

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ
อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ
อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

THE EFFECT OF SELF-EFFICACY SKILL OSTEOARTHRITIS CARE PROGRAM
OF CAREGIVER AT PO HEALTH PROMOTION HOSPITAL,
WIANGKAEN DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE



NARONGWIT KHAMRANGSI

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

June 2022

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ
อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ของ ณิชวีชญ์ คำรังษี

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ดร. สุทธิชัย ศิรินวล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาดศรี)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกุล มะโนหน)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

- เรื่อง:** ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** ณรงค์วิชัย คำรัมย์, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมชาย จาคศิริ
- คำสำคัญ:** โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ภาวะข้อเข่าเสื่อม

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีผลเสียต่อสุขภาพโดยตรง งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 34 คู่ เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก ร่วมกับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมถึงการบรรยายและการสาธิต ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อน 3.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และทักษะการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 9.86 คะแนน และลดคะแนนอาการปวดเข่าลดลง ร้อยละ 4.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)



Title: THE EFFECT OF SELF-EFFICACY SKILL OSTEOARTHRITIS CARE PROGRAM
OF CAREGIVER AT PO HEALTH PROMOTION HOSPITAL,
WIANGKAEN DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE

Author: Narongwit Khamrangsi, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Assistant Professor Somchai Jadsri , Ph.D.

Keywords: self-efficacy program on the care skills of the elderly, Osteoarthritis

ABSTRACT

Osteoarthritis is still the public health problem due to its adverse effect on health directly. This research aimed to study the effect of self-efficacy program on osteoarthritis senile care skill of caregivers at Por health promotion hospital, WianKaen District, Chiang Rai Province. The samples in this study were 34 pairs caregivers and elderlies with osteoarthritis, selected by convenience sampling, joint the self-efficacy program including lecturing and demonstrating. The data was collected by questionnaires and analyzed by Paired T-test.

The results found that after attending the program, the caregivers had average knowledge higher than before 3.44 scores significantly ($p < 0.001$) and osteoarthritis senile care skill increased 6.47 scores ($p < 0.001$). While the elderlies with osteoarthritis were found increased 9.86 scores in quality of life and decreased knee pain score as 4.07% significantly ($p < 0.001$)



กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาตศรี อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการวิจัยตั้งแต่ต้นจนเสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต อาจารย์ประจำวิชาที่ให้ความกรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีค่ายิ่งและกรุณาให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร นายสุพจน์ เชื้อเมืองพาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนายทศพล เมืองอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ให้คำแนะนำและกรุณาอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ความสำเร็จในการทำการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับการส่งเสริม สนับสนุน จากครอบครัวที่ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาหาความรู้และคอยเป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่แก่ผู้วิจัยหาที่เปรี๊ยะบมิได้ ผู้วิจัยขอระลึกถึงผู้ที่เป็นเจ้าของแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยนำมาอ้างอิงในการทำการวิจัยฉบับนี้ คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากการวิจัยฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการีทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จ แต่หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการศึกษาในโอกาสต่อไป

ณรงค์วิชัย คำรังษี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย.....	4
สมมุติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
กรอบแนวคิด	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ความหมายของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	8
โรคข้อเข่าเสื่อม	11
แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	20
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของแบนดูรา	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30

รูปแบบงานวิจัย.....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย.....	42
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	42
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม.....	45
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.....	48
ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม.....	50
ส่วนที่ 5 ข้อมูลอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม.....	51
บทที่ 5 บทสรุป.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	53
การอภิปรายผล.....	54
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย.....	56
บรรณานุกรม.....	57
บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	62
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองเชิงจริยธรรม.....	63
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	64
ประวัติผู้วิจัย.....	74

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงกิจกรรมในโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย	38
ตาราง 2 แสดงแผนการดำเนินงาน	41
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	42
ตาราง 4 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้รายข้อของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	45
ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	47
ตาราง 6 แสดงผลคะแนนทักษะการปฏิบัติรายข้อก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	48
ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	49
ตาราง 8 แสดงผลคะแนนรายข้อของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	50
ตาราง 9 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	50
ตาราง 10 แสดงผลแสดงอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	51
ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	52

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคน ใน พ.ศ. 2564 และสถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งประเทศ 30,167 คน และคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 100,000 คน ได้เท่ากับ 46.68 % การที่พบอุบัติการณ์ของการเพิ่มขึ้นจากโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยนั้น หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมย่อมมีผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการเจ็บป่วย ครอบคลุม ชุมชน สังคม รวมถึงระบบการแพทย์และการสาธารณสุขตามมาได้ (นงพิมพ์ นิมิตอนันท์, 2557)

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ระบบบริการดีขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายในผู้ป่วยลดลง คนอายุยืนขึ้น จำนวนสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประชากรในประเทศ 64.50 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9.40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.50 โดยเพิ่มขึ้นปีละ 5 แสนคน คาดว่าปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

จากแนวโน้มที่สังคมวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเผชิญกับภาวะโรคต่าง ๆ รุมเร้า ข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาในผู้สูงอายุลำดับต้น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแล รักษา ฟันฟูและส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง จากผลการศึกษาปัญหาการเจ็บป่วยจากการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทยในปี 2552 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่ามีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85 หรือจำนวนประมาณ 6 ล้านคนที่สามารถดูแลตนเองได้ และมีผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ติดบ้าน ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยเหลือดูแลกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 15 โดยประมาณมี 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญที่นำมาด้วยภาวะดังกล่าว ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

จากการศึกษา สถานการณ์ล่าสุดจากโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทยของกลุ่มงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเวียงแก่น พบว่าปี 2561 มีผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อมที่มารับบริการจำนวนทั้งหมด 202 คน เป็นผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 ปี 2562 มีผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อมที่มารับบริการจำนวนทั้งหมด 257 คน เป็นผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ปี 2563 มีผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อมที่มารับบริการจำนวนทั้งหมด 280 คน เป็นผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และล่าสุดปี 2564 มีผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อมที่มารับบริการจำนวนทั้งหมด 312 คน เป็นผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรที่มารับบริการแพทย์แผนไทย จากการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ามีผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีมากที่สุด ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคขอเข้าเสื่อมจำนวนมากในแต่ละปี (กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเวียงแก่น, 2560-2564)

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายในทุกๆด้าน เป็นผลมาจากความเสื่อมและปัจจัยด้านเศรษฐศาสตร์และสังคม (Socio-Economics Status, SES) สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปส่งผลให้สมรรถนะและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต(Quality of life) ลดลงตามมาด้วย อย่างไรก็ตามสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้นในด้านสุขภาพกายประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) การดูแลผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อมที่บ้านนับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากภาวะผลกระทบจากโรคเรื้อรังหรือภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุทำให้เกิดความต้องการที่พึ่งพิงและการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลจากครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด ด้วยเหตุผลนี้สถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ดังนั้น

จุดประสงค์หลักของการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือการทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัวอยู่ก็ตามโดยหน้าที่ของผู้ดูแลคือทำให้ ผู้สูงอายุ เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ คุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วย 1. การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และสุขภาพทางปัญญาที่ดี 2. การทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม โดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด 3. การมีความมั่นคงในชีวิต ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถด้านต่าง ๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจจะเป็นผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องของหลายวิชาชีพ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2556)

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือทำเกษตรกรรมที่ต้องตรากตรำทำงานหนัก จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้นได้และเนื่องจากพื้นที่นี้เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติงานอยู่ทำให้พบเห็นปัญหว่ากลุ่มผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดที่มาใช้บริการมาด้วยอาการเกี่ยวกับการปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ อาการหนึ่งที่พบมากคือ อาการปวดเข่า เข่าเสื่อม เข่าอักเสบ ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมีความลำบาก ทำให้ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยใช้รูปแบบการเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนคูราประกอบด้วย ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1. การพูดชักจูง 2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วย 4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และบรรยายภาคการเรียนรู้จะผ่อนคลายเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกได้และพูดให้กำลังใจและผู้วิจัยชี้แจงว่าคนในกลุ่มนี้ต้องไม่นำสิ่งที่รับรู้กันในกลุ่มไปเปิดเผย และการใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านและมีผู้วิจัย

คอยติดตามผลของโปรแกรมเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่บ้าน และช่วยขยายพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการประเมินอาการปวดข้อของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันหรือไม่

3. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้คะแนนระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นหรือไม่

4. โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้ระดับอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุลดลงหรือไม่

สมมุติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยระดับทักษะการดูแลผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น
4. โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมปวดข้อเข่าลดลง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมตามรูปแบบการเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลระหว่าง ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2565

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

ผลที่ได้จากการวิจัยนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความมั่นใจในความสามารถของตนและสามารถนำไปโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมให้สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้างานวิจัยอื่น ๆ ได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นญาติที่อยู่บ้านเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย หรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรืออาจเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทนทั้งนี้ต้องเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพันหรือเป็นการตอบแทนคุณความดี

2. ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับคัดกรองว่าเป็นผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามแบบประเมิน Oxford Knee score ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

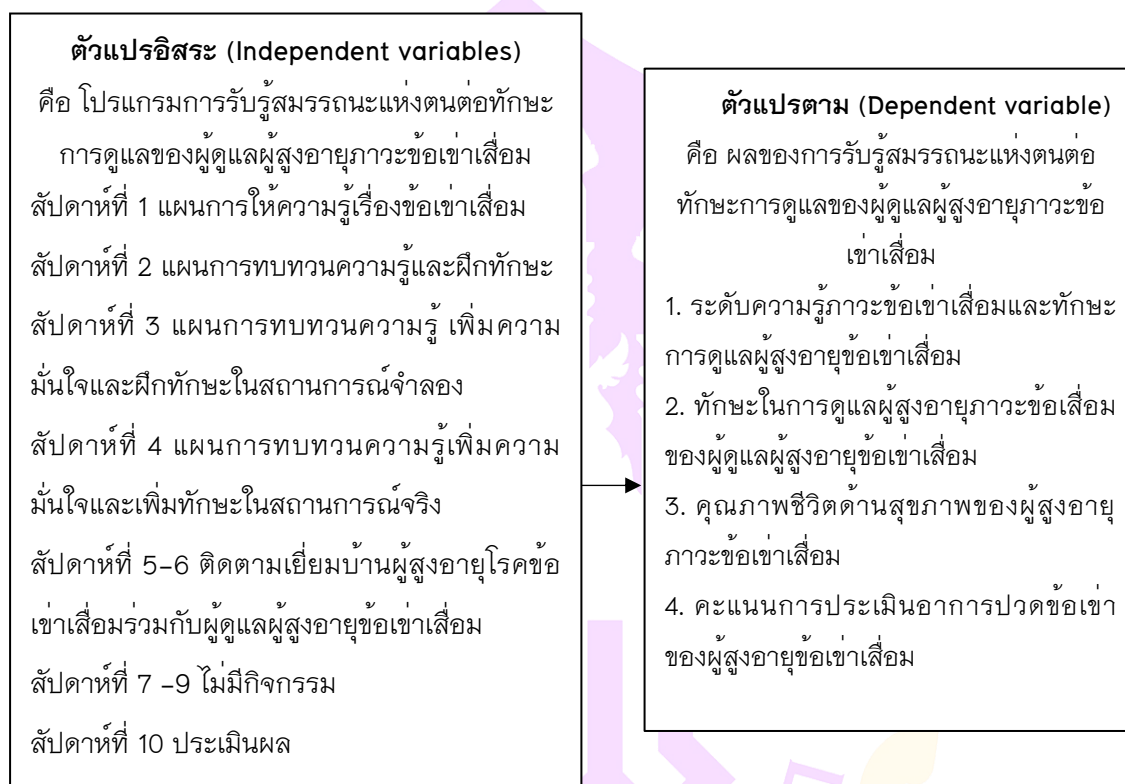
3. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนคูรา โดยการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามความคาดหวังผลลัพธ์และทักษะ การดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว การกระตุ้นทางอารมณ์ การสะท้อนคิด การใช้ คุ่มือ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การได้รับโอกาสให้ซักถาม การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล การทดลองและปฏิบัติในสถานการณ์จริง

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการศึกษา นี้ หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมว่าตนเองมีความสามารถในการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยสามารถให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าทางและอิริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และประเมินจากคะแนนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและ ทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิด

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทักษะในการให้คำแนะนำและการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแล

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ระดับความรู้ภาวะข้อเข่าเสื่อมและระดับทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและอาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research design) แบบ 1 กลุ่มวัดผล 2 ครั้ง ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
 - 1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.3 วิธีการดูแลผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ
2. โรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.1 ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.3 อาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.4 การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.5 การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.6 เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
 - 2.7 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว
- 3.แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม
4. แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
5. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura ,1997)
6. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุด ในสังคมไทยทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้านบางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ

ในการดูแลบางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง เป็นต้น

1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่น ๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทนทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพันหรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือ ได้ดังนี้

1.2.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่า เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วยหรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุดทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้นผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุดนอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการดูแลแตกต่างกัน

1.2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นซึ่งไม่ใช้การกระทำต่อตัวผู้ป่วยกิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว

2. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (Elderly) ว่า คือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรา (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (สุรกุล เจนอรรม, 2534)

ผู้สูงอายุ (Old person) ขององค์การสหประชาชาติ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งก็ตรงกับนิยามของผู้สูงอายุของประเทศไทยตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (Rakowski and Mar, 1992)

องค์การสหประชาชาติ แบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง มีอายุ 60 ปี มากกว่า 10% หรือมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่า 7% ของประชากรทั้งประเทศ
2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% หรือ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 14% ของประชากรทั้งประเทศ

3. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super aged society) หมายถึง มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 20 % ของประชากรทั้งประเทศ

รัฐธรรมนูญแห่งชาติอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้นิยาม ผู้สูงอายุ ว่า คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ผู้สูงอายุ (Elderly) ในประเทศไทย ได้อธิบายคำว่าผู้สูงอายุ ว่าต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ และมีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ
3. เป็นผู้ที่สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับการช่วยเหลือ

ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World assembly on aging) ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพื่อสอดคล้องกับเจตน์จำนงค์ของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และอายุตั้งแต่ 60 ปี จึงเป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน สรุปว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งถือเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

กล่าวสรุป คือ ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเสื่อมของสภาวะร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงด้านสังคม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการดำเนินชีวิต(Rakowski and Mar,1992)

3. วิธีการดูแลผู้สูงอายุและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้นเช่นกัน ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรีต่อไปการดูแลผู้สูงอายุที่มีขั้นตอนห่วงโซ่อย่างต่อเนื่อง มีที่มาดังนี้ (โยธิน แสงวงศ์ และคณะ, 2562, หน้า 124-137)

3.1 กำหนดให้มีข้อกำหนด

3.2 จัดตั้งองค์กรเฉพาะด้าน

3.3 จัดอบรมบุคลากรเฉพาะทาง

3.4 จัดอบรมอาสาสมัครดูแลชุมชน

3.5 มีระบบส่งต่อจากอาสาสมัครดูแลญาติผู้สูงอายุ และ

3.6 ญาติผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุ

วิธีการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทสำคัญอยู่ที่ครอบครัวกับผู้สูงอายุโดยครอบครัวต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุต้องมีเจตคติที่ดีต่อความสูงวัยอันจะทำให้เกิดความเข้าใจ ความเอื้ออาทรอย่างแท้จริงในการดูแลผู้สูงอายุ หากจะเปรียบเทียบความสำคัญระหว่างความรู้ในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุกับการส่งเสริมให้คนในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ความสำคัญจะอยู่ที่การสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวมากกว่า

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุอาจมีแนวทางที่แตกต่างกันไปตามความต้องการ ซึ่งแต่ละแนวทางก็มีข้อดีข้อเสียและข้อจำกัดที่แตกต่างกันรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเอง คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยมีการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ผู้สูงอายุมีความพอใจกับความสุขตามอัตภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุมีความสามารถทำตัวให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เพื่อสร้างความภูมิใจในค่ายก้องจากสังคมโดยรวมการดูแลผู้สูงอายุด้วยคนในครอบครัวเป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้งในเรื่องของปัจจัยสี่ การให้อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มและการดูแลรักษาสุขภาพทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ การดูแลผู้สูงอายุโดยสถาบันต่าง ๆ เช่น สถานสงเคราะห์ สถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เป็นต้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน เป็นการกระตุ้นให้คนในชุมชนมีจิตสำนึกเพื่อร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนระหว่างตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว คนในชุมชนและสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ที่มีลักษณะการบริการที่แตกต่างกัน (โยธิน แสงวงศ์ และคณะ, 2562, หน้า 124-137)

โรคข้อเข่าเสื่อม

1. ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเสื่อม หมายถึงลักษณะของการเสื่อมสภาพรวมกับความพยายามของข้อ (Articular Cartilage) และมักเป็นกับข้อชนิดที่มีเยื่อข้อ (Synovial) เรียกว่า Diarthrodial Joint เนื่องจากเป็นข้อที่มีการเคลื่อนไหวได้มากโรคข้อเสื่อมจะเกิดขึ้นภายหลัง ที่ข้อถูกใช้งานเป็นสิบปีโรคข้อเสื่อมส่วนใหญ่มักพบได้ในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ อาการปวดข้อ

ข้อผิดพลาดมีปุ่มกระดูกอกบริเวณข้อการเคลื่อนไหวของข้อลำบาก ทำให้การทำงานของข้อเสื่อม จึงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, 2558)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอาการปวดเข่า บวมแดง เข่าฝืดยึด มีเสียงดังในเข่า ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดังปกติ ซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยต่างกันไป สาเหตุมีได้หลายประการ เช่น ผลสะสมจากความเสื่อมและการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่วัยหนุ่มสาว การที่มีน้ำหนักตัวมาก ๆ ทำให้เข่าต้องรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น หลายเท่าตัวในทุกขณะที่ก้าวเดิน หรือเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่ามาก่อน บางรายเคยมีการอักเสบติดเชื้อ หรือเป็นโรคไขข้อ บางชนิด เช่น โรครูมาตอยด์ เป็นต้น (วิไล คุปต์นริตติศัยกุล, 2556)

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งพบในวัยกลางคน และผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูปเดินได้ไม่ปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ไม่สะดวก มีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้างการทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ (วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, 2558)

โรคข้อเข่าเสื่อม ปัญหาหลักที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยพบผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมถึงร้อยละ 50 เลยทีเดียว ในบางรายเริ่มเป็นตั้งแต่วัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุโดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดเข่า ปวดขา ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ มักมีเสียงดังเสียงก๊อกลงจากหัวเข่า เคลื่อนไหวลำบาก ทำให้ไม่ยอมเดินไปไหนไกล ๆ รู้สึกเดินขึ้น ลงบันไดยากมากขึ้น ลูกนั่งแล้วรู้สึกเจ็บปวด (พฤกษ์ ไชยกิจ, 2564)

โรคข้อเข่าเสื่อม คือ การอักเสบของข้อต่อ ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่กระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลาย ซึ่งกระดูกอ่อนมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันและดูดซับแรงกระแทกระหว่างข้อเข่า เพื่อลดการสึกหรอและเสื่อมสภาพของข้อเข่า กระดูกอ่อนผิวข้อ จะมีลักษณะเรียบลื่น เป็นมันช่วยกระจายแรงและลดแรงกระแทกที่เกิดขึ้นกับข้อต่อนั้น ๆ ทำให้เราเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสะดวก ไม่เจ็บปวด เมื่อไหร่ที่กระดูกอ่อนเกิดความเสียหายเป็นพื้นที่วงกว้าง กระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อนในข้อเข่าจะเสียดสีกันเอง ทำให้เกิดการอักเสบ ปวดเข่า เข่าบวม ข้อยึด เดินลำบาก หรือบางรายเข่าผิดรูปโก่งงอ นอกจากนี้ เรายังพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีลักษณะกระดูกผิวข้อเข่าบางลง มีการแตกและเปื่อยยุ่ย ร่วมกับสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อไป

บางรายอาจมีการอักเสบของเยื่อข้อร่วมด้วย ส่งผลให้น้ำในข้อมากขึ้น จึงเกิดอาการบวมของข้อเข่า มีกระดูกงอกตามขอบผิวข้อ ร่วมกับการโก่งผิดรูปของข้อเข่าในระยะสุดท้ายของโรค ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะเป็นขาโก่งแบบโค้งออก (Bow legs) แต่บางรายอาจพบในลักษณะผิดรูปของข้อเข่าแบบโค้งเข้า (Knock knee) ได้อีกด้วย แม้จะพบได้น้อยกว่า (พฤษชัย ไซยกิจ, 2564)

โรคข้อเข่าเสื่อม ที่กล่าวถึงกันอยู่เป็นประจำในความหมายของคนทั่วไป หมายถึงภาวะที่ข้อเกิดความผิดปกติเนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงแบบถดถอย ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับอายุที่มากขึ้น เรียกว่าข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ถ้าหากว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมีสาเหตุที่ผิดปกติที่เกิดกับข้อเข่ามาก่อน เช่น การอักเสบของข้อเข่าจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ติดเชื้อไขข้ออักเสบ กระดูกหัก เป็นต้น แล้วทำให้ในเวลาต่อมาผิวข้อผิดปกติ และเกิดข้อเสื่อมตามมา ข้อเสื่อมชนิดนี้เรียกว่าข้อเสื่อมทุติยภูมิ พบได้ประปรายในผู้ป่วยทุกอายุ แต่โดยรวมพบได้ไม่บ่อยเท่าข้อเสื่อมชนิดแรก โรคข้อเสื่อมที่เกิดกับข้อเข่าเป็นโรคข้อเข่าที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูง อายุ เริ่มพบได้ตั้งแต่อายุ 45 ปี แต่มักพบบ่อยเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี เราจะเข้าใจการเกิดโรคนี้จากภาวะสูงอายุได้ง่ายขึ้น เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของการเหยียดตัวของผิวหนังกับข้อเข่าของผู้ สูงอายุ โดยเมื่ออายุน้อย ผิวหนังมีความเต่งตึงเช่นเดียวกับผิวข้อที่มีผิวเรียบ มัน วาว แต่เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหนังเหี่ยวย่นขึ้น เช่นเดียวกับการเสื่อมสภาพของผิวข้อ (รวมถึงเยื่อหุ้มข้อ เส้นเอ็นรอบข้อ และกระดูกที่ประกอบเป็นข้อ) เมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้นมักมีน้ำหนักตัวที่มากขึ้นด้วย และเริ่มมีโครงสร้างภายในข้อไม่เป็นปกติ จึงเกิดความเปลี่ยนแปลงความผิดปกติภายในข้อ (อารี อานาวลี, 2565)

2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม

สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (สุรเกียรติ์ อาชานานุกภาพ, 2551) มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมี ดังนี้

2.1 อายุและเพศ พบว่าภาวะข้อเข่าเสื่อมมักเกิดในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปีหลังการหมดประจำเดือนเนื่องจากการพร่องของฮอร์โมนเอสโตรเจนเพศชายมักพบอายุน้อยกว่า 50 ปีอายุ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ในการศึกษาการระบาดวิทยาพบว่า อายุมากขึ้นจะยิ่งพบ อุบัติการณ์โรคข้อเสื่อมมาก แต่อาการปวดและความพิการ ไม่จำเป็นต้องเป็นมากขึ้นตามอายุ โดยเมื่ออายุมากขึ้นกระดูกอ่อนผิวข้อมีความทนต่อแรงกดลดลงตามลำดับ จากที่มีการเปลี่ยนแปลงของสารที่อยู่ในกระดูกอ่อนผิวข้อ และการทำงานของเซลล์กระดูกอ่อน (chondrocyte cells) นอกจากนี้ ประสาทส่วนปลายเมื่ออายุมากขึ้นจะทำงานลดลง ซึ่งจาก

การทดลองพบว่าถ้าเส้นประสาทที่มาเลี้ยง ข้อเสียไปจะมีผลทำให้โรคข้อเสื่อมเร็วขึ้น เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นประสาทส่วนปลายทำงานลดลงก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โรคข้อเสื่อมเกิดได้เร็วขึ้น

2.2 กรรมพันธุ์ ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นข้อเสื่อมมีโอกาสเป็นข้อเข่าเสื่อมเมื่ออายุน้อย คนไข้บางรายมีโรคที่ทำให้มีการสะสมสารบางอย่างในกระดูกอ่อน ทำให้ความยืดหยุ่นและการทำหน้าที่ของกระดูกอ่อนเสียไปจนเกิดข้อเสื่อมตามมา เช่น โรคเก๊าท์หรือ โรคเก๊าท์เทียม เป็นต้น

2.3 ความอ้วน ทำให้เกิดแรงกดดันต่อข้อเข่าเกิดการเสื่อมได้เร็วขึ้น เหตุผลที่สำคัญของความอ้วนที่ทำให้เกิด โรคข้อเสื่อมก็คือ แรงกดที่เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลจากน้ำหนักตัวและการกระทำซ้ำ ๆ กันทุกวัน จึงทำให้ข้อที่รับน้ำหนักเกิดโรค ข้อเสื่อมได้เร็วกว่าปกติ

2.4 การได้รับบาดเจ็บ (เช่น การวิ่ง การเล่นกีฬา) ที่มีแรงกระแทกข้อเข่า การบาดเจ็บอันมีผลต่อ การเคลื่อนไหวของข้อเข่า ๆ หลายครั้งโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผลสุดท้ายจะทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้

2.5 การใช้ข้อเข่ามาก ๆ นาน ๆ การก้ม การนั่งอเข่า การขึ้นลงบันได การยืนนาน ๆ การยกของหนัก จะทำให้เกิดแรงดันต่อข้อเข่า

2.6 กล้ามเนื้ออ่อนแอ เช่น กล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps Muscle) ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็ว

2.7 เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง เช่น โรครูมาติสซั่ม เกาต์ เป็นต้น

2.8 มีการอักเสบติดเชื้อที่ข้อเข่า

2.9 คนที่มีลักษณะขาโก่ง ทำให้น้ำหนักตัวลงไปมากที่ด้านใดด้านหนึ่ง ข้อเข่าจะเสื่อมเร็ว

ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าอักเสบและข้อเข่าเสื่อมสามารถเกิดขึ้นด้วยสาเหตุดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการใช้งานข้อเข่าที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใช้งานข้อเข่าอย่างหนักและต่อเนื่อง หรือใช้งานเข่าที่ไม่เหมาะสม เช่น นั่งอเข่านาน ๆ นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งพับเพียบนาน ๆ จนทำให้เกิดแรงกดบริเวณข้อเข่าน้ำหนักตัวที่ไม่เหมาะสม ยิ่งน้ำหนักตัวมากก็จะมีแรงกดที่ข้อเข่าสูง โดยเฉพาะเวลานั่งอเข่ามากกว่า 90 องศา ดังนั้น ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจึงเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้อเข่าอักเสบและข้อเข่าเสื่อมมากกว่าคนทั่วไปโครงสร้างพยางข้อเข่า เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เสื่อมสภาพไป ซึ่งอาจเป็นได้จากการขาดการบริหารร่างกายให้ดีก่อนทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการใช้งานที่ไม่เหมาะสมและผิดท่ามีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า รวมถึงได้รับบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เช่น หมอนรองกระดูกเข่าฉีกขาดอายุที่มากขึ้น ทำให้ความสามารถในการซ่อมแซมตัวเองของผิวข้อกระดูกอ่อนลดลง ทำให้เกิด

ภาวะข้อเข่าเสื่อมและข้อเข่าอักเสบง่ายขึ้น นอกจากสาเหตุในด้านพฤติกรรมแล้ว ปัจจัยเสี่ยงที่แฝงตัวอยู่ในพันธุกรรมก็สามารถทำให้เกิดโรคข้อเข่าอักเสบและข้อเข่าเสื่อมได้เช่นกัน โดยปัจจัยดังกล่าวประกอบไปด้วย ความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือโรคประจำตัวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น SLE รูมาตอยด์ หรือโรคเลือดบางชนิด น้ำหนักตัวที่มากจากกรรมพันธุ์ทำให้เข่ารับน้ำหนักมากขึ้น จนข้อเข่าอักเสบและข้อเข่าเสื่อม เพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย

3. อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

อาการของข้อเข่าเสื่อมคือ อาการปวดข้อที่ข้อเข่า ในช่วงแรก ๆ มักปวดบริเวณหลังหัวเข่าและด้านในของเข่าอาการปวดจะสัมพันธ์กับการใช้งานข้อเข่า เช่น เวลาเดิน หรือออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวของข้อเข่าเสื่อมจะลดลง หรือมีการติดขัดของข้อเข่า มุมของกระดูกหัวเข่ามักจะเอียง ทำให้เข่าโก่งทั้งออกไปด้านนอกและเข้ามาทางด้านใน แต่ก็มีผู้ป่วยบางส่วนที่มุมของเข่าเป็นปกติ นอกจากนี้การทํากิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นลงบันได หรือการลุกขึ้นจากการนั่งมักทำได้ยากลำบากกว่าปกติ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีการอักเสบของข้อเข่า จะมีอาการบวมร้อนที่บริเวณเข่า และในรายที่มีการอักเสบมาก ๆ หรือมีอาการรุนแรงจะมีข้อเข่าบวมและมีน้ำในข้อเข่า

3.1 อาการปวด (Pain) เริ่มตั้งแต่อาการปวดเล็กน้อยจนปวดมากจนกินไม่ได้เกิดที่เข่า ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง เมื่อขยับเข่าหรือเหยียดเข่าจะมีอาการปวดมากขึ้น ปวดมากขึ้นเมื่อลงน้ำหนัก ในรายที่มีอาการมากจะปวดเวลากลางคืน เมื่อนอนพักอาการปวดจะทุเลาลง มีความสัมพันธ์กับ สภาพภูมิอากาศ เมื่ออากาศเย็นและชื้นอาการปวดจะเป็นมากขึ้น อาการข้อฝืดติดแข็ง (Stiffness) หลังการหยุดพักข้อเป็นเวลานาน อาการข้อฝืดมักเป็นในระยะสั้น ๆ ไม่นาน และเกิดขึ้นชั่วคราวเมื่อได้เคลื่อนไหวข้อ ก็จะได้ดีขึ้น อาการบวม (Swelling) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเข่าอีกข้างขณะยืนพบว่าข้างที่มีอาการ ปวดจะบวมกว่าอีกข้าง แต่ถ้าเป็นทั้งสองข้างจะเปรียบเทียบได้ยากเนื่องจากอาจมีอาการบวมทั้งสอง ข้างเท่า ๆ กัน เข่าข้างที่บวมจะงอได้น้อยกว่าข้างที่ไม่เป็น และเมื่อเป็นนาน ๆ จะไม่สามารถงอเข่าข้างนั้นได้ มีเสียงดังในเข่า (Crepitation) ในข้อเข่าที่มีความเสื่อมมาก ๆ จนเกิดน้ำภายในข้อเข่า เมื่องอหรือเหยียดจะมีเสียงดังครี๊ดคราด ภายในข้อต่อ ข้อเข่าผิดรูป (Deformity) เป็นผลจากการไม่ใช้ข้อเข่าเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อต้นขาลีบเล็กลง มีการสึกของกระดูกด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีกด้านทำให้เกิดอาการขาโก่ง หรือขาโก่ง

3.2 อาการปวดข้อเข่าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (พนิดา กุลประสูตรดิสง, 2546) ได้แก่ อาการระยะแรก ไม่ปรากฏอาการให้รู้สึกตัว เมื่อเปลี่ยนท่า เช่น ลุกขึ้นยืน เริ่มก้าวเดิน

จะรู้สึกเจ็บแปลบ ๆ เมื่อตื่นนอนเวลาเช้ารู้สึกหัวเข่าฝืดเหมือนมีอะไรถ่วง รู้สึกปวดเมื่อนั่งลง ทับเข่า หรือนั่งกับพื้น ขณะก้าวเดินขึ้นบันไดรู้สึกหนักที่หัวเข่า อาการระยะกลาง ช่องว่างในเข่า แคบลง ปวดนานขึ้น รู้สึกปวดขณะที่เดินบนที่ราบเรียบ เขี่ยขาตรงไม่ได้เข้าบวม ร้อน มีน้ำขัง นั่งทับขา หรือนั่งกับพื้นไม่ได้ อาการระยะสุดท้าย ปวดจนออกจากบ้านไม่ได้ ช่องว่างในเข่า หดไป ทำให้กระดูก เสียดสีกัน ขาโก่งมากขึ้น เอ็นยึดเข่าหลวม เข่าเอียง กระดูกอ่อนสึก เกิด หินปูนทำให้หัวเข่าใหญ่อย่าง ชัดเจนส่งผลต่อสภาพจิตใจ อาการปวดเข่าทำให้การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันเป็นไปได้อย่างจำกัด หรือไม่สามารปฏิบัติได้

4. การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นข้อเข่าเสื่อม (พินดา กุลประสูตรดิลก, 2549)

4.1 การดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต

4.1.1 กิจวัตรประจำวันที่ต้องนั่งกับพื้นเป็นการนั่งเก้าอี้

4.1.2 ใช้ไม้เท้าช่วยเดินหรือฐานเหยียบ ป้องกันการหกล้ม

4.1.3 ติดตั้งราวจับผนัง ที่บันได ทางเดิน ห้องน้ำ ฯลฯ

4.1.4 ทำงานบ้าน โดยไม่ต้องก้มตัวหรือนั่งยอง ๆ

4.1.5 การขึ้นลงบันไดให้ขาข้างปกติก้าวขึ้นไปก่อนและให้ขาที่เป็นข้อเข่าเสื่อมก้าว ลงไปก่อน

4.1.6 ใช้รองเท้าชนิดพิเศษช่วยอาการขาโก่ง

4.1.7 ใช้ผ้ายึดพยุงหัวเข่า

4.1.8 ใช้ประคบความร้อนบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง

4.1.9 ประคบความเย็นขณะมีอาการอักเสบปวดร้อน

4.2 การออกกำลังกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

อาจทำให้ผู้ป่วยปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ ในขณะที่ออกกำลังกายได้ แต่อาการปวดไม่ควรนานเกิน 2 ชั่วโมงหลังหยุดการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อต้องไม่มีการปวดเข่าอ่อนแรง พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไม่ลดลง ไม่มีการอักเสบ หรือ บวมมากขึ้น (วิไล คุปต์นิรัตติยกุล, 2548) การบริหารเข่าเพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (Quadriceps Muscle) แข็งแรงขึ้น และให้ข้อเข่ามีการเคลื่อนไหวได้อย่างปกติโดยไม่มีอาการ เจ็บปวด การฝึกกล้ามเนื้อควรเริ่มเมื่ออาการปวดทุเลาแล้ว ระยะแรกฝึกวันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที จนรู้สึกกล้ามเนื้อ แข็งแรง ไม่เมื่อยง่ายจึงเพิ่มเป็นวันละ 3-5 ครั้ง (สุรเกียรติ อชานานุกภาพ, 2551) หัวใจสำคัญของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคือการลดความเจ็บปวด และชะลอความเสื่อมให้ช้าลง ฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อเข่าให้แข็งแรง การบริหาร กล้ามเนื้อต้นขาที่ดีต้องสามารถทำได้ที่บ้านขั้นตอนง่าย (เบญจยามาศ พิลายนต์, 2552)

4.3 การประคบด้วยความร้อน

4.3.1 ความร้อนชื้น ที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ พาราฟินเหลว กระเป๋าน้ำร้อน ลูกประคบสมุนไพร ขวดน้ำร้อน สามารถทำได้สะดวก หาได้ง่าย ราคาไม่แพง ใช้ได้เองที่บ้าน ความร้อนทำให้ลดอาการปวด ลดการอักเสบ ช่วยคลายกล้ามเนื้อที่เกร็งและตึง เพิ่มความยืดหยุ่น

4.3.2. ความร้อนลึก เช่น Short Wave Diathermy, Microwave Diathermy และ Ultrasound สามารถให้ความร้อนถึงชั้นกล้ามเนื้อส่วนลึก เยื่อหุ้มข้อและกระดูก ไม่ควรทำนานเกิน 20 นาที เพราะจะทำให้เกิดอาการไหม้บริเวณผิวหนังได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

4.4 การประคบด้วยความเย็น หมายถึง การประคบในระยะเฉียบพลันของการปวดจากการกระแทกเมื่อข้อเข่าบวมความเย็นสามารถลดการเกร็งตัวของ กล้ามเนื้อ ลดความไวของเซลล์ประสาทอาการบวมจะลดลง (วิไล คุปต์นิริติศัยกุล, 2548)

4.5 การให้ยาบรรเทาปวด เพื่อให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้ ยาที่อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแนะนำให้ได้ ได้แก่ ยาพาราเซตามอล และยาซึ่ผึ้งแก้ปวด (Methyl salicylic acid) เนื่องจากลดอาการปวดได้โดยไม่มีผลต่อกระเพาะอาหาร เป็นยาสามัญประจำบ้าน ที่มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดระดับน้อยถึงปานกลาง (สิทธิศักดิ์ ทรธรรษาเวก, 2549)

4.6 การใช้ไม้เท้าเพื่อพยุงน้ำหนักตัว ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บเข่าจะทิ้งน้ำหนักตัวไปที่ขาข้างตรงข้าม เพื่อปกป้องขาข้างที่ปวด ทำให้ขาข้างตรงข้ามรับภาระหนักมากขึ้น การใช้ไม้เท้าจะช่วยพยุงและแบ่งรับน้ำหนักตัว ทำให้เดินสะดวกขึ้น (พนิดา กุลประสูตติสสิก, 2546)

5. การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (สุรศักดิ์ ศรีสุข, 2552)

5.1 การให้ความรู้ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- 5.1.1 การดำเนินของโรคซึ่งสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 5.1.2 พยาธิสภาพการเกิดโรค ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย
- 5.1.3 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต อาชีพงานที่ทำอยู่ประจำ
- 5.1.4 การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าให้แข็งแรง
- 5.1.5 การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ควบคุมอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีการเผาผลาญอาหารไม่ควรรับประทานอาหารที่มากเกินไป และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมตามดัชนีมวลกาย

5.1.6. การไม่ใช้ข้ออย่างหักโหม หรือเป็นเวลานาน ๆ ในการทำงาน หรือเล่นกีฬา

5.2 การใช้ยา หลักการสำคัญ คือ เพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้ยาพื้นฐานที่ ใช้ได้แก่ยาพาราเซตามอล เนื่องจากลดอาการปวดได้โดยไม่มีผลต่อ

