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ข้อ ที่	รายชื่อ	Pre-test (n=22)	Post-test (n=22)	
1	สุขภาพของท่าน	0.84	8.38	+7.54
2	การดูแลสุขภาพของท่าน	2.59	8.70	+6.11
3	ความเจ็บปวดที่ท่านกำลังมีอยู่	-1.68	7.36	+9.04
4	พลังงานที่ท่านมีสำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2.20	7.54	+5.34
5	ความสามารถของท่านในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือของคนอื่น	4.88	8.65	+3.77
6	ความสามารถในการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ของท่าน	4.31	8.52	+4.21
7	ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย	4.36	9.11	+4.75
8	ความสามารถในการควบคุมตนเองในการดำเนินชีวิต	4.68	8.63	+3.95
9	โอกาสที่ท่านจะมีอายุยืนยาวตามที่ท่านต้องการ	12.79	12.93	+0.14
10	สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของท่าน	8.36	11.86	+3.5
11	บุตรของท่าน	7.68	8.75	+1.07
12	ความสุขในครอบครัวของท่าน	7.47	9.81	+2.34
13	การมีเพศสัมพันธ์	2.20	5.38	+3.18
14	คูชีวิต คู่รักของท่าน	3.81	7.65	+3.84
15	เพื่อนของท่าน	4.79	5.75	+0.96
16	การประทับใจด้านอารมณ์ที่ท่านได้รับจากครอบครัว	4.84	8.77	+3.93
17	การประทับใจด้านอารมณ์ที่ท่านได้รับจากเพื่อน	3.40	5.13	+1.73
18	ความสามารถในการดูแลรับผิดชอบครอบครัวของท่าน	5.79	8.5	+2.71
19	ความสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น	4.90	7.54	+2.64
20	ความวิตกกังวลที่มีในชีวิตของท่าน	3.68	7.47	+3.79

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อ ที่	รายชื่อ	Pre-test (n=22)	Post-test (n=22)	
21.	เพื่อนบ้านของท่าน	2.77	5.52	+2.75
22.	บ้าน หรือสถานที่ที่ท่านอาศัย	5.13	8.36	+3.23
23.	การงานของท่าน (ในกรณีที่ทำงานอยู่)	6.25	9.18	+2.93
24.	การไม่มีงานทำ(ในกรณีที่ไม่มีงานทำ,เกษียณหรือ พิการ)	2.5	2.5	0
25.	การศึกษาของท่าน	3.88	3.90	+0.02
26.	ความสามารถในการดูแลด้านการเงินของท่าน	2.88	7.02	+4.14
27.	สิ่งที่ท่านทำเพื่อความสนุกสนาน	5.25	7.59	+2.34
28.	โอกาสของท่านสำหรับความสุขในอนาคต	5.70	9.63	+3.93
29.	ความสงบด้านจิตใจของท่าน	6.34	9.06	+2.72
30.	ความเชื่อในศาสนาที่ท่านนับถือ	10.18	10.22	+0.04
31.	ความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง	6.5	9.43	+2.93
32.	ความสุขของท่านโดยทั่วไป	6.43	9.47	+3.04
33.	ชีวิตของท่านโดยทั่วไป	6.52	8.93	+2.41
34.	ภาพลักษณ์หรือลักษณะภายนอกของท่าน	4.75	8.13	+3.38
35.	ตัวท่านเองโดยทั่วไป	6.54	9.27	+2.73

ตารางที่ 7 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (n= 22)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อนทดลอง (n=22)		หลังทดลอง (n=22)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน ในสภาพอากาศที่ไม่เหมาะสม เช่น อากาศเย็นหรือร้อนเกินไป	2.27	.550	3.95	.213
2. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน แม้ว่าจะรู้สึกเบื่อหน่ายต่อโปรแกรมการออกกำลังกาย	2.27	.767	3.86	.351
3. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน แม้ว่าจะรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในขณะที่ออกกำลังกายบ้าง	2.36	.790	3.95	.375
4. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวันเพียงลำพัง	2.55	.671	4.68	.477
5. ถึงแม้ว่าท่านจะมีความรู้สึกไม่สนุกกับการออกกำลังกาย ท่านก็สามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน	2.50	.740	3.95	.375
6. ท่านสามารถแบ่งเวลาในการออกกำลังกายถึงแม้ว่าจะมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องกระทำ	2.50	.598	4.09	.294
7. ท่านสามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน แม้ว่าจะรู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า	2.09	.750	3.73	.456
8. ถึงแม้ว่าจะรู้สึกเครียด ท่านก็สามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน	2.18	.664	3.77	.429
9. แม้มีอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าท่านก็สามารถออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาได้ทุกวัน	1.73	.456	3.50	.512

ตารางที่ 8 ผลแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเช่า

ท่าที่	กลุ่มทดลอง (n=22)	
	≥ ร้อยละ 80	< ร้อยละ 80
1	22	0
2	22	0
3	22	0
4	22	0
5	22	0
6	22	0
7	22	0

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเช่าเสื่อมมีการลงบันทึก แบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเช่า มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ทั้งหมด 22 คน ซึ่งผ่านเกณฑ์ในการประเมิน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวโชติกา สาระปัญญา
วัน เดือน ปี เกิด	29 กันยายน 2529
สถานที่เกิด	อุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่ปัจจุบัน	32 ม.8 ต. ไร่ไต้ อ. พิบูลมังสาหาร จ. อุบลราชธานี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY