

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม  
ในการดูแลข้อเท้าของผู้สูงอายุ

ธนกร แสนบ้าน

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

24 กรกฎาคม 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยพะเยา



3112914731

UP\_Thesis\_59059424\_independent\_study / recv: 25072561\_00:20:05 / seq: 7

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่า  
ของผู้สูงอายุ

ธนกร แสนบ้าน

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
24 กรกฎาคม 2561  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยพะเยา



3112914731

UP ThesIs 59059424 independent study / recv: 25072561 00:20:05 / seq: 7

EFFECTIVENESS SELF-CARE PROGRAM ON KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS  
OF KNEE OSTEOARTHRITIS AMONG THE ELDERL

THANAKORN SEANBAN

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

July 24 2018

Copyright of University of Phayao

3112914731  
UP ThesIs 59059424 independent study / recv: 25072561 00:20:05 / seq: 7

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่า  
ของผู้สูงอายุ

ของ ชนกร แสนบ้าน

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วย  
ตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่ง วงศ์วิวัฒน์ )

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นายแพทย์ วิชัย เทียนถาวร )



3112914731

**เรื่อง:** ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อ  
 เช่าของผู้สูงอายุ

**ผู้ศึกษาค้นคว้า:** ธนกร แสนบ้าน การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม. มหาวิทยาลัยพะเยา 2560

**อาจารย์ที่ปรึกษา:** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่ง วงศ์วัฒน์

**คำสำคัญ** ผู้สูงอายุ, การดูแลข้อเช่า

#### บทคัดย่อ

ข้อเช่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาซึ่งโปรแกรมการดูแลตนเองมีผลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเช่าของผู้สูงอายุ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเช่าตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและทดสอบสภาพข้อเช่า ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองใช้ระยะเวลา 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และสภาพข้อเช่า หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลตนเองสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลข้อเช่าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Title: Effectiveness self-care program on knowledge, attitudes and behaviors of knee osteoarthritis among the elderl

Author: Thanakorn Seanban Independent Study M.P.H. University of Phayao 2017

Advisor: Assistant Professor Dr. Rung Wongwat

Keyword: Elderly, knee osteoarthritis care

#### ABSTRACT

The Knee osteoarthritis is a chronic disease that should be treated. The self-care program can be affect to knowledge, attitudes and behaviors of elderly knee osteoarthritis. The objective of this quasi-experimental research was to study effectiveness self-care program on knowledge, attitudes and behaviors of knee osteoarthritis care among the elderly. The samples were 30 elderly. The data collections were consisted of knowledge, attitudes, behaviors and knee osteoarthritis questionnaires. The data were collected by using Pretest-Posttest follow up for 2 months. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The result showed that the mean score of knowledge, attitudes, behaviors and knee osteoarthritis care after self-care program were higher than before self-care program significantly osteoarthritis care after self-care program were higher than before self-care program significantly

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้าของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบสภาพข้อเข้าของผู้สูงอายุ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วิวัฒน์ ที่คอยให้คำแนะนำทุกอย่าง และการช่วยเหลือกระบวนการ ขั้นตอน การทำวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพะเยา ที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลการทำวิจัย การเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ให้คำปรึกษาตลอดจนแผนงานต่างๆ ในโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลบ้านใหม่ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และให้คำปรึกษาในการทำโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณ วิทยากร อสม. ผู้นำชุมชน และกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการวิจัย

ท้ายนี้ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การอุปการะอบรมเลี้ยงดู ตลอดจนส่งเสริมการศึกษา และให้กำลังใจเป็นอย่างดี อีกทั้งขอขอบคุณเพื่อน ๆ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ธนกร แสนบ้าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ .....	ฎ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญ .....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	2
สมมติฐานการวิจัย .....	3
ขอบเขตการวิจัย .....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
บทที่ 2 .....	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	6
ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม.....	6
ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้.....	16



3112914731

UP -Thesis 59059424 independent study / recv : 25072561 00:20:05 / seq : 7

ส่วนที่ 4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ.....20

ส่วนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ..... 24

ส่วนที่ 6 ทฤษฎีการดูแลตนเอง.....29

ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 31

บทที่ 3..... 34

วิธีดำเนินการวิจัย ..... 34

    รูปแบบการวิจัย ..... 34

    ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 35

    เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ..... 36

    วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ..... 40

    การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้..... 41

    - บันทึกการเยี่ยมบ้านโดย            อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการสอบถามติดตามพฤติกรรม  
    การดูแลเข้าตนเองและสภาพเข้า..... 42

บทที่ 4 ..... 43

ผลการวิจัย..... 43

    ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป..... 43

    ผลการศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้า และสภาพเข้าของ  
    ผู้สูงอายุ..... 44

    ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้า และ  
    สภาพเข้าของผู้สูงอายุ..... 54

    - ..... 54

    X ..... 54

    - ..... 55

    X ..... 55

    - ..... 55

    X ..... 55

    - ..... 56

    X ..... 56

$\bar{x}$ .....	56
$\bar{x}$ .....	57
$\bar{x}$ .....	57
$\bar{x}$ .....	58
บทที่ 5 .....	59
บทสรุป .....	59
สรุปผลการวิจัย .....	59
อภิปรายผลการวิจัย .....	62
ข้อเสนอแนะ.....	63
ภาคผนวก .....	64
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	65
บรรณานุกรม .....	74
ประวัติผู้วิจัย .....	79

## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	43
ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ก่อนให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ .....	44
ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ.....	46
ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองก่อน ให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ.....	47
ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง หลังโปรแกรม จำแนกรายข้อ.....	48
ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้า ตนเองก่อนให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ .....	49
ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้า ตนเองหลังให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ.....	51
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบประเมินสภาพข้อเข้า ก่อนให้ โปรแกรม จำแนกรายข้อ .....	52
ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้ โปรแกรม จำแนกรายข้อ .....	53
ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้โปรแกรม.....	54
ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนและหลังให้โปรแกรม .....	55
ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ก่อน และหลังให้โปรแกรม .....	55
ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนและ หลังให้โปรแกรม.....	56

ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อน  
และหลังให้โปรแกรม .....56

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวด  
ก่อนและหลังให้โปรแกรม .....57

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังให้โปรแกรม .....57

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพข้อเข่าก่อนและหลังการให้โปรแกรม .58

## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย .....	5
ภาพ 2 แสดงผังการทดลอง E-Group .....	34
ภาพ 3 แสดงแผนผังการให้โปรแกรม.....	42



3112914731

UP Theses 59059424 independent study / recv: 25072561 00:20:05 / seq: 7

# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญ

ข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ข้อมูลจาก Framingham Study ร้อยละ 15.6 ข้อมูลจาก The third National health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) ร้อยละ 27.8 ส่วนในทวีปเอเชีย ในประเทศจีน ร้อยละ 16.1 ในประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ 21.2 ในประเทศเกาหลี ร้อยละ 37.8 และในประเทศไทยพบตั้งแต่ ร้อยละ 6-35 (ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, 2555)

สถานการณ์ปัญหาของประเทศไทย พบโรคข้อเข่าเสื่อมในพระสงฆ์ไทยถึงร้อยละ 60 (ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, 2555) สำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป พบข้อเข่าเสื่อมถึง ร้อยละ 80 และพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุน้อยลง (American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS], 2013) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวและใช้ชีวิต นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ซึ่งในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดข้อเข่า 1 ครั้ง ประมาณ 78,533-79,316 บาท และใช้ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลถึง 7-8 วัน (นัฐวุฒิ วิจารณ์วรราช, 2554) เมื่อปี พ.ศ. 2555 สังคมไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.3 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2568 หรืออีก 13 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 14.5 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2555) ทั้งนี้ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อต่อจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการใช้งานมากจนเกิดการสึกกร่อนของกระดูกผิวข้อ ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และได้รับการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยาและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, 2559)

จากกลุ่มรายงานมาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2560) ในเรื่องการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 10 เรื่องปีงบประมาณ 2560 ซึ่งผลการคัดกรองพบปัญหาในทุกส่วน โดยเฉพาะในคัดกรองข้อเข่า จากแฟ้ม SPECIALPP รหัส 1B1270, 1B1271, 1B1272, 1B1279 พบเป็นปัญหาในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัดลงมาถึงระดับตำบล ระดับจังหวัด ซึ่งมีการคัดกรองร้อยละ 79.20 พบผู้มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม (ผิดปกติ) เฉลี่ยร้อยละ 13.14 มากที่สุดที่อำเภอจุน ร้อยละ 21.68 รองลงมา คือ เมืองพะเยา



3112914731

UP-Thes1s 59059424-independent study / recv: 25072561 00:20:05 / seq: 7

ร้อยละ 13.87 และน้อยที่สุด คือ อำเภอเชียงม่วน ร้อยละ 6.94 และในตำบลบ้านใหม่ ร้อยละ 14.78 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด

ในการศึกษาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในคน พบว่า สามารถให้การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะ เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 2) กายบริหารบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่า และเพิ่มพิสัยของข้อ 3) การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนโภชนาการร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้วิจัยพบว่า ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care) เป็นทฤษฎีที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง (นงพิมล นิมิตรอนันท์, 2557) บุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่ประกอบด้วย ระยะเวลาพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูล เพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ แล้วนำมาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และระยะที่ 2 ระยะเวลากระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด (รุจา ภูโพนบูลย์, 2541) จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำแนวคิดด้านการจัดการตนเอง มาใช้ในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในด้านความรุนแรงของโรค ซึ่งพบว่าสามารถลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care) ประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

### คำถามการวิจัย

โปรแกรมการดูแลตนเองสามารถปรับเปลี่ยน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่าของผู้สูงอายุ ได้หรือไม่?

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่าตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเท้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการประเมินสภาพข้อเท้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเท้าตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสภาพข้อเท้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ขอบเขตการวิจัย

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ เดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนพฤษภาคม 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

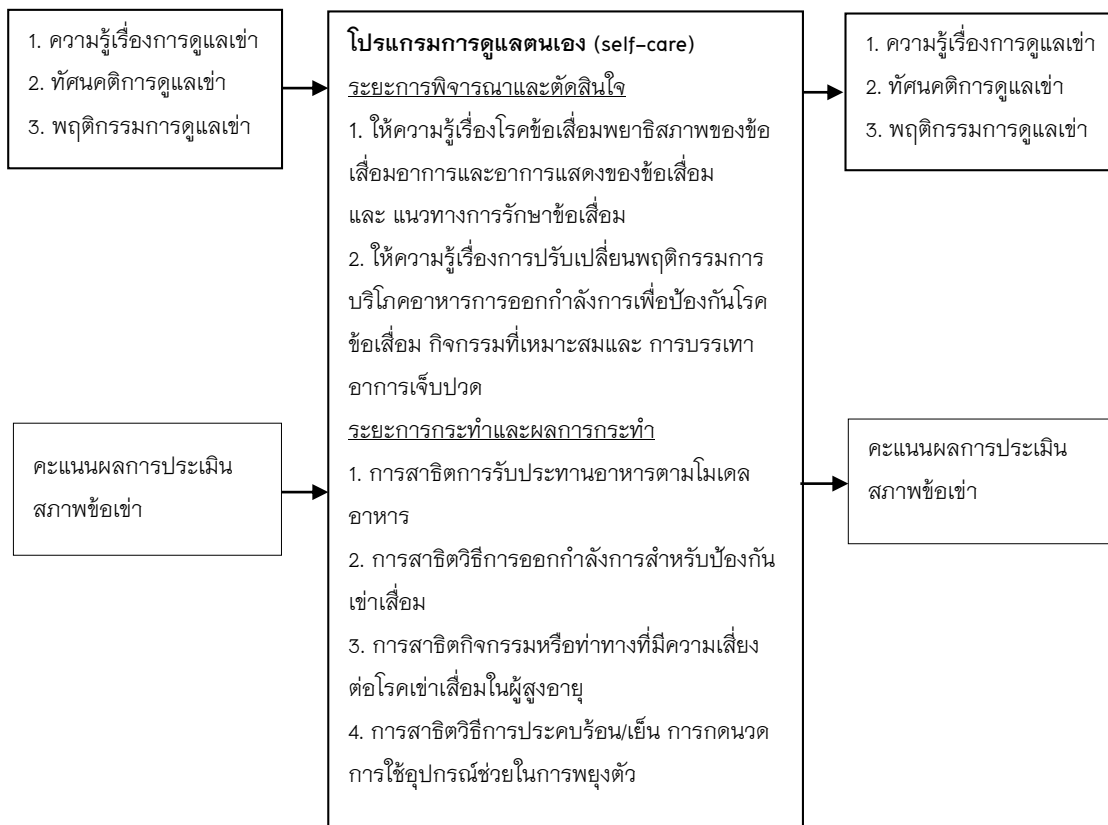
1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่จริงในทะเบียนบ้านและอยู่จริงในพื้นที่และมีรายชื่ออยู่ในแฟ้มผู้สูงอายุของทาง รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2560

2. โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเท้าของผู้สูงอายุ หมายถึง การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลข้อเท้าตัวเองโดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ของโอเร็ม (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2555) โดยใช้สื่อบอร์ด แผ่นพับ และการสาธิตประกอบการสอน ซึ่งจะให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานแพทย์แผนไทย) จำนวน 2 ครั้ง ตามระยะของทฤษฎี

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูล เพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ เพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ จะเป็นการวัดความรู้และทัศนคติต่อการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention)



## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่าตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการจัดกรอบแนวความคิดและสนับสนุนเนื้อหาที่ต้องการศึกษา โดยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่ได้รวบรวม มีดังนี้

- ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม
- ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
- ส่วนที่ 4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
- ส่วนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
- ส่วนที่ 6 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
- ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

##### ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อเสื่อมเกิดจากการที่กระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลาย จากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และทางชีวกลศาสตร์ ภายในข้อและภายในร่างกาย ทำให้ไม่สามารถซ่อมแซมกระดูกอ่อนผิวข้อได้ทันกับการถูกทำลาย เนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อมีเลือดมาเลี้ยงน้อย เซลล์กระดูกอ่อนได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถสังเคราะห์สารต่าง ๆ ที่จำเป็นในการซ่อมแซมกระดูกอ่อนผิวข้อได้ ส่งผลให้ข้อที่เสื่อมไม่สามารถรับน้ำหนักที่เกิดจากการทำกิจวัตรประจำวันได้ กระดูกอ่อนผิวข้อนอกจากมีเลือดมาเลี้ยงน้อยแล้ว ยังไม่มีเซลล์ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดอยู่ด้วย ผู้ที่มีข้อเสื่อมในระยะแรก จึงไม่เกิดอาการปวดจนกว่าข้อที่เสื่อม จะเกิดกระบวนการในการอักเสบ มีหลอดเลือดและเส้นประสาททงอกเข้าไป หรือผิวข้อสึกกรุนแรงมากจนถึงเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนผิวข้อ ผู้ป่วยจึงจะเกิดอาการปวด (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2558)

โรคข้อเสื่อมถือเป็นโรคที่พบบ่อย และสร้างปัญหาให้กับผู้สูงวัยในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยโรคข้อเสื่อมพบในตำแหน่งของข้อที่รับน้ำหนักมาก คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อต่อกระดูกสันหลัง

เป็นต้น สาเหตุของโรคข้อเสื่อมเกิดจากการใช้ของอวัยวะนั้น ๆ เป็นเวลานาน การใช้งานอย่างหนัก และด้วยอายุที่มากขึ้นก็เป็นตัวแปร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวข้อกระดูกเสื่อม ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับอาการข้ออักเสบด้วย (ศูนย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลกรุงเทพพญา, 2555)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งพบมากในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูปเดินได้ไม่ปกติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ไม่สะดวก มีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้างการทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ (โสเมรัซซ์ วิไลยุค, 2558)

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ osteoarthritis of knee คือ โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่าตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้ คือ ที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อหุ้ม (arthrodial joint) โดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ อย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical) ชีวกลศาสตร์ (biomechanical) และโครงสร้าง (bio morphology) รวมถึงกระดูกบริเวณใกล้เคียง เช่น ขอบกระดูกในข้อ (subchondral bone) หนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อ ทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง หากขบวนการนี้ดำเนินต่อไป จะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด (ไพจิตรต์ อัครธนบดี, 2553)

### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเสื่อม เกิดจากการใช้งานข้อเข่าอย่างหนักและต่อเนื่อง จนทำให้กระดูกอ่อนข้อเข่าเสื่อมหรือ แตกกร่อน จนข้อเสียดสีกันและเกิดการอักเสบ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น มีดังนี้

1. อายุที่มากขึ้น ข้อเข่าเสื่อมตามวัย
2. น้ำหนักตัว ผู้สูงอายุที่น้ำหนักตัวมาก ข้อจะรองรับน้ำหนักมากทำให้ข้อเสื่อมได้เร็วขึ้น โดยเฉพาะข้อหลัก ๆ ที่รองรับน้ำหนักตัว คือ ข้อเข่า ข้อหลัง ข้อสะโพก

3. การเคลื่อนไหว หรือ ปรับเปลี่ยนท่าที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ข้อเข่า รวมถึงข้อต่าง ๆ ทำงานหนักขึ้น เช่น การนั่งยอง ๆ กับพื้นนาน ๆ การผลุดกนั่งบ่อย ๆ การยืนที่ทิ้งน้ำหนักตัวลงขาข้างใดข้างหนึ่งนาน ๆ รวมถึงการยกของหนักที่ส่งผลโดยตรงต่อข้อต่อ

4. การสูญเสียกล้ามเนื้อ จะทำให้ข้อต่อต่าง ๆ ใช้แรงในการเคลื่อนไหวมากขึ้น เพราะโดยปกติการเคลื่อนไหวร่างกายจะใช้แรงจาก การทำงานของกล้ามเนื้อร่วมกับกระดูกและข้อ ดังนั้น คนที่ไม่ออกกำลังกายหรือผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหาร จะเริ่มเกิดการสลายโปรตีนในร่างกายและสูญเสียกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กระดูกและข้อต่อต่าง ๆ ทำงานหนักขึ้น จนเป็นโรคข้อเสื่อมในที่สุด

5. การรับประทานอาหารและยา ที่มีผลต่อข้อเข่าเสื่อม เช่น การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและแคลเซียม จะช่วยบำรุงกระดูกและข้อ หากขาดสารอาหารจำเป็นเหล่านี้ โอกาสที่ข้อต่อต่าง ๆ จะเสื่อมเร็วขึ้น ดังนั้น การรักษาและการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม (honestdoc, 2017)

ซึ่งโรคที่เกิดจากการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการใช้งานมาก เมื่อมีการใช้งานผิวข้อที่สึกจะมีการขัดสีกัน ทำให้เกิดการปวดข้อเข่าตามมาเกิดจาก (วรากร จริงจิตร, 2561)

1. อายุ การเกิดข้อเข่าเสื่อมจะพบมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น
2. เพศ พบในเพศหญิงบ่อยกว่าเพศชาย
3. พันธุกรรม อาจมีคนในครอบครัวเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมด้วย
4. ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวที่มากขึ้น ทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักและแรงกดทับมากขึ้น
5. การได้รับบาดเจ็บ การมีเอ็นไขว้หรือหมอนรองกระดูกเข่าฉีกขาด หรือมีกระดูกผิว

ข้อแตก

### อาการของโรคข้อเสื่อม

อาการในระยะแรก เริ่มปวดเข่าเวลาที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลงบันได หรือนั่งพับเข่า อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพักการใช้ข้อ ร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัดโดยเฉพาะเมื่อหยุดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เมื่อขยับข้อจะรู้สึกถึงการเสียดสีของกระดูกหรือมีเสียงดังในข้อ

เมื่อมีภาวะข้อเสื่อมรุนแรง อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น บางครั้งปวดเวลากลางคืน อาจคลำส่วนกระดูกงอกได้บริเวณด้านข้างข้อ เมื่อเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาเต็มที่จะมีอาการปวดหรือเสียวบริเวณกระดูกสะบ้า หากมีการอักเสบจะมีข้อบวม ร้อน และตรวจพบน้ำในช่องข้อ ถ้ามีข้อเสื่อมมานาน จะพบว่า เขยียดหรือข้อเข่าได้ไม่ค่อยสุด กล้ามเนื้อต้นขาลีบ ข้อเข่าโก่งหลวม

หรือบิดเบี้ยวผิดปกติทำให้เดินและใช้ชีวิตประจำวันลำบาก และมีอาการปวดเวลาเดินหรือขยับ (ศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์, 2559)

1. อาการข้อเข่าฝืด ตึง โดยเฉพาะในช่วงตื่นนอน หรือพักการใช้งานข้อเข่ามานาน
2. อาการปวดเข่า มีลักษณะปวดตื้อ ๆ ทั่ว ๆ ไปบริเวณข้อและมักปวดแบบเรื้อรัง อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อมีการใช้งาน เช่น นั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ และจะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน
3. มีเสียงในข้อเข่า เมื่อเวลาขยับเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดจากการเสียดสีของผิวข้อที่ไม่เรียบ ขรุขระ ซึ่งเป็นผลของการมีเศษกระดูก และอาจเกิดจากการสึกหรอของกระดูกอ่อนในข้อที่พลิกไปมา
4. เวลาขึ้น-ลงบันได จะมีอาการเจ็บเสียวที่ข้อเข่า
5. การเปลี่ยนรูปร่างข้อเข่า ในรายที่เป็นมากจะมีการจำกัดของบริเวณเข่าด้านใน มากกว่าด้านนอก จนทำให้กระดูกชิดชนกัน ร่วมกับกระดูกงอกที่เกิดขึ้น การเกิดกระดูกงอกที่เป็นมาก อาจจะทำให้กดเจ็บ และก่อให้เกิดการโค้งงอของข้อเข่า (ชัยโย อนุเกตุ, 2559)

ปัญหาของข้อเข่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ การที่แพทย์ทราบโรคที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาของข้อเข่าและมาพบแพทย์ที่พบได้บ่อย และมีความสามารถตรวจร่างกายเพื่อให้ได้การวินิจฉัย หรือวินิจฉัยแยกโรคได้ จะช่วยให้แพทย์แก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตามในบางกรณี แพทย์มีความจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคหรือสนับสนุนการวินิจฉัย

ในการตรวจร่างกายผู้ป่วยทุก ๆ ครั้ง เพื่อให้ได้การวินิจฉัย แพทย์จะต้องตรวจสิ่งที่สำคัญดังนี้

Visual inspection for abnormalities การดูข้อเข่า ควรประเมินตั้งแต่การดูการเดินของผู้ป่วย จนถึงการดูข้อเข่าโดยเฉพาะ ถ้าได้เปรียบเทียบกับข้อเข่าข้างที่ปกติด้วย ก็สามารถช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคของข้อเข่าในขั้นต้น หรือวินิจฉัยกลุ่มโรคที่น่าจะเป็นได้พอสมควร เช่น ผู้ป่วยที่มีช่วงของการเดินขณะลงน้ำหนักสั้น (short stance phase) หรือเรียกว่ามี antalgic gait แสดงว่าควรมีปัญหาของข้อเข่าข้างเดียวกันจริง การเห็นผู้ป่วยเดินตัวเอียง ควรจะต้องประเมินด้วยวิธีอื่นต่อไปว่า มีปัญหาของการสั้นยาวของขาไม่เท่ากันหรือไม่ การที่ข้อเข่าบวม และแดงผิดปกติ อาจเกิดจากการมีการอักเสบของข้อ หรือการอักเสบติดเชื้อของข้อเข่าได้นอกจากนี้แล้ว การดูลักษณะภายนอกของข้อเข่ายังพอบอกได้ว่าข้อเข่ามีความผิดปกติที่ควรจะเป็น เช่น โกงงอก (genu varum) หรือบิดเข่า (genu valgum) หรือไม่

Location of tenderness การกดเพื่อหาจุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บ สามารถช่วยหาตำแหน่งที่น่าจะเป็นบริเวณรอยโรคได้ เช่นการกดเจ็บที่บริเวณ joint line มักแสดงถึงการที่มี

meniscal pathology การกดเจ็บที่บริเวณจุดเกาะของ Pes Anserinus น่าจะแสดงว่ามีการอักเสบของกล้ามเนื้อเอ็นนี้ หรือถุง bursa บริเวณนี้อักเสบ

Presence and location of swelling การที่มีการบวมบริเวณข้อเข่าเกิดขึ้นนั้น ต้องแยกออกให้ได้ก่อนว่าเป็นการบวมที่อยู่ภายในบริเวณข้อหรืออยู่รอบ ๆ ข้อ โดยทั่วไปการบวมที่อยู่ภายในข้อจะมีลักษณะกระจายการบวมเป็นบริเวณโดยรอบ และมักมีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น เข่าอุ่น เข่าตึงหรือข้อเข่าเข้าได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้การตรวจร่างกาย เช่น ballotement test มาช่วยยืนยันว่า มีการบวมของข้อจริง ส่วนการบวมนอกข้อเข่าเกิดจากการบวมของเนื้อเยื่อหรือของ bursa มักทำให้คลำ กระดูก patella ได้ไม่ชัดเจน การบวมจากสาเหตุนอกข้อที่พบได้บ่อย คือ prepatella bursitis

Range of motion ทั้ง active and passive โดยทั่วไปการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ควรเหยียดได้ตรง (ในคนทั่วไปบางคนอาจมีเข่าแอ่น (genu recurvatum) ได้เล็กน้อย) ซึ่งโดยปกติมุมการเคลื่อนไหวจากท่าเข่าเหยียดตรงควรเริ่มจาก 0 องศา และเมื่งอข้อเข่าได้จนสุดของข้อพับ ควรได้มุมตั้งแต่ 120 องศาเป็นต้นไป จนถึงมุม 155 ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความหนาหรือความตึงตัวของเนื้อเยื่อใต้ข้อพับของคนนั้น ๆ เอง การเคลื่อนไหวที่ได้้น้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะร่วมกับอาการปวด น่าจะบ่งบอกว่าเป็นปัญหาของข้อเข่าจริง

Meniscal compression การตรวจเพื่อหาร่องรอยของหมอนรองกระดูก (meniscus) ที่ผิดปกตินั้น โดยทั่วไปนิยมเสือกตรวจในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ที่มีประวัติบาดเจ็บของข้อเข่า เช่น จากการเล่นกีฬา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีหมอนรองกระดูกผิดปกติที่อายุมากกว่านี้ มักมีปัญหข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นแล้ว และเป็นปัญหาที่โดยรวมถือว่าเป็นปัญหาใหญ่กว่า ในการตรวจเพื่อหาร่องรอยของหมอนรองกระดูกที่ผิดปกติ นั้น มีการตรวจทางคลินิกอยู่หลายชนิด เช่น การตรวจของ Mc Murray การตรวจของ Apley เป็นต้น โดยการตรวจเหล่านี้มักทำการบดขยี้ข้อ หรือดึงรั้งข้อ ในขณะที่เคลื่อนไหว ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บแปลว่าได้ผลเป็นบวก แต่ต้องตระหนักเสมอว่า อาจเกิดพยาธิสภาพอย่างอื่น ในข้อที่ทำให้การตรวจได้ผลเป็นบวกได้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยมีข้อเข่าเสื่อม หรือมีภาวะ การอักเสบในข้อที่คุกรุ่นอยู่ ในบางกรณีอาจตรวจไม่พบความผิดปกติทั้ง ๆ ที่ความผิดปกติจริง จึงมักนิยมยืนยันการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องเข้าไปในข้อเข่า (arthroscopic examination)

Varus/valgus instability (ที่ 0 องศาและ 30 องศา) การตรวจเพื่อหาความไม่มั่นคงของข้อเข่าควรตรวจที่มุม 0 องศา และ 30 องศา โดยการตรวจที่ 0 องศา ทำเพื่อประเมินความมั่นคงของข้อเข่าโดยรวมขณะลงน้ำหนักในท่าเหยียดเข่าตรง ว่ามีปัญหาเอนเอียงทำให้เข่าโก่งออกหรือบิดเข้าหรือไม่ เพื่อประเมินว่าขาข้างนั้นของผู้ป่วยสามารถรับน้ำหนักของร่างกายได้

มั่นคงหรือไม่ เนื่องจากการตรวจที่มุม 0 องศาเป็นการตรวจความมั่นคงของข้อเข่า ซึ่งเกิดจากการทำงานของ collateral ligament และ joint capsule ในขณะที่การตรวจที่มุม 30 องศาเป็นการตรวจ เพื่อดูภาวะของ collateral ligament เพียงอย่างเดียว (โดย posterior joint capsule หย่อนตัว) ว่ามีความตึงตัวผิดปกติหรือไม่

Drawer test และ/หรือ Lachman test Anterior drawer test และ Lachmen test เป็นการตรวจการทำงานของ anterior cruciate ligament ส่วน posterior drawer test เป็นการตรวจการทำงานของ posterior cruciate ligament การตรวจเหล่านี้ ควรต้องตรวจสอบในผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยที่ได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า ผลการตรวจเป็นบวกแสดงว่า ผู้ป่วยมีเส้นเอ็นที่ตรวจนั้นไม่ปกติหรือขาด การแปลผลเหมือนกับการตรวจ collateral ligament เป็น 3 grade เช่นกัน ส่วนในผู้ป่วยสูงอายุควรตรวจ เพื่อเป็นรายละเอียดประกอบการประเมินความมั่นคงของข้อเข่า เนื่องจากในผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม มักให้ผลการตรวจชนิดนี้ไม่แน่นอน หากตรวจได้ผลบวก grade 2 หรือ grade 3 ก็แสดงถึงข้อเข่ามีความไม่มั่นคงมากตามลำดับ

Crepitance การตรวจหาเสียงที่ผิดปกติ ทำได้โดยทำ active หรือ passive motion ของข้อเข่า ซึ่งทั้งแพทย์และผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงที่ผิดปกติได้ โดยลักษณะของเสียงคล้ายกับการขัดของแข็ง ๆ ด้วยกระดาษทราย โดยเสียงนี้เกิดมาจากในข้อเอง ในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมักตรวจพบความผิดปกตินี้

Patella apprehension การตรวจชนิดนี้เป็นการประเมินผู้ป่วยว่ามีปัญหาของ patellofemoral joint หรือไม่ ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของการเคลื่อนไหวของข้อนี้ มักตรวจพบอาการผิดปกติ คือมีอาการปวดที่ด้านหน้าของข้อเข่า จนทำให้ผู้ป่วยต้องแสดงท่าทางที่แสดงออกว่าไม่ต้องการให้ตรวจต่อไป หรือแสดงอาการของการป้องกันของร่างกายต่ออาการปวด ในคนปกติการเลื่อน patella ไปด้านข้างในคนปกติจะเลื่อนไปได้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของความกว้างในแนว mediolateral ถ้าตรวจพบว่าขยับได้มากกว่าระยะดังกล่าว แสดงถึงว่าผู้ป่วยมี patellofemoral instability ซึ่งอาจทำให้เกิด subluxation หรือ dislocation ได้ง่าย

Foot pulse การตรวจดูชีพจรที่ข้อเท้าและเท้า เป็นการตรวจเพื่อป้องกันการวินิจฉัยโรคตีตพลาด โดยเฉพาะโรคของระบบไหลเวียน ซึ่งผู้ป่วยที่มีการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพออาจแสดงอาการปวดไปตามแนวของขาและเท้าได้ (neurogenic claudication) การที่แพทย์ตรวจพบร่องรอยการเสื่อมของข้อเข่า อาจทำให้รีบด่วนสรุปว่าผู้ป่วยเป็นโรคข้อเสื่อม โดยผู้ป่วยอาจยังมีปัญหาโรคอื่นซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมาหาแพทย์ได้

Presence and location of erythema การที่ผู้ป่วยมีร่องรอยของบริเวณเนื้อเยื่อที่มีสีแดงขึ้นนั้น อาจบ่งบอกว่าเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้ โดยเฉพาะเมื่อพบร่วมกับการ

บวมและอุ่นขึ้นของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น โดยทั่วไปการเกิดการบวม แดง และร้อนนั้นอาจเป็นการอักเสบที่มีสาเหตุชนิดเป็นการติดเชื้อหรือไม่เป็นการติดเชื้อก็ได้ ซึ่งการวินิจฉัยแยกแยะระหว่างทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความสำคัญมาก ควรทำให้ได้โดยเร็วเพราะมีผลต่อการการรักษาและการพยากรณ์โรครวม การอักเสบที่มีบวม แดง และร้อนที่ชัดเจนและมีประวัติเฉียบพลันนั้น น่าจะนึกถึงการอักเสบชนิดติดเชื้อไว้ก่อน หากมีข้อมูลอื่นเพิ่มเติม เช่น มีร่องรอยการติดเชื้อบริเวณอื่น มีไข้ ผลเลือด มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น และมีเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear cell เพิ่มขึ้น ก็ยิ่งเป็นการสนับสนุนการวินิจฉัย ส่วนการอักเสบชนิดไม่ติดเชื้อที่มีลักษณะดังกล่าวนี้อาจพบได้ในโรคเก๊าท์ (gouty arthritis) ซึ่งบางครั้งแยกอาการและอาการแสดงออกจากการอักเสบชนิดติดเชื้อไม่ได้ จึงจำเป็นต้องตรวจหาผลึก monosodiumurate crystal โดยวิธีพิเศษ สำหรับการอักเสบจากโรคข้อเข่าเสื่อม มักมีอาการแสดงเป็นเข่าบวม อุ่น และปวด แต่มักไม่พบเนื้อเยื่อผิวหนังเป็นสีแดง