กระเพาะอาหาร ให้ในขนาด 500 มก. 1-2 เม็ด ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง วันละไม่เกิน 8 เม็ด และไม่ควรรับประทาน ติดต่อกันหลายวัน เพราะมีผลเสียต่อดับและไต (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) นอกจากนี้ แพทย์อาจให้ยาประเภท ยาด้านอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงต่อการ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ แต่ในปัจจุบันมียา COX-2 Specific Inhibiter สามารถช่วยลดอาการข้างเคียงได้ หรือการใช้ยาเฉพาะที่ ทาบริเวณผิวหนัง ใช้ทา ทำให้ผิวหนังเกิดอาการแสบ ร้อน หรือการใช้ยาทาบริเวณผิวหนังใกล้ข้อสามารถ ช่วยบรรเทาอาการปวดได้

5.3 การทำกายภาพบำบัด การใช้ความร้อน ความเย็น การใช้เครื่องช่วยพยุงตัว สามารถลดอาการปวด ลดความผิดปกติของข้อ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และทำให้ กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรงขึ้นช่วยพยุงข้อได้ดีขึ้น

5.4 การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (สิทธิศักดิ์ ธรรมชาติ, 2549) ช่วยลดอาการปวด ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้น การเคลื่อนไหวข้อคล่องตัวขึ้น โดยการทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง เพิ่มความกระชับ ลด การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อป้องกันกล้ามเนื้อและเอ็นหดรัด เมื่อกล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรง ทำให้ การดำเนินโรคช้าลง ข้อเข้ามีความมั่นคงมากขึ้น อาการต่าง ๆ ลดลง และการปรับเปลี่ยน กิจกรรมประจำวันให้เหมาะสม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างมาก เช่น ไม่นั่งคุกเข่า ไม่นั่งพับเพียบ กับพื้น ไม่นั่งบนเก้าอี้ที่นุ่มเกินไป

5.5 การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด การผ่าตัดจะทำเมื่อไม่สามารถรักษา โดยการใช้ยา ไม่ได้และใช้ยาแล้วไม่ได้ผล หรือ ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดมาก หรือข้อมีการถูกทำลาย อย่างมาก ข้อมีการผิดรูป มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของข้อหรือมีการกดเส้นประสาท การผ่าตัดเป็นการเสริมแต่งสภาพข้อให้คงเดิม ช่วยให้การทำหน้าที่ของข้อดีขึ้น เสริมความมั่นคงของข้อ ลดอาการเจ็บปวด อาจใช้วิธีการผ่าตัดเอาเศษกระดูกออก การผ่าตัด ตกแต่งภายในข้อ การผ่าตัดตกแต่งกระดูกที่โค้งงอให้ตรง และการผ่าตัดใส่ข้อเทียม

6. เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

6.1 ให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัว การบำบัด โรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

6.2 บรรเทาอาการปวด

6.3 คงสภาพหรือฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อให้ปกติหรือใกล้เคียง ปกติมากที่สุด

6.4 ชะลอการดำเนินของโรค

6.5 ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรคและการรักษาทั้ง ในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง

6.6 ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6.7 ฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย

7. การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและ ชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยา มากกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วย ตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การ จัดอาหารที่เหมาะสม การบ่อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการ 4 ดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2556) ที่ได้อธิบายว่า ครอบครัวและคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ คำนึงถึงความกตัญญูกตเวที ดูแลเอาใจใส่บุพการีหรือผู้สูงอายุด้วย ความเคารพรัก เยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา และมีความสุขได้ระดับหนึ่ง ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุม 5 มิติ ประกอบด้วย

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความช่วยเหลือและดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหาร การกิน แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรม นอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีธุระต้องทำรวมไปถึง การนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2. บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3. บทบาทในการดูแลอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและทำอาหารให้ผู้สูงอายุ ทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4. บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัดฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ ประณิบัติ ดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยามเจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5. บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยการ จัดบ้าน สภาพแวดล้อม บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้าน จัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าบางบ้านก็ยังมี การจัดบรรยากาศ สถานที่ และจัดหาเครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ ความสะอาด ฝุ่นละออง และแม้ว่าสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังมีบางครอบครัวที่มีระบบการดูแลที่ดี โดยพบว่าปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวมบนพื้นฐานของความรักหรือความกตัญญู ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง ของผู้ดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล (นารินทร์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการมองคุณภาพชีวิต ว่าคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือในภาวะเจ็บป่วย คนทุกคนย่อมต้องการสุขภาพทางกาย จิต อารมณ์และสังคมที่ดี ในภาวะที่เจ็บป่วยก็ควรได้รับสิ่งเหล่านี้เหมือนกับบุคคลปกติทั่วไป ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสุขภาพตนเอง ขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจากอาการของโรค แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จึงเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย โดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ที่มี ความสัมพันธ์และสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง และจะเป็นสิ่งที่พึงบอกถึงสุขภาพทางกาย และจิตสังคม (พรรณทิพา คักดีทอง, 2550)

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความสำคัญในการวัดผลกระทบของโรคเรื้อรังเนื่องจากสุขภาพ เป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมเพราะจะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการรักษา (พรรณทิพา คักดีทอง, 2550) และการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม

ในด้านสุขภาพ จึงเป็นการวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ (มนาธิป โอบศิริ, 2546, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2550)

การศึกษาของพินทุสร ปัตยะกร (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบว่าความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความพึงพอใจในชีวิต การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าควรศึกษาหาวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คือ การที่มีสุขภาพดี สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเองจะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ ผิดปกติไป จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงไปด้วย ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมต้องดำเนินชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยที่ยาวนานมีและข้อจำกัด เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้สูงอายุต้องเป็นภาระให้กับบุคคลในครอบครัวทั้งด้านการดูแล และภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุ ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ นั้น ผู้สูงอายุย่อมเกิดความรู้สึกหดหู่สิ้นหวัง สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงด้วย (สุภาพร ศศิจันทร์, 2553)

วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท (2558) ให้ข้อมูลว่า ข้อเข่าเสื่อมจะเริ่มพบในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยร้อยละ 40 จะพบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งโอกาสในการเป็นข้อเข่าเสื่อมประมาณ 2-3 เท่านั้นจะเกิดขึ้นในหญิงมากกว่าชาย และเป็นผลจากกรรมพันธุ์ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ โดยผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 50 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไป นอกจากนี้พฤติกรรมแบบชาวเอเชีย เช่น การนั่งกับพื้น นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า การขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ หรืออยู่ในท่าที่อเข่าก็เป็นอีกสาเหตุสำคัญในการเกิดข้อเข่าเสื่อม

ด้วยความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Ware, 1991) มากำหนดเป็นตัวแปรในการศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากตามแนวคิด Ware (1991) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ครอบคลุมใน 8 มิติ ได้แก่ มิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านร่างกาย มิติด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มิติด้านอาการปวดเมื่อย มิติด้านพลังในร่างกาย มิติด้านการทำตามหน้าที่ทางสังคม มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตและมิติด้านภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการมองผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นการให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้นทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีดังนี้

1. สถานภาพสมรส กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่จะมีคู่สมรสเป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือหรือปลอบโยนเป็นเพื่อนให้คำปรึกษา ทำให้รู้สึกมั่นคงในชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ยุพิน โกรินทร์, 2536)

2. เพศ ในสังคมไทย เพศชายถูกยกย่องให้เป็นผู้นำครอบครัว และได้รับการเคารพยกย่องจากสังคม เพศหญิงสังคมกำหนดให้มีบทบาทเป็นแม่บ้าน และให้ความเคารพในความเป็นผู้นำของครอบครัว ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เพศชายรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของเพศชายมากกว่าเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ยุพิน โกรินทร์, 2536) ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมในเพศหญิงต่ำกว่าในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ระดับความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม เนื่องจากเมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นย่อมส่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตเป็นผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของพินทุสร ปัตยะกร (2552) และ สุภาพร ศศิจันทร์ (2553) พบว่าความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม

4. ระยะเวลาการเจ็บป่วยปฏิกริยาการตอบสนองของความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาการเจ็บป่วยผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมต้องดำเนินชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยที่ยาวนานระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพินทุสร ปัตยะกร (2552) และ สุภาพร ศศิจันทร์ (2553) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

5. อายุ เป็นสิ่งที่แสดงถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วย มีประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย กล่าวคือผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป (Padilla and Grant, 1985) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้อื่นยอมส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดีด้วย

6. ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยทางด้านสุขภาพทั้งนี้เนื่องจากดัชนีมวลกายส่งผลต่อความรุนแรงของโรคข้อเสื่อมเนื่องจากผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้เคลื่อนไหวลำบากเพิ่มมากขึ้น (สุภาพร ศศิจันทร์, 2553) และนำมาซึ่งเกิดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ผลกระทบจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ตามมา

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม มีหลายปัจจัย บางปัจจัยไม่สามารถจัดการได้ เช่น เพศ อายุสถานภาพสมรส และระยะเวลา การเจ็บป่วย แต่ปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย และความรุนแรงของโรค สามารถนำมาเป็นความรู้ พื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมนำมาจัดการตนเองควบคุมความรุนแรงของ โรคเพื่อโดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้และคงไว้ซึ่งคุณภาพ ชีวิตที่ดี

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของแบนดูรา

(Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีแนวคิดพื้นฐานจากการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ มีการวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าของพฤติกรรมโดยที่พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน มีความเชื่อว่าบุคคลถ้ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไร ทำอย่างไร และเมื่อทำสำเร็จแล้วผลที่เกิดขึ้นจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะกระทำการสิ่งนั้น ๆ ดังนั้น ถ้าบุคคล มีความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะพยายามไปสู่ความสำเร็จ และจะสามารถควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรม หรือการกระทำที่ต้องการประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป และพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับจาก สังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับบุคคล

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลมีประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ ผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น โดยที่ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรทั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลว่า ตนเองมีสมรรถนะ ความสามารถที่จะปฏิบัติหรือแสดง พฤติกรรมที่ต้องการนั้น จนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดก่อนการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ที่แตกต่าง กันขึ้นอยู่กับ 3 มิติ (Bandura, 1997) 1. ระดับความยากง่าย (Level or Magnitude) หมายถึง การรับรู้ระดับ ความยากง่ายของบุคคลในการเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเช่น ถ้ามอบหมายงาน ที่ยากเกินไปให้กับ บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ งานก็จะล้มเหลว

2. ความเป็นสากล (Generality)

หมายถึง การรับรู้ถึงความสำเร็จที่เคย ประสบแล้วส่งผลต่อสมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่นไปยังสถานการณ์อื่น ๆ ด้วย เนื่องจากประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิด

ความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกันได้ 3. ความเข้มแข็ง (Strength) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะ ความสามารถเพียงพอที่จะกระทำโดยการพิจารณาจากความเป็นไปได้

3. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Outcome Expectation)

หมายถึง ความคาดหวังผลที่เกิดจากความ เชื่อที่บุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการ คาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการได้กระทำพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านการประเมินตนเอง ในแต่ละด้านประกอบด้วยความคาดหวังในทางบวกคือสิ่งที่จูงใจให้ กระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในทางลบคือสิ่งที่จูงใจไม่ให้กระทำพฤติกรรมนั้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการ จัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยที่ ความเชื่อนั้นจะกำหนดแนวความคิด ความรู้สึก เกิดแรงจูงใจให้บุคคลสามารถกระทำได้ในระดับใด บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ความสำเร็จ มีแนวโน้มที่จะกระทำ แม้ต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากหรือพบสิ่งท้าทายจะสามารถแก้ไขได้โดยใช้ ความพยายาม เมื่อพบความล้มเหลวผิดพลาดจะประเมินว่ามีความพยายามไม่เพียงพอ หรือขาดความรู้ ขาดทักษะ ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะประเมินงานที่ยากเป็นภาวะคุกคาม

กลวิธีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มี 4 วิธี (Bandura, 1997) ได้แก่

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) แบนคูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของตน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าวิธีอื่น ๆ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ประสบการณ์ความสำเร็จ เป็นสิ่งที่ เพิ่มความสมรรถนะของตนเอง โดยที่บุคคลเชื่อว่าสามารถทำได้ ดังนั้นการพัฒนา รูปแบบการรับรู้ สมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จ และได้ใช้ทักษะที่ฝึกปฏิบัติมาได้อย่างมากที่สุด บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนจะไม่ยอมแพ้หรือท้อถอย แต่จะมีความพยายามเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการการได้รับประสบการณ์ จากบุคคลอื่นหรือการใช้ตัวแบบ (Vicarious Experience) ทั้งที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว จากการที่ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะ ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่วัยใกล้เคียงกัน ความสามารถและ ประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ต่างกัน บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ได้ถ้ามีความพยายาม และไม่ย่อท้อ ลักษณะของตัวแบบที่ส่งผลให้บุคคลมีสมรรถนะที่จะ

กระทำได้ เช่น การแก้ปัญหาของผู้ที่มีความกลัว การดูตัวแบบทำให้ลดความกลัวในการแก้ปัญหาลงได้

4. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)

การได้รับคำพูดโน้มน้าวของผู้อื่นมาช่วย เสริมกำลังใจ เป็นการสื่อสารที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ จะทำให้บุคคลนั้นกระทำให้เกิด ความสำเร็จได้ เป็นวิธีที่ใช้ง่าย และเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า ควรใช้ร่วมกับการประสบความสำเร็จของบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับขั้นตอน พร้อมกับการใช้คำพูดชักจูงด้วยจะได้ผลดีในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของบุคคล

5. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal)

บุคคลที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่มีความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว ความอ่อนล้า ความเจ็บปวด จะนำไปสู่สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำลง ถ้าอารมณ์ดังกล่าวมีมากขึ้นทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงสมรรถนะแห่งตนออกมาได้ นำไปสู่ประสบการณ์แห่งความล้มเหลว แต่ถ้าบุคคลนั้นสามารถลด ระวัง หรือควบคุมอารมณ์นั้นได้ จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น สามารถแสดงออกได้ดีขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ โดยใช้กลวิธีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิชธิมา ศรีจันทน์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 30 คน ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถ และคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนาวลี ภักดีสมัย (2553) ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบาก อำเภอจันทหาร จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าและข้อเข่าผิด

ในตอนเช้า จำนวน 30 คนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า อาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุเกิดจากการใช้ข้อผิดวิธีน้ำหนักเกินมาตรฐานและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการขาดแนวทางในการให้การดูแลจึงใช้วิธีการประชุมระดมสมองหาแนวทางวางแผนการดูแล มีการพัฒนา และใช้คู่มือในการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำ การเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือบริหารข้อเข่าการประเมินผลหลังการปฏิบัติการ 1 เดือน พบว่าผู้สูงอายุสามารถบริหารข้อเข่าได้ด้วยตนเองปรับวิถีชีวิตลดอาการปวดของข้อเข่าทำให้การเคลื่อนไหวสะดวกขึ้น

ทัศนวรรณ สังขรักษ์ (2554) ศึกษาผลของการประคบด้วยความร้อนต้น การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และการสนับสนุนที่บ้านต่อระดับอาการปวดข้อ ข้อฝืดและการทำกิจวัตร ประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับน้อยถึงมาก จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจำนวน 39 คน ได้รับการสนับสนุนที่บ้าน ประกอบด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่บ้านเกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าฝืดกักขะการประคบด้วยความร้อนต้น การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการทดลอง พบว่าอาการปวดเข่าลดลง อาการข้อฝืดลดลง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาภัสรา เขี่ยมสำอาง (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษรา วาจาจำเริญ, ณีฐิญา คำผล และสุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า โรคข้อเข่าเสื่อมมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยในมิติด้านความปวดและการใช้งานข้อ แต่มีผลไม่มากต่อคุณภาพชีวิตด้านระดับอาการข้อฝืด-ข้อยึด ในมิติด้านความปวดนั้น พบว่า โรคมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในขณะใช้งานข้อ โดยเฉพาะในขณะเดินและจะมีปัญหามากขึ้นในการเดินขึ้นลงบันได สำหรับความปวดขณะขึ้นลงน้ำหนักนั้นมีปัญหาน้อยกว่าแต่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความปวดน้อยมากเมื่ออยู่เฉย ๆ

โชติกา สารະปัญญา, ปชาณัฎฐ์ นันไทยทวิกุล (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 44 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองดีขึ้น สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และการออกกำลังกายส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Erbahceci พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าร่วมกับกายภาพบำบัด ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความปวดลดลง การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้นคุณภาพชีวิตดีขึ้น

นิภาพร คนเขียว (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น พบว่ากลุ่มทดลองมีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง ถูกต้อง สม่ำเสมอ และแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้กลุ่มวัยรุ่นสามารถควบคุมตนเองในการใช้ยาคุมกำเนิดได้ดี รู้ตัวตนเองว่าควรคุมกำเนิดที่สม่ำเสมอ จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างต่อเนื่อง

อิสราภรณ์ รัตนโกศภรณ์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะ และพฤติกรรมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า สูงกว่าก่อนรับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุน

ให้แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบบดูว่าที่ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้จากการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และประจวบ แหลมหลัก (2561) ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าผลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับการความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยการเข้าฐานการเรียนรู้ คือ อาหารตามโรค การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพในช่องปาก และการทำแผลกดทับ ซึ่งการได้เรียนรู้โดยแบ่งเป็นกลุ่มเล็กร่วมกับการ ระบุเนื้อหาในใบงานร่วมกันในกลุ่มทำให้มีการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ตรงกับการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ตามแนวคิด Empowerment เมื่อฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ ประเมินและพินิจ วิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ ความถูกต้อง ของตนเอง เกิดความรู้สึกในความรู้ มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอดำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ของ กงพัฒน์ แกมนิล และพรทิพย์ คำพอ (2556) หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนก็พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอธิบายได้ว่ากิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่กลุ่มทดลองร่วมกัน คิด วิเคราะห์รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดจนวางแผนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองมีแลกเปลี่ยนร่วมกันทำให้รับรู้ปัญหาเกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบันมากขึ้นว่าเป็นปัญหาในครอบครัวและชุมชนรวมทั้งร่วมกันคิดหาแนวทางที่จะนำไปสู่สิ่งที่อาสาสมัครคาดหวังให้เป็นและนำแนวทางนั้นมาวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วีรวัดน์ จิตจุง (2561) การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลทำให้ กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติในด้านเทคโนโลยีการสื่อสารการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลในภาวะวิกฤติ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่เขาร่วมโปรแกรมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเข้าใจบทบาทหน้าที่ของการเป็นสมาชิกครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามความรู้ และความชำนาญหรือทักษะในชีวิตประจำวันได้

สุกิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2563) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผลการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมในครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้โปรแกรมในการป้องกันภาวะข้อเสื่อมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีกลุ่มแกนนำที่สามารถคัดกรอง ให้คำปรึกษา แนะนำ และติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุผล สอดคล้องกับผลการศึกษารังสิยา นารินทร์ และคณะ ที่พบว่า การให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง การจัดประกวดผู้สูงอายุที่มีสุขภาพข้อเข่าดีทำให้ได้บุคคลต้นแบบที่เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเกิดแรงจูงใจเกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบ 1 กลุ่ม
วัดผล 2 ครั้ง (One group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุชราและผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดย หาขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยมีการนำ
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่มมาคำนวณ

$$\text{Effect size (d)} = \frac{|m_1 - m_2|}{\alpha}$$

d แทน ขนาดอิทธิพล (Effect size) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

m₁ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

m₂ แทน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

α แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การหาค่ากลางของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Cohen)

$$\alpha = \frac{\sqrt{\alpha^2_1 + \alpha^2_2}}{2}$$

α₁ แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

α₂ แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่ใกล้เคียงกันคืองานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กของ พวงทิพย์ วัฒนะ (2561) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองแล้วนำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยการแทนค่าในสูตร ได้ผลดังนี้

$$\text{ขนาดอิทธิพล} = \frac{117.9 - 102.9}{14.99} = 1.00$$

จากการคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่าขนาดอิทธิพล = 0.80 นำไปเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen (1998) กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คู่ แต่เนื่องจากกลุ่มประชากรนี้มีจำนวนจำกัดเพียงทั้งหมด 34 คู่ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 34 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

2.2 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 34 คู่ ตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังต่อไปนี้

2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ดูแลและผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

1) เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมเป็นหลักอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องหรืออยู่คร่ำครึเวียนเดียวกันกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มาอย่างน้อย 1 ปี และต้องได้รับการไว้วางใจจากผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม

2) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้ ไม่เคยเข้ารับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมมาก่อนและไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

3) สม่ครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการ

4) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

5) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

6) อ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้

2.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

- 1) ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมที่มีอายุมากกว่า 60 ปี
- 2) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้
- 3) สม่ครใจ ให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้น

จนเสร็จสิ้น

- 4) เป็นผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ดูแล
- 5) ไม่เคยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือตามหลักเกี่ยวกับข้อเข้าเสื่อม

2.2.3 เกณฑ์การคัดออกของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

- 1) ไม่สม่ครใจในการเข้าร่วมโปรแกรม
- 2) ขอลถอนตัวในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ
- 3) มีอาการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตหรือเกิดเหตุใดที่ไม่สามารถทำกิจกรรม

ของโปรแกรมต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้และแบบสอบถามทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือน และการได้รับความรู้เรื่องข้อเข้าเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข้าเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาตำรา และการ ทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การบรรเทาอาการ ปวดโดยการปรับเปลี่ยนท่าทาง อิริยาบถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประคบด้วยความร้อนและความเย็นการใช้ยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน) โดยมีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1976) มีช่วง คะแนน 0-12 คะแนนค่าความเชื่อมั่น โดยวิธี Kruder-Richardson (KR-20) = 0.68 กำหนดเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับสูง	คะแนนมากกว่าร้อยละ 80	ช่วงคะแนนที่ 9-12
ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 60-79	ช่วงคะแนนที่ 5-8

ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ช่วงคะแนนที่ 1-4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการใช้ แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของจิตติมา อินทร์เนตร์ (2553) และจากการทบทวนตำราและงานวิจัยอื่น มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้ คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ทำได้ถูกต้อง	2 คะแนน
ทำได้ถูกต้องบางส่วน	1 คะแนน
ทำไม่ได้	0 คะแนน

ผลรวมของคะแนนทักษะระหว่าง 10-20 คะแนน (คะแนนสูง) หมายถึงการมีทักษะดี ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) = 0.78

ชุดที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ โดยแบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ คำถามทางบวก 23 ข้อและคำถามทางลบ 3 ข้อ แบ่งเป็นรายดำนดังนี้คือ

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	จำนวน 7 ข้อ
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	จำนวน 6 ข้อ
3. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	จำนวน 3 ข้อ
4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน 8 ข้อ
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	จำนวน 2 ข้อ

เกณฑ์การแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ คะแนนคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดย แบ่งได้ดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
 คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
 ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
 ใช้แบบประเมินเฉพาะสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยพิจารณาจากอาการแสดง
 เกี่ยวกับอาการปวดโดยรวม มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด
 (pain score) ดังนี้

- 0-1 คือ ยอมรับได้
- 2-3 คือ พอรำคาญ
- 4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้
- 5 คือ ปวดปานกลาง
- 6-7 คือ ปวดมากพอสมควร
- 8-9 คือ ปวดจนไม่ยอมทำอะไร
- 10 คือ ปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ตัวโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
 ต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาตำรา เอกสาร
 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา
 ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้

1. การพูดคุยเชิง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผ่านสื่อ
 วีดิทัศน์ โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าของผู้ป่วยด้วยวิธี
 ที่ถูกต้องและเหมาะสม และระหว่างทำกิจกรรมผู้วิจัยให้กำลังใจกล่าวชื่นชมผู้เข้าร่วมโปรแกรม
 ที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

2. การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในกิจกรรมจะเป็นการให้
 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมาของตัวเอง พร้อมกับ
 ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมดูวิธีการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้องจากสื่อวีดิทัศน์

3. ประสบการณ์ที่กระทำได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้
 นึกถึงประสบการณ์ที่เคยได้ช่วยเหลือผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ หากไม่มี
 อาจเป็นกิจกรรมที่ทำสำเร็จด้านอื่น ๆ หรือกิจกรรมที่เคยทำแล้วภาคภูมิใจในตนเอง หรือ
 อาจเป็นการแนะนำคนอื่นแล้วบุคคลนั้นสามารถกระทำได้ตาม เพราะจะเป็นการสื่อได้ถึงว่า
 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถมีศักยภาพและภูมิใจในตนเอง

4. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติการการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และบรรยายภาคการเรียนรู้จะผ่อนคลาย เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกได้และพูดให้กำลังใจ และผู้วิจัยชี้แจงว่าคนในกลุ่มนี้ต้องไม่นำสิ่งที่รับรู้กันในกลุ่มไปเปิดเผย และการใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือวิจัย

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาหลักการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำผลการศึกษามาสร้างแบบสอบถามโดยขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา
2. กำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างเครื่องมือ
3. สร้างเครื่องมือในการวิจัย
4. เสนอร่างเครื่องมือต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ
5. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา
6. นำเครื่องมือที่ทดลองใช้แล้วเสนอที่อาจารย์ปรึกษา เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้ถูกต้องสมบูรณ์และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกุล มะโนทน รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร นายสุพจน์ เชื้อเมืองพาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนายทศพล เมืองอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาจากนั้น นำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบทางด้านคุณภาพของรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ของประเด็นคำถามเพื่อปรับปรุงแก้ไข