Hip and spine abnormalities การตรวจหาความผิดปกติที่ข้อตะโพกในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ด้วยเรื่องของข้อเข่าเป็นสิ่งที่จำเป็น และควรทำในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากอาการปวดของข้อเข่าที่เกิดขึ้นอาจเป็น refer pain ซึ่งมาจากข้อตะโพกได้ ในขณะที่เดียวกันการปวดที่ข้อตะโพกก็อาจจะมีต้นเหตุมาจากข้อเข่าก็ได้ จึงควรที่จะตรวจทั้งสองข้อนี้ร่วมกันเสมอ โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว การตรวจพบว่าข้อตะโพกที่มี rang of motion น้อยผิดปกติ โดยเฉพาะท่า internal rotation บ่งบอกถึงปัญหาของข้อตะโพก ผู้ป่วยบางรายที่มีความผิดปกติของข้อตะโพกอาจทำให้เดินกระเพลัก และข้อเข่าอยู่ในท่า flexion contracture ในขณะที่เดิน ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะส่วนเอว (lumbar spine) ก็เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติของข้อเข่าได้เช่นกัน เช่น การกดทับของเส้นประสาทขาจากกระดูก หรือหมอนรองกระดูกสันหลังบริเวณเอว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดที่เข่า และมาพบแพทย์เพราะเข้าใจว่าตนเองปวดเข่าได้

Quadriceps angle (Q angle) เป็นการตรวจที่เน้นดูความผิดปกติของ patellofemoral articulation โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รู้สึกว่ patella ของตนเองเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือมีอาการปวดด้านหน้าของข้อเข่า หรือมีประวัติมี patella เคลื่อนที่หลุดออกจากร่อง มุม Q angle นี้มีค่าปกติไม่ควรเกิน 10 องศา หากมุมมีค่าเกินค่าดังกล่าวอาจเป็นปัญหาทำให้ patella หลุดหรือเคลื่อนที่จาก trochlear groove ของ distal femur ขณะงอข้อเข่าได้ง่าย (อารี ตนาวลี, 2555)

### การรักษาข้อเข่าเสื่อม

1. การรักษาที่ไม่ใช่การผ่าตัด ช่วยบรรเทาอาการปวดและช่วยให้เข่าเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ได้แก่ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต ได้แก่ รับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ออกกำลังกายชนิดส่งเสริมกระดูกข้อเข่าให้แข็งแรงเป็นประจำ เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดิน เพื่อส่งเสริมให้

ข้อเข่าแข็งแรงขึ้น ลดน้ำหนักหากมีน้ำหนักตัวมากเกินไป เพื่อลดแรงกดบนข้อเข่า รับประทาน ยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การฝึกกล้ามเนื้อต้นขาและ กายภาพบำบัด การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมด้านเดียว (Unicompartmental Knee Replacement: UKR)

2. การผ่าตัดด้วยวิธีมาตรฐาน การผ่าตัดข้อเข่าเทียมด้านเดียว ชนิด Oxford การผ่าตัดโดยใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (MAKOplasty) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Replacement: TKR) การผ่าตัดด้วยวิธีมาตรฐาน การผ่าตัดด้วยการใช้คอมพิวเตอร์ นำวิธีการผ่าตัดโดยใช้แขนกลหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (MAKOplasty) กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนา ทั้งนี้ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา วิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ในกรุงเทพฯ, 2561)

## ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้ง แต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยาม ตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ใน ช่วง 55-75 ปี (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2560)

สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ใช้ความหมาย เดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของ



3112914731

UP :Thesis 59059424 independent study / recv : 25072561 00:20:05 / seq : 7

ประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

### การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง ดังนี้ ร่างกายภายนอก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีกระ ผมหงอกเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสี ขาว หลังโกง เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง กำลังน้อยลง อวัยวะรับความรู้สึกจะเป็นอวัยวะอันดับแรก ๆ ที่เสื่อม เช่น ผงเส้นเลือดแดงในหูชั้นต้ว ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน หรือการเปล่งเสียงของผู้สูงอายุ จะไม่มีพลัง เนื่องจากกระดูกอ่อนบริเวณกล่องเสียงแข็งแรงและขาดความยืดหยุ่น ขณะที่การบด เคี้ยวลำบากขึ้นเพราะเหงือกกร่น รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก ทำให้ฟันผุและเสียวฟันได้ง่าย รวมไปถึงกระดูกที่ผุกร่อนและกล้ามเนื้อที่ลีบเล็กลง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ หลง ๆ ลืม ๆ และชอบย้าคำถามบ่อย ๆ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ชี้อารมณ์ วิดกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของคนอื่น

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก นอกจากนี้ ยังเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นเพียงผู้อาศัยหรือเป็นสมาชิกของครอบครัวเท่านั้น และเมื่อสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันเป็นไปได้ยากลำบาก จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง หดหู่กับสภาพตัวเอง อีกทั้งยัง ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น (ธิดารัตน์ มิ่งสมร, 2561)

### ทฤษฎีการสูงอายุ (Theory of Aging)

#### 1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ

1.1 Cross linkage theory ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross link Theory on cross link of collagen T.) เชื่อว่าเมื่อชรา สาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้น และจับตัวกันมากขึ้นทำให้ collagen Fiber หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้ cell ตาย และเสียหายที่กระบวนการนี้ เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของ cell

1.2 Free radical theory ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการออกซิเดชันของ O<sub>2</sub> ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ

1.3 Wear and tear theory ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คืออวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงาน จะเสื่อมสภาพไปก่อน ในขณะที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น

1.4 Accumulative theory ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเกิดจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย สารนี้มีลักษณะสีดำเรียกว่า “Lipofuscin” หรือ “รงควัตถุชรา” (Age pigment)

1.5 Genetic program and error theory ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเล็ก ที่ละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของ Cell (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ Cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม

## 2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม

2.1 Disengagement theory ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคม เพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน

2.2 Activity theory ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมิมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจ

2.3 Continuity theory ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมาและมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องอธิบายได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม (คลังความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ, 2560)

### ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

#### ความหมายของความรู้

ความรู้หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจหรือสารสนเทศ ที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ องค์กรวิชาในแต่ละสาขา เช่น ความรู้เรื่องเมืองไทย ความรู้เรื่องสุขภาพ (พจนานุกรม แปล ไทย-ไทย ราชบัณฑิตยสถาน, 2561a)

ความรู้ หมายถึง สารระ ข้อมูล แนวคิด หลักการ ที่บุคคลรวบรวมได้จากประสบการณ์ ในวิถีชีวิต ความรู้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สังคมและเทคโนโลยี บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การรับถ่ายทอดทางวัฒนธรรม การรับรู้ การคิดและการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้น (จำเรียง จันทรประภา, 2558)

ความรู้คือ สิ่งที่มนุษย์สร้าง ผลิต ความคิด ความเชื่อ ความจริง ความหมาย โดยใช้ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ตรรกะ แสดงผ่านภาษา เครื่องหมาย และสื่อต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปตามผู้สร้าง ผู้ผลิตจะให้ความหมาย (ศศิธร ศรีศักดิ์ดา, 2556)

ความรู้ คือ ผลที่ได้จากการเรียนรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนเกิดความเข้าใจในสิ่งนั้นและสามารถระลึกได้เมื่อต้องการใช้ความรู้นั้น ความรู้ช่วยเพิ่มขีดความสามารถของบุคคล ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ความรู้ที่แต่ละบุคคลมี ได้แก่ ความรู้รอบตัว ความรู้ในสาขาวิชาชีพ และความรู้ที่องค์การสร้างขึ้นมาใหม่เพื่อใช้ในการพัฒนาองค์การให้ดียิ่งขึ้น ความรู้ใหม่เป็นสิ่งที่จำเป็นที่องค์การต้องมี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคคลให้เพิ่มพูนอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสวงหาความรู้โดยการอ่านและการคิด หากทำให้ความรู้เฉพาะบุคคล ส่งต่อไปยังบุคคลอื่น และสามารถแลกเปลี่ยนความรู้กันได้ จะทำให้เกิดคุณค่าสำหรับองค์การ ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาการเรียนรู้ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน จะมีลักษณะของการหมุนเกลียวการเรียนรู้ (Knowledge Spiral) แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

1. Socialization เป็นขั้นตอนแรกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้าง Tacit Knowledge จาก Tacit Knowledge ของผู้ร่วมงาน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงที่แต่ละคนมีอยู่
2. Externalization เป็นขั้นตอนที่สองในการสร้างและแบ่งปันความรู้ จากสิ่งที่มีอยู่และเผยแพร่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นการแปลความรู้จาก Tacit Knowledge เป็น Explicit Knowledge
3. Combination เป็นขั้นตอนที่สามในการแปลงความรู้ขั้นต้น เพื่อการสร้าง Explicit Knowledge จาก Explicit Knowledge ที่ได้เรียนรู้ เพื่อการสร้างเป็นความรู้ประเภท Explicit Knowledge ใหม่ ๆ

Internalization เป็นขั้นตอนที่สี่ และเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการแปลงความรู้จาก Explicit Knowledge กลับสู่ Tacit Knowledge ซึ่งจะนำความรู้ที่เรียนมาใช้ในการปฏิบัติหรือใช้ในชีวิตประจำวัน (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, 2556)

ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติของวิชาในแต่ละสาขา ซึ่งในความคิดของผู้นั้นคิดว่า นิยามของคำว่า ความรู้ นั้นเป็นสิ่งที่ยากที่จะกำหนดขอบเขตของความหมาย แต่ถ้าเราเริ่มจากคำว่า “ข้อมูล” หรือ “ข้อเท็จจริง” สิ่งที่ได้คือความจริงต่าง ๆ ที่ปรากฏเกิดขึ้น การดำเนินการต่าง ๆ ทำให้เกิดข้อมูล เช่น เมื่อเรามีการซื้อขายสินค้า ก็มีการจดบันทึกหลักฐาน เช่น การออกใบเสร็จ ใบสั่งของ เอกสารกำกับ เป็นรายการแสดงการดำเนินการ สิ่งเหล่านี้เรียกว่าข้อมูล ข้อมูลจึงเป็นเรื่องของข้อเท็จจริง ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เกิดจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ เกิดจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องดำเนินการทั้งในระดับส่วนตัว ระดับการทำงานร่วมกัน และระดับกลุ่ม องค์กร ตลอดจนระดับสังคมและชุมชนต่าง ๆ (มานัส ปันหล้า, 2561)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าความรู้คือสิ่งที่อยู่ในตัวของบุคคล ที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ที่สัมผัสจนตกผลึก เพื่อนำไปใช้

### ประเภทของความรู้

ความรู้สามารถแบ่งออกได้สองประเภท คือ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) และความรู้แฝงเร้น หรือความรู้แบบฝังลึก (Tacit Knowledge) ความรู้ชัดแจ้งเป็นความรู้ที่ถูกรายงานออกมาเป็นตัวอักษร เช่น คู่มือปฏิบัติงาน หนังสือ วารสาร เป็นต้น ส่วนความรู้แฝงเร้นเป็นความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวบุคคล ส่วนใหญ่ มีลักษณะเป็นความรู้ที่แฝงเร้นอาจอยู่ในบุคคลที่ทำงานในองค์กรหรือแผนกต่าง ๆ ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละด้าน จึงต้องอาศัยกลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งก็คือ การจัดการความรู้

1. ความรู้แบบชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่จัดการรวบรวมได้ง่าย มีการจัดระบบและถ่ายโอนโดยใช้วิธีการทางดิจิทัล มีลักษณะเป็นวัตถุติบ (Objective) เป็นแนวคิดและทฤษฎีสามารถแปลงเป็นรหัสในการถ่ายทอดโดยวิธีการที่เป็นทางการ เช่น นโยบายขององค์กร แนวคิดวิธีการในการทำงาน เป็นต้น

2. ความรู้แบบฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ไม่สามารถอธิบาย โดยใช้เป็นคำพูดได้ เป็นความรู้ที่มีรากฐานมาจากการกระทำและประสบการณ์ในวิถีการดำรงชีวิต อาจมีลักษณะเป็นความเชื่อ ทักษะ เช่น ทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะในการจักรสาน เป็นต้น

ความรู้แบบฝึกสังเกตต้องการการฝึกฝน เพื่อให้เกิดความชำนาญ มีลักษณะเป็นเรื่องเฉพาะส่วนบุคคล เช่น วัฒนธรรมองค์กร ทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในเรื่องต่าง ๆ (ประภัสสรทองยินดี, 2558)

การแบ่งประเภทของความรู้ มองได้ในหลายมิติ แต่มิติที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ มองในด้านรูปแบบที่มองเห็น ซึ่งมี 2 ประเภท