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try off) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.925

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขออนหนังสือจากมหาวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

5. นำข้อมูลที่ได้ออกมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านพิจารณาและได้รับการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited) จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยพะเยา เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2564 เลขที่รับรองโครงการ 1.2/018/64 หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาเพียงพอ ในการตัดสินใจอย่างอิสระ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์ในทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมเก็บเป็นความลับและนำผลการวิจัยเสนอในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่ให้เกิดผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง และในขณะการดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการวิจัยโดยทันทีและประสานกับโรงพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์

1. ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการ รวมถึงประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น ขณะทำการวิจัย
2. การเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ยินยอมตนจะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และต้องได้รับความยินยอมทุกราย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ผู้ยินยอมตนสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล มีสิทธิ์ปฏิเสธหรือเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในแบบสอบถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
4. การรักษาความลับของข้อมูลโครงการวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ยินยอมตอบแบบสอบถาม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ยินยอมตน โดยหลังจากที่ผู้ยินยอมตนลงนามในใบยินยอมตนแล้ว ผู้วิจัยจะแยกใบยินยอมตนออกจากแบบสอบถามไว้คนละส่วนกัน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงกันของแบบสอบถามกับใบยินยอมตนให้ทำการวิจัย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และไม่นำข้อมูลหรือความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือนำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยหนังสือแนะนำตัวและขอเก็บข้อมูลในชุมชนไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ ผู้นำชุมชน ผู้เข้าร่วมงานวิจัย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ ในการวิจัย
- 1.2 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดโครงการและให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ลงนามในหนังสือยินยอมตนด้วย ความสมัครใจ
- 1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 1.4 ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ในการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง

ในขั้นตอนนี้จะมีการทำกิจกรรมต่อเนื่องติดต่อกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลอง โดยกิจกรรมในโปรแกรมจะใช้รูปแบบการเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ การใช้คู่มือ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การได้รับโอกาสให้ซักถาม การแก้ปัญหาโดยการให้เหตุผล การทดลองและปฏิบัติในสถานการณ์จริงโดยมีบุคลากรทางสุขภาพให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง โดยใช้ระยะเวลา

ในการเข้าร่วมโปรแกรม 10 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมติดต่อกัน 10 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงกิจกรรมในโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื้อคลุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะเวลาจัดกิจกรรม	แนวคิด แบบคูรา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 เวลา 09.00- 11.00 น.	กิจกรรมการพูด ชักจูง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื้อคลุมเข้ารับฟังกิจกรรมในโปรแกรมและทำ Pretest ก่อนเริ่มเข้าโปรแกรม จากนั้นจะเป็นกิจกรรมการพูดชักจูง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคขอเช่าเสื้อคลุม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทาง Youtube (Sriphat Medical Center Chiang Mai ตอน ปวดเช่า เช่าเสื้อคลุม รักษาอย่างไรและช่องบันทึกกายภาพบำบัดและจัดกระดูก ตอน ทำออกกำลังกายแก่ขอเช่าเสื้อคลุมแบบง่าย) โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ด้วยวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม และระหว่างทำกิจกรรมผู้วิจัยให้กำลังใจกล่าวชื่นชมผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง
สัปดาห์ที่ 2 เวลา 09.00- 11.00 น.	การได้เห็นแบบ หรือ ประสบการณ์ ของผู้อื่น	กิจกรรมจะเป็นการให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยขอเช่าเสื้อคลุมที่ผ่านมาของตัวเอง พร้อมกับให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมดูวีดิทัศน์การดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื้อคลุมที่ถูกต้องจากสื่อวีดิทัศน์ (ผ่านช่องทาง youtube ชื่อช่องคนไกลโรคกับคุณหมอพรเทพ ตอน ทำบริหารแก้ปวดขอเช่าเสื้อคลุมและช่อง Mahidol Channel ตอน ทำบริหาร 3 นาทีป้องกันขอเช่าเสื้อคลุม)

ตาราง 1 (ต่อ)

ระยะเวลาจัด กิจกรรม	แนวคิด แบบคูรา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 เวลา 09.00- 11.00 น.	ประสบการณ์ที่ กระทำเสร็จด้วย ตนเอง	เป็นกิจกรรมที่จะให้ผู้เข้าเข้าร่วมได้ประสบการณ์ ของตนเอง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ นึกถึงประสบการณ์ที่เคยได้ช่วยเหลือผู้ป่วยข้อเข่า เสื่อมที่ผ่านมาแล้วประสบผลสำเร็จ หรืออาจเป็น การแนะนำคนอื่นแล้วบุคคลนั้นสามารถกระทำได้ตาม เพราะจะเป็นการสื่อได้ถึงว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีความสามารถมีศักยภาพและภูมิใจในตนเอง
สัปดาห์ที่ 4 เวลา 09.00- 11.00 น.	การกระตุ้น ทางด้านร่างกาย และอารมณ์	ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ฝึกปฏิบัติการ การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่าให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบาย ความรู้สึกได้และพูดให้กำลังใจและพูดคุยซักถามถึง ปัญหาและอุปสรรค
สัปดาห์ที่ 5 เวลา 09.00- 11.00 น.	การกระตุ้น ทางด้านร่างกาย	ผู้วิจัยร่วมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คนละ 1 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 6 เวลา 09.00- 11.00 น.	การกระตุ้น ทางด้านร่างกาย	ผู้วิจัยร่วมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คนละ 1 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 7 เวลา 09.00- 11.00 น.	การกระตุ้น ทางด้านร่างกาย	ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะเป็นช่วงที่ให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองนำความรู้จาก การเข้าร่วมโปรแกรมไปปฏิบัติจริงในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมที่ตนเองรับผิดชอบดูแล
สัปดาห์ที่ 8 เวลา 09.00- 11.00 น.	การกระตุ้น ทางด้านร่างกาย	ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะเป็นช่วงที่ให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองนำความรู้จาก การเข้าร่วมโปรแกรมไปปฏิบัติจริงในผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมที่ตนเองรับผิดชอบดูแล

ตาราง 1 (ต่อ)

ระยะเวลาจัดกิจกรรม	แนวคิด แบบคูรา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 9 เวลา 09.00 – 11.00 น.	การกระตุ้น ทางด้านร่างกาย	ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จะเป็นช่วงที่ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองนำความรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปปฏิบัติจริงในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่ตนเองรับผิดชอบดูแล
สัปดาห์ที่ 10	สรุปผลทดลอง	ผู้วิจัยเก็บข้อมูล Post-test ในผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมและกล่าวยุติการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมกลุ่มระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ระยะเวลาดำเนินงาน คือ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ตาราง 2 แสดงแผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
ทบทวนวรรณกรรม	✓											
ศึกษาข้อมูลประชากรที่ทางการศึกษา	✓											
เขียนโครงร่างการวิจัย	✓		✓									
นำเสนอโครงร่างงานวิจัย			✓									
สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย				✓								
ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแนะนำแนว ทางแก้ไข				✓								
ทำการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง				✓								
ดำเนินการขอจริยธรรมในการทำวิจัย				✓	✓	✓	✓	✓	✓			
พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและให้ข้อมูล										✓		
เกี่ยวกับโครงการวิจัย										✓		
เก็บรวบรวมข้อมูล										✓		
วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล										✓		
เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์												✓
นำเสนองานวิจัย												✓

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
2. ส่วนที่ 1 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม
3. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
4. ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
5. ส่วนที่ 1 ข้อมูลอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	0	0.00
25-35 ปี	3	8.80
36-45 ปี	7	20.60
มากกว่า 45 ปี	24	70.60
รวม	34	100.00
เพศ		
ชาย	7	20.60
หญิง	27	79.40
รวม	34	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	5	14.70
คู่	21	61.80
หม้าย	2	5.90
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	17.60
รวม	34	100.00
ศาสนา		
พุทธ	31	91.20
คริสต์	3	8.80
อิสลาม	0	0.00
อื่น ๆ	0	0.00
รวม	34	100.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	12	35.3
มัธยมศึกษา	17	50.00
ปวส./ปวช.	5	14.70
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0.00
รวม	34	100.00
โรคประจำตัว		
มี	4	11.80
ไม่มี	30	88.20
รวม	34	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขอเช่าเสื่อ		
1-2 ปี	9	26.50
3 ปี	2	5.90
มากกว่า 3 ปี	23	67.60
รวม	34	100.00
ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อ		
เคย	0	0.00
ไม่เคย	34	0.00
รวม	34	100
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
เป็นสมาชิกในครอบครัว	28	82.40
เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข	6	17.60
อื่น ๆ	0	0.00
รวม	34	100

จากตาราง 3 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่ามากที่สุดมีอายุมากกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.60 รองลงมา คือ อายุในช่วง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.60 อายุในช่วง 25- 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.80 ตามลำดับ เป็นเพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 และเพศชาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60 มากที่สุดมีสถานภาพมีคู่ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80 รองลงมาคือ หย่าร้างแยกกันอยู่ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.60 สถานภาพโสด 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.70 และหม้าย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 ตามลำดับ มากที่สุดนับถือศาสนาพุทธ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.20 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.80 มากที่สุดจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.30 ระดับ ปวส./ปวช. จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.70 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.20 และมีโรคประจำตัวอยู่จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 มากที่สุดมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 67.60

รองลงมาคือ ระยะเวลา 1 ถึง 2 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 และระยะเวลา 3 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่เคยผ่านการเข้าร่วม การอบรมมาก่อน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มากที่สุดเป็นสมาชิกในครอบครัว เดียวกันกับผู้ป่วย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.40 รองลงมาคือ เป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.60

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม

ตาราง 4 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้รายข้อของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ

ข้อ	จำนวนคนที่ตอบถูก			
	ก่อน	%	หลัง	%
1. โรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่าเริ่มตั้งแต่เวลา มีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลงบันได หรือนั่งพับเข่า อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพักการใช้ข้อ	34	100	34	100
2. โรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกวิธี เป็นเวลานาน	29	85.29	33	97.06
3. น้ำหนักตัว มีผลต่อโรคข้อเข่าเสื่อม	23	67.64	33	97.06
4. การออกกำลังกายข้อเข่าหนัก ๆ ทำให้ข้อเข่าแข็งแรง	9	36.47	25	73.53
5. ข้อเข่าผิดรูป/ข้อเข่าโก่ง มีสาเหตุมาจากโรคข้อเข่าเสื่อม เพียงอย่างเดียว	16	47.06	27	79.41
6. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้นเพราะระหว่างลัมตัดวงลงนอนหรือ ลุกขึ้นยืนจะต้องใช้แรงจากข้อเข่าเป็นอย่างมาก	19	55.88	27	79.41
7. การดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณ 8 แก้วต่อวัน ช่วยให้กระดูกอ่อนตามข้อต่าง ๆ มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากถึง ร้อยละ 70	17	50	27	79.41

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อ	จำนวนคนที่ตอบถูก			
	ก่อน	%	หลัง	%
9. การประคองผู้สูงอายุเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ	8	23.53	28	82.35
10. อาการข้อเข่าบวม มีเสียงดังในเข่า คือ ภาวะข้อเข่าเสื่อม	12	35.29	30	88.23
11. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีวิธีรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้หลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การกายภาพบำบัด การฉีดยา	31	91.18	34	100
12. การนั่งคุกเข่า พับเพียบเป็นเวลานาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนสภาพลงแต่ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม	11	32.35	29	85.29

จากตาราง 4 พบว่าจากคำถามข้อที่ 1 โรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่าเริ่มตั้งแต่วเวลาที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลงบันได หรือนั่งพับเข่า อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพักการใช้ข้อ จากการตอบคำถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้คำถามถูกต้องทั้งหมด 34 คน คำถามข้อที่ 2 โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกวิธีเป็นเวลานาน จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 29 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูก 33 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 29.42 คำถามข้อที่ 3 น้ำหนักตัวมีผลต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้เข่ารับน้ำหนักมากขึ้น จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 23 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูก 33 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 29.42 คำถามข้อที่ 4 การออกกำลังกายข้อเข่าหนัก ๆ ทำให้ข้อเข่าแข็งแรงและรับน้ำหนักได้มากขึ้น จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 9 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูก 25 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 37.06 คำถามข้อที่ 5 ข้อเข่าผิดรูป/ข้อเข่าโก่ง มีสาเหตุมาจากโรคข้อเข่าเสื่อมเพียงอย่างเดียว จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 16 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูก 27 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 32.35 คำถามข้อที่ 6 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้นเพราะระหว่างล้มตัวลงนอนหรือ

ลูกขึ้นยืนจะต้องใช้แรงจากข้อเข่าเป็นอย่างมาก จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 19 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 27 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 23.53 คำถามข้อที่ 7 การดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณ 8 แก้วต่อวัน ช่วยให้กระดูกอ่อนตามข้อต่าง ๆ มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากถึงร้อยละ 70 ช่วยให้ข้อแข็งแรง จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 17 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 27 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 29.41 คำถามข้อที่ 8 ระหว่างการออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ ควรหยุดออกกำลังกายทันที จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 29 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 30 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 2.94 คำถามข้อที่ 9 การประคบผู้สูงอายุเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 8 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 28 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 5.82 คำถามข้อที่ 10 อาการข้อเข่าบวม มีเสียงดังในเข่า คือ ภาวะข้อเข่าเสื่อม จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 12 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 30 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 64.70 คำถามข้อที่ 11 การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีวิธีการรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้หลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การกายภาพบำบัด การใช้ยา จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 31 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 34 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 8.82 คำถามข้อที่ 12 การนั่งคุกเข่าพับเพียบเป็นเวลานาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนสภาพลงแต่ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม จากการตอบคำถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ตอบคำถามถูกต้อง 11 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมตอบคำถามถูกต้อง 29 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 52.94

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนความรู้	Mean	Mean difference	S.D.	T	Df	P-value
- ก่อนเข้ารับโปรแกรม	6.97		1.62			
- หลังเข้ารับโปรแกรม	10.44	3.47	1.23	13.74	33	<0.001

จากตาราง 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.97 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 10.44 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนน

ค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.47 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ตาราง 6 แสดงผลคะแนนทักษะการปฏิบัติรายข้อก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อ	คะแนนทักษะรวมรายข้อ			
	คะแนน	%	คะแนน	%
1. การให้คำแนะนำปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ การใช้ห้องน้ำ	28	41.18	46	67.65
2. การให้คำแนะนำข้อควรหลีกเลี่ยง ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อข้อเข่า เช่น การยืน การนั่ง การเดินการยกของหนัก	35	51.47	40	58.82
3. การให้คำแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อ รอบข้อเข่าให้แข็งแรง	35	51.47	40	58.82
4. ให้คำแนะนำการนวดคลายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ด้วยตนเอง	39	57.35	39	57.35
5. การให้คำแนะนำ การประคบร้อน ประคบเย็น หรือการแช่ยาบวด	19	27.94	44	64.71
6. การให้คำแนะนำการควบคุมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม	9	13.24	38	55.88
7. การให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือในการเดิน	11	16.18	37	54.41
8. การให้คำแนะนำปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น	9	13.24	42	61.76
9. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน	9	13.24	46	67.65
10. การให้คำแนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง	3	4.41	45	66.18

จากตาราง 6 พบว่า ผลคะแนนของทักษะข้อที่ 1 การให้คำแนะนำปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุการใช้ห้องน้ำ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.47 ทักษะข้อที่ 2 การให้คำแนะนำข้อควรหลีกเลี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อข้อเท้า เช่น การยืน การนั่ง การเดินการยกของหนัก มีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.35 ทักษะข้อที่ 3 การให้คำแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าให้แข็งแรง มีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.35 ทักษะข้อที่ 4 ให้คำแนะนำการนวดคลายกล้ามเนื้อรอบข้อเท้า ด้วยตนเอง มีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.00 ทักษะข้อที่ 5 การให้คำแนะนำ การประคบร้อน ประคบเย็น หรือการใช้ยานวดมีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.76 ทักษะข้อที่ 6 การให้คำแนะนำการควบคุมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุข้อเท้าเสื่อมมีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.65 ทักษะข้อที่ 7 การให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือในการเดินมีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.24 ทักษะข้อที่ 8 การให้คำแนะนำปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยงของข้อเท้าเสื่อมเพิ่มขึ้น มีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.53 ทักษะข้อที่ 9 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากข้อเท้าเสื่อมมีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 54.41 ทักษะข้อที่ 10 การให้คำแนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง มีคะแนนรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 61.76

ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนการปฏิบัติ	Mean	Mean difference	S.D.	T	Df	P-value
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.79		1.81			
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.26	6.47	2.72	13.13	33	<0.001

จากตาราง 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิบัติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 5.79 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 12.26 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเท้าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.47 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 32.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อ

ตาราง 8 แสดงผลคะแนนรายข้อของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อ

ข้อ	คะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ			
	ก่อน	%	หลัง	%
ด้านคุณภาพชีวิตสุขภาพกาย	890	20.13	995	22.51
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	652	14.75	774	17.51
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางด้านสังคม	243	5.49	275	6.22
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	1019	23.05	1025	23.19
คุณภาพชีวิตโดยรวม	160	3.62	230	5.20
คะแนนรวม	2964	67.04	3299	74.63

จากตาราง 8 พบว่า ผลคะแนนด้านคุณภาพชีวิตสุขภาพกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 2.38 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 2.76 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางด้านสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 0.73 คะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 0.14 และคะแนนรวมคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละได้ 1.58

ตาราง 9 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุขอเช่าเสื่อ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	Mean	Mean difference	S.D.	T	Df	P-value
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	87.17		10.44			
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	97.03	9.86	14.26	12.07	33	<0.001

จากตาราง 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 87.17 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีคะแนน

เฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 97.03 ซึ่งอยู่ระดับการมีคุณภาพที่ดี ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 9.86 คะแนนหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลอาการปวดของผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อม

ตาราง 10 แสดงผลแสดงอาการปวดของผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อมกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุขอเข้าเสื่อม

ระดับการปวด	จำนวนผู้สูงอายุ			
	ก่อน	%	หลัง	%
0-1 คือ ยอมรับได้	1	2.94	1	2.94
2-3 คือ พอรับได้	2	5.88	6	17.65
4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้	3	8.82	3	8.82
5 คือ ปวดปานกลาง	4	11.76	6	17.65
6-7 คือ ปวดมากพอสมควร	13	38.24	10	29.41
8-9 คือ ปวดจนไม่ยอมทำอะไร	11	32.35	8	23.53
10 คือ ปวดมากที่สุด	0	0	0	0

จากตาราง 10 พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีระดับการปวด 0-1 คือ ยอมรับได้ จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุที่มีระดับการปวดพอรับได้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวน 2 คนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีเพิ่มขึ้นมารวมเป็นจำนวน 6 คน ผู้สูงอายุที่มีระดับการปวดเล็กน้อยพอทนได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวน 3 คน ผู้สูงอายุที่มีระดับการปวดปานกลาง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวน 4 คนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีเพิ่มขึ้นมารวมเป็นจำนวน 6 คน ผู้สูงอายุที่มีระดับการปวด มากพอสมควรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวน 13 คนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำนวนลดลงเหลือ 10 คน และมีผู้สูงอายุที่มีระดับการปวดจนไม่ยอมทำอะไรก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวน 11 คนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวนลดลงเหลือ 8 คน

ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
กลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

ค่าเฉลี่ยอาการปวดเข่า	Mean	Mean difference	S.D.	T	Df	P-value
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.03		1.95			
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	5.56	- 0.47	1.92	5.43	33	<0.001

จากตาราง 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.03 ซึ่งอยู่ระดับปวดมากพอสมควร และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีค่าเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.56 ซึ่งอยู่ระดับปวดปานกลาง สรุปได้ว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดลดลงคิดเป็นร้อยละได้ 4.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่ามากที่สุดมีอายุมากกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.60 เป็นเพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 มากที่สุดมีสถานภาพมีคู่ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80 นับถือศาสนาพุทธ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.20 มากที่สุดจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50 พบไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.20 มากที่สุดมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 67.60 ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคน ไม่เคยผ่านการเข้าร่วมการอบรมมาก่อน มากที่สุดเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.40 รองลงมาคือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 6 คน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องข้อเข่าเสื่อมของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.97 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 10.41 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.47 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือความรู้ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิบัติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 5.79 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 12.26 ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.47 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 32.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 87.17 ซึ่งอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 97.03 ซึ่งอยู่ระดับการมีคุณภาพที่ดี ซึ่งสรุปได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

9.86 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการประเมินอาการปวดข้อของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 6.03 ซึ่งอยู่ระดับปวดมากพอสมควร และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีค่าเฉลี่ยอาการปวดเท่ากับ 5.56 ซึ่งอยู่ระดับปวดปานกลาง สรุปได้ว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดลดลงคิดเป็นร้อยละได้ 4.07 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษาคือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมช่วยให้อาการการเจ็บปวดของผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมปวดลดลง

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีสถานภาพมีคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี ไม่เคยผ่านการเข้าร่วมการอบรมมาก่อนและส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย อาสาสมัครที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา (2552) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสและยังไปสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เรือนถาวร (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 46-50 ปี สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องการศึกษามาก่อนการเข้าร่วมอบรม

ความรู้เกี่ยวกับภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่าความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการศึกษา คือระดับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และประจวบ แผลมหลัก (2561) ที่ได้ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแล้วพบว่าผลค่าเฉลี่ย

ของคะแนนความรู้หลังในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อิศราภรณ์ รัตน์โกศลพันธ์ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทำต่ออาการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลทำในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลทำผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม พบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 5.79 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของทักษะเท่ากับ 12.26 ซึ่งมีระดับทักษะที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะการปฏิบัติดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศราภรณ์ รัตน์โกศลพันธ์ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทำต่ออาการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมในการดูแลทำในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลทำผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลทำของผู้ป่วยเบาหวาน สูงกว่าก่อนรับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนให้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบบดูราที่ว่าอาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้จากการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคุณภาพชีวิตดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่ง ตนทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Erbahceci (2008) และคณะที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข้าร่วมกับกายภาพบำบัด ระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

อาการปวดของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม พบว่าอาการปวดข้อเข้าของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปวดมากพอสมควร และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีอาการปวดโดยรวมอยู่ในระดับปวดปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีอาการปวดลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานในการศึกษา คือโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข้าเสื่อมช่วยให้อาการ การเจ็บปวดของผู้สูงอายุภาวะข้อเข้าเสื่อมดีขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง(2557) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้อาการปวดเข่าลดลงและความสามารถทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz H. และคณะ (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีความปวดลดลงและการเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการติดตามการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
2. ควรมีการกระตุ้นให้ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโปรแกรมได้เป็นแกนนำในการขยายเครือข่ายความรู้และเพิ่มทักษะให้อาสาสมัครสาธารณสุขคนอื่นในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยพัฒนาความรู้ ทักษะ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในทางที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman.
- Bloom. (1998). **B.S. Taxonomy of education objectives**. The classification of educational. New York, David Mackey.
- Cohen, J. (1998). **Statistical Power Analysis for Behavioral Science**. Newjer: Hillsdale.
- Erbahceci F, Dursun E. 521. (2008) Effects of physiotherapy and rehabilitation program on muscle strength, quality of life, pain, stiffness, and physical function in women with knee osteoarthritis. **Osteoarthritis Cartilage**. 16, s223
- Rakowski, W. and Mar, V. (1992). The association of physical activity with mortality among older adults in the longitudinal study of aging. **Journal of Gerontology**. 47(4), 122–129.
- Yilmaz, H., Polat, H. A. D., Karaca, G., Kuçukşen, S. and Akkur, H. E. (2018). Effectiveness of home exercise program in patients with knee osteoarthritis. **European Journal of General Medicine**. 10(2), 102–107.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2534). **เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
- กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และประจวบ แผลมหลัก. (2561). ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม**. 12(1), 275–291.
- กลุ่มงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเวียงแก่น. (2564). **สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม ปี 2560–2564**. กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย.
- จุฑาวดี วงศ์สมบัติ. (2553). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอวตัวชั่งน้ำหนักและความคิดเห็น**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ฐิติมา อินทร์เนตร. (2562). **การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ทัศนวรรณ สังข์รักษ์ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ นัยนา หนูนิล และศุภฤกษ์ นาวาร์ตน์. (2554). ผลการประคบด้วยความร้อนชื้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและการสนับสนุนที่บ้านต่อระดับอาการปวด ข้อฝืดและการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ. **วารสารการพยาบาลสาธารณสุข**. 25(1), 64-84
- ธวัช วิเชียรประภา. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การกับปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการจัดการระบบสุขภาพ), มหาวิทยาลัยทักษิณ, พัทลุง.
- นงพิมพ์ นิมิตานันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. **วารสารพยาบาลทหารบก** 15(3), 185-194.
- นิธธิมา ศรีจำนงค์. (2553). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นิภาพร ทองหลอม. (2560). **ความชุกของอาการข้อเข่าเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมในผู้หญิงอายุระหว่าง 50-60 ปี ตำบลแม่ริมใต้ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เบญจยมาศ พิลายนต์. (2552). **ผลกระทบของพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและควบคุมอาการโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ปราณี เรียนถาวร. (2556). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการชะลอการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข**. วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พนิดา กุลประเสริฐดุสิตก. (2546). **คู่มือรักษาอาการเจ็บเข่า**. กรุงเทพฯ: เอมี เทรตติ้ง.

- พรรณทิพา คักดีทอง. (2548). **คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- พวงทิพย์ วัฒนนะ. (2550). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พินทุสร ปัตยะกร. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้หญิงไทยวัยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พฤกษ์ ไชยกิจ. (2564). **โรคข้อเข่าเสื่อม**. บทความสุขภาพ โรงพยาบาลพระรามเก้า. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565, จาก <https://www.praram9.com/knee-osteoarthritis.co.th>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2556). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยุพิน ไกรรินทร์. (2536). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัตนาวลี ภัคดีสมัย. (2553). **การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปาก อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (2558). **โรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue021/health-station>
- วิไล คุปต์นรีดีศัยกุล. (2548). **เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชศาสตร์ทั่วไป**. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวงษ์ และธนิกานต์ คักดาพร (2552). **ตัวแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย**. **วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 10(3), 13-24.
- สิทธิศักดิ์ หารษาเวก. (2540). **ก้าวทันชีวิตเคมีทางการแพทย์สูงวัยห่างไกลโรค**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาณี แสงกระจ่าง. (2557). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนักและภาวะสุขภาพในผู้เป็นข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพฯ.
- สุภาพร ศศิจันทร์ธา. (2553). **ปัจจัยที่มีสัมพัทธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุรกุล เจนอบรม. (2552). **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: นิซินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551). **ตำราการตรวจโรคทั่วไป 1: แนวทางการตรวจรักษาโรคและการใช้ยา** (พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชซิง.
- สุรัชย์ จิตะพันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชซิง.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก100ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2552). **การดูแลผู้สูงวัยในชุมชน: ระบบ หลักการ และแนวทาง ปฏิบัติ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- อารี อานาวลี. (2565). **โรคข้อเข่าเสื่อม**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก หนังสือรับรองเชิงจริยธรรม



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE

19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666

เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
: THE EFFECT OF SELF-EFFICACY SKILL OSTEOARTHRITIS CARE PROGRAM OF CAREGIVER AT PO HEALTH PROMOTION HOSPITAL , WIANGKAEN DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE

เลขที่โครงการวิจัย : 1.2/018/64

ผู้วิจัยหลัก : นายณรงค์วิชัย คำรังษี
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาตศิริ
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อัชฌราภรณ์ ดวงใจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับรอง : 17 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ : 17 มีนาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำหรับผู้วิจัย
แบบสอบถามเลขที่ ID <input type="text"/>

แบบสอบถามชุดที่ 1

แบบวัดความรู้ แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข้าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านกรุณาตอบแบบสอบถามอย่างอิสระตามความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดซึ่งผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้นในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีข้อผิดพลาดหรือข้อถูกและไม่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ทุก ๆ ด้านของต่าง ๆ

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข้าเสื่อม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อม

ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใดและจะใช้เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถาม

นายณรงค์วิชัย คำรังษี

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยพะเยา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อความเพียงช่องเดียวตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ท่านนับถือศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
5. การศึกษาสูงสุด
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () ปวส./ปวช. ()ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
() มี () ไม่มี
7. ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม
() 1-2 ปี () 3 ปี () มากกว่า 3 ปี
8. ท่านเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อนหรือไม่
() เคย () ไม่เคย
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() เป็นสมาชิกในครอบครัว () เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข () อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน-หลัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / หรือ X หน้าหมายเลขข้อตามความคิดเห็นของท่าน

-1. โรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่าเริ่มตั้งแต่เวลาที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลง บันได หรือนั่งพับเข่า อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพักการใช้ข้อ
-2. โรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกวิธีเป็นเวลานาน
-3. น้ำหนักตัว มีผลต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้เข่ารับน้ำหนักมากขึ้น
-4. การออกกำลังกายข้อเข่าหนัก ๆ ทำให้ข้อเข่าแข็งแรง และรับน้ำหนักได้มากขึ้น
-5. ข้อเข่าผิดรูป/ข้อเข่าโก่ง มีสาเหตุมาจากโรคข้อเข่าเสื่อมเพียงอย่างเดียว
-6. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้น เพราะระหว่างล้มตัวลงนอนหรือลุกขึ้นยืนจะต้องใช้แรงจากข้อเข่าเป็นอย่างมาก

.....7. การดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณ 8 แก้วต่อวัน ช่วยให้กระดูกอ่อนตามข้อต่าง ๆ มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากถึงร้อยละ 70 ช่วยให้ข้อแข็งแรง

.....8. ระหว่างการออกกำลังกายถ้ามีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ ควรหยุดออกกำลังกายทันที

.....9. การประคบผู้สูงอายุเดิน ควรช่วยจับบริเวณเอวของผู้สูงอายุ

.....10. อาการข้อเข่าบวม มีเสียงดังในเข่า คือ ภาวะข้อเข่าเสื่อม

.....11. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีวิธีรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้หลากหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การกายภาพบำบัด การใช้ยา

.....12. การนั่งคุกเข่า พับเพียบเป็นเวลานาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนสภาพลงแต่ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

คำชี้แจง ทีมงานผู้วิจัยทำเครื่องหมาย / ตามผลทักษะการปฏิบัติโดยใช้วิธีการสังเกตและให้คะแนนตามเกณฑ์การประเมิน

ทักษะการปฏิบัติ	ผลทักษะการปฏิบัติ		
	ทำได้ถูกต้อง (2)	ทำถูกต้องบางส่วน (1)	ทำไม่ได้ (0)
1. การให้คำแนะนำปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุการใช้ห้องน้ำ			
2. การให้คำแนะนำข้อควรหลีกเลี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อข้อเข่า เช่น การยืน การนั่ง การเดินการยกของหนัก			
3. การให้คำแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าให้แข็งแรง			
4. ให้คำแนะนำการนวดคลายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ด้วยตนเอง			
5. การให้คำแนะนำ การประคบร้อน ประคบเย็น หรือการใช้ยานวด			

ทักษะการปฏิบัติ	ผลทักษะการปฏิบัติ		
	ทำได้ ถูกต้อง (2)	ทำถูกต้อง บางส่วน (1)	ทำไม่ได้ (0)
6. การให้คำแนะนำการควบคุมโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม			
7. การให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ การช่วยเหลือในการเดิน			
8. การให้คำแนะนำปัจจัยที่ทำให้ความเสี่ยง ของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น			
9. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนจากข้อเข่าเสื่อม			
10. การให้คำแนะนำการรับประทานยา ที่ถูกต้อง			

เกณฑ์การให้คะแนนต่อทักษะการปฏิบัติ

ทำได้ถูกต้อง ได้ 2 คะแนน

คือ สามารถทดลองและนำเทคนิคต่าง ๆ ที่เรียนรู้ไป
ปฏิบัติได้ดี และนำเสนอเป็นลำดับขั้นตอนดี

ทำได้ถูกต้องบางส่วน ได้ 1 คะแนน

คือ สามารถทดลองและนำเทคนิคต่าง ๆ ที่เรียนรู้ไป
ปฏิบัติได้ และนำเสนอเป็นลำดับ

ทำไม่ได้ ได้ 0 คะแนน

คือ ไม่สามารถทดลองและนำเทคนิคต่าง ๆ ที่เรียนรู้ไป
ปฏิบัติได้

สำหรับผู้วิจัย

แบบสอบถามเลขที่ ID

แบบสอบถามชุดที่ 2

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น
รายด้านดังนี้คือ

- | | |
|--------------------------------------|-------------|
| 1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย | จำนวน 7 ข้อ |
| 2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ | จำนวน 6 ข้อ |
| 3. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม | จำนวน 3 ข้อ |
| 4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม | จำนวน 8 ข้อ |
| 5. คุณภาพชีวิตโดยรวม | จำนวน 2 ข้อ |

ขอขอบคุณที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถาม

นายณรงค์วิชัย คำรังษี

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยพะเยา

คำชี้แจง ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย/
ในคำตอบที่ตรงกับท่าน

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแสบมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกแสบ

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแสบกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือพอใจมากที่สุด

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						
1	ท่านมีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดร่างกาย ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ					
2	ท่านมีกำลังเพียงพอหรือไม่ ที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันได้ (ทั้งเรื่องงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน)					
3	ท่านพึงพอใจกับการนอนหลับของท่าน					
4	ท่านรู้สึกพึงพอใจ ที่สามารถทำกิจวัตรได้ในแต่ละวัน					
5	ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน					
6	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา					
7	ท่านสามารถเดินไปทั่วบริเวณที่ต้องการได้ด้วยตนเอง					

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ						
8	ท่านมีความสุข ความสงบ ในการใช้ชีวิตประจำวัน					
9	ท่านมีสมาธิในการทำงาน/กิจวัตรประจำวัน					
10	ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเอง					
11	ท่านยอมรับสภาพร่างกายของตัวเองในปัจจุบัน					
12	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี/วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึนหวัง					
13	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีคุณค่า					
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
14	ท่านพอใจกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น					
15	ท่านพึงพอใจกับการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ที่มีใช้บุคคลในครอบครัว					
16	ท่านมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน					
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม						
17	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน					
18	ท่านพึงพอใจกับสภาพที่พักอาศัยของท่านในปัจจุบัน					
19	ท่านมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายตามความจำเป็น					

ลำดับ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
20	ท่านพึงพอใจที่สามารถใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็น					
21	ท่านได้รับข่าวสารที่จำเป็นในชุมชน					
22	ท่านมีโอกาสที่จะได้พักผ่อนคลาย เครียด					
23	สภาพแวดล้อมที่ท่านพักอาศัยส่งผล ดีต่อสุขภาพของท่าน					
24	ท่านพึงพอใจกับการเดินทางสัญจร (หมายถึงการคมนาคม)					
คุณภาพชีวิตตามสุขภาพโดยรวม						
25	ท่านพึงพอใจกับสุขภาพของท่านใน ปัจจุบัน					
26	ท่านพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของ ท่านในปัจจุบัน					



สำหรับผู้วิจัย

แบบสอบถามเลขที่ ID

แบบสอบถามชุดที่ 3

แบบประเมินระดับอาการปวดเข้าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามระดับอาการปวดเข้าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

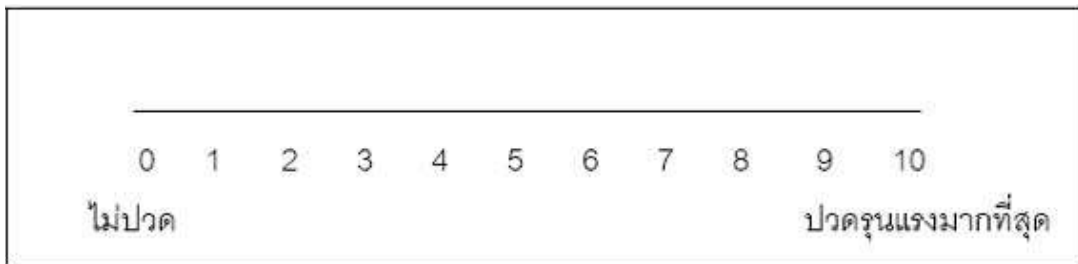
ขอขอบคุณที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถาม

นายณรงค์วิษณุ คำรัมย์

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยพะเยา



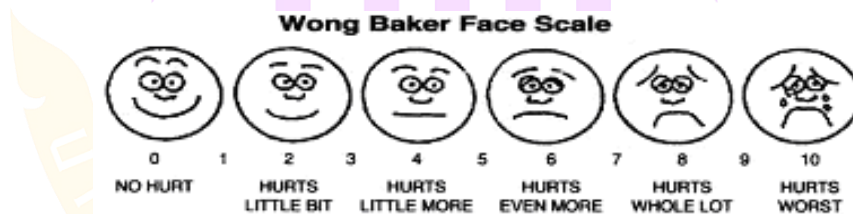


pain scales

pain scales ที่ เป็น visual rating scales ผู้ที่ ให้คะแนนความเจ็บปวดคือผู้ป่วย มีการอธิบายให้ผู้ป่วยฟังถึงลำดับการให้คะแนนและความหมายดังนี้

ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด(pain score)

- 0-1 คือ ยอมรับได้
- 2-3 คือ พอรำคาญ
- 4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้
- 5 คือ ปวดปานกลาง
- 6-7 คือ ปวดมากพอสมควร
- 8-9 คือ ปวดจนไม่อยากทำอะไร
- 10 คือ ปวดมากที่สุด



facial scales คือ การใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด

1. เริ่มตั้งแต่ไม่ปวดแทนด้วยภาพสีหน้ายิ้มรำมีความสุข
2. ปวดพอทนแทนด้วยภาพหน้านิ่งด้วยมวดจนถึง
3. ปวดมากที่สุด แทนด้วยภาพใบหน้าที่มีน้ำตาไหลพราก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ณรงค์วิชัย คำรัมย์
วัน เดือน ปี เกิด	25 มีนาคม 2539
สถานที่เกิด	เขียงราย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2559 พท.บ. (การแพทย์แผนไทย), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	66 หมู่ 4 ต.ป่าตาล อ.ขุนตาล จ.เขียงราย
ผลงานตีพิมพ์	ณรงค์วิชัย คำรัมย์ และสมชาย จาตศรี. (2565). ผลของโปรแกรมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่า เสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัด เขียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(2), 97-110