1. ความรู้โดยนัยหรือความรู้ที่มองเห็นไม่ชัดเจน (Tacit Knowledge) จัดเป็นความรู้อย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นทักษะหรือความรู้เฉพาะตัว ของแต่ละบุคคลที่มาจากประสบการณ์ ความเชื่อหรือความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน เช่น การถ่ายทอดความรู้ ความคิดผ่านการสังเกต การสนทนา การฝึกอบรม ความรู้ประเภทนี้ เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ เนื่องจากความรู้ประเภทนี้เกิดจากประสบการณ์ และการนำมาเล่าสู่กันฟัง ดังนั้นจึงไม่สามารถจัดให้เป็นระบบหรือหมวดหมู่ได้ และไม่สามารถเขียนเป็นกฎเกณฑ์หรือตำราได้ แต่สามารถถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ได้โดยการสังเกตและเลียนแบบ

2. ความรู้ที่ชัดเจนหรือความรู้ที่เป็นทางการ (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และใช้ร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สิ่งพิมพ์ เอกสารขององค์การ ปรินต์อิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต ความรู้ประเภทนี้เป็นความรู้ที่แสดงออกมาโดยใช้ระบบสัญลักษณ์ จึงสามารถสื่อสารและเผยแพร่ได้อย่างสะดวก (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2557)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความรู้มีทั้งหมด 2 ประเภท คือ ความรู้ที่มองเห็นไม่ชัดเจนหรือความรู้ที่ฝังลึก อยู่ในตัวบุคคลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และความรู้ที่เป็นทางการหรือความรู้ที่ชัดเจน คือการใช้ความรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เห็นเป็นเชิงประจักษ์

### ระดับของความรู้

หากจำแนกระดับของความรู้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ คือ

1. ความรู้เชิงทฤษฎี (Know-What) เป็นความรู้เชิงข้อเท็จจริง รู้อะไร เป็นอะไร จะพบในผู้ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ ๆ ที่มีความรู้โดยเฉพาะความรู้ที่จำมาได้จากความรู้ชัดเจน ซึ่งได้จากการได้เรียนมาก แต่เวลาทำงาน ก็จะไม่มั่นใจ มักจะปรึกษารุ่นพี่ก่อน

2. ความรู้เชิงทฤษฎีและเชิงบริบท (Know-How) เป็นความรู้เชื่อมโยงกับโลกของความเป็นจริง ภายใต้สภาพความเป็นจริงที่ซับซ้อน สามารถนำเอาความรู้ชัดเจนที่ได้มาประยุกต์ใช้ตามบริบทของตนเองได้ มักพบในคนที่ทำงานไปหลาย ๆ ปี จนเกิดความรู้ฝังลึกที่เป็นทักษะหรือประสบการณ์มากขึ้น

3. ความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผล (Know-Why) เป็นความรู้เชิงเหตุผลระหว่างเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ผลของประสบการณ์แก้ปัญหาที่ซับซ้อน และนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น เป็นผู้ทำงานมาระยะหนึ่งแล้วเกิดความรู้ฝังลึก สามารถถอดความรู้ฝังลึกของตนเองมาแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นหรือถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ พร้อมทั้งรับเอาความรู้จากผู้อื่นไปปรับใช้ในบริบทของตนเองได้

4. ความรู้ในระดับคุณค่า ความเชื่อ (Care-Why) เป็นความรู้ในลักษณะของความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ที่ซับซ้อนมาจากภายในตนเองจะเป็นผู้ที่สามารถสกัด ประมวล วิเคราะห์ความรู้ที่ตนเองมีอยู่ กับความรู้ที่ตนเองได้รับมาสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ขึ้นมาได้ เช่น สร้างตัวแบบหรือทฤษฎีใหม่หรือนวัตกรรม ขึ้นมาใช้ในการทำงานได้ (กิตติพันธ์ คงสวัสดิ์เกียรติ, 2553)

การแบ่งระดับการจัดการความรู้ได้เป็น 4 ชั้น ที่จำเป็นต้องมีอย่างเชื่อมต่อกันและครบถ้วนในเชิงอุปมาอุปมัยได้ ดังนี้

1. การจัดการความรู้ระดับอยู่ในอากาศ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ดังที่เห็นปฏิบัติในรูปของ web blog ต่าง ๆ เช่น gotoknow เป็นต้น

2. การจัดการความรู้ในระดับน้ำ ซึ่งเป็นการไหลของความรู้ในระบบฐานข้อมูลที่สามารถจับต้องได้บ้าง มีการไหลของข้อมูลไปมาจากฐานหนึ่งไปอีกฐานหนึ่ง ได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว ตามแต่ระบบการส่งถ่ายข้อมูลข่าวสาร และความรู้ต่าง ๆ ก็จะแปรรูปทั้งสู่อากาศ (อินเทอร์เน็ต) และแทรกกลงมาในดิน (การทดลองใช้ในระดับต่าง ๆ) ได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว

3. การจัดการความรู้ในระดับชั้นดิน ซึ่งเป็นการนำความรู้ไปทดลองใช้ และใช้ประโยชน์จริงในระบบในพื้นที่ต่าง ๆ ที่จะเป็นฐานการทำงานของนักวิชาการที่ทำงานกับผู้ใช้ความรู้ ที่จะทำให้ความรู้สามารถตกผลึกเป็นหิน (ภูมิปัญญา) หรือวนกลับไปสู่ระบบฐานข้อมูล (น้ำ) ได้อีก หรือวนกลับไปกลับมา ที่ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. การจัดการความรู้ในระดับตกผลึกเป็นชั้นหิน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่ใช้งานได้ผลในระดับภูมิปัญญา ที่มีอยู่ทั่วไปในหลายรูปแบบ หลายระดับและหลายประเภท ความรู้เหล่านี้เป็นฐานหลักในการทำงานจัดการความรู้ทั้งหมด ที่ทำให้ความรู้ทั้งหลายมีความหมาย และมีประโยชน์อย่างแท้จริง (แสวง รวยสูงเนิน, 2555)



## ส่วนที่ 4 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

### ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หมายถึง แนวความคิดเห็น ทัศนวิสัย [ทัศน-สะ-นะ-วิ-สัย] น. สภาพของดินฟ้าอากาศที่ทำให้เห็นได้ไกลใกล้ ชัดหรือไม่ชัด เช่น ทัศนวิสัยเลว คือ อากาศมีหมัว ทำให้แลเห็นไม่ได้ไกลและไม่ชัด(พจนานุกรม แปล ไทย-ไทย ราชบัณฑิตยสถาน, 2561b)

ทัศนคติ หมายถึง ระดับของความรู้สึกนึกคิด ที่เกี่ยวข้องกัภาวะทางจิตใจของบุคคล ที่มีต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น และต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอยู่ในรูปแบบของการสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ทัศนคติของคนเรานั้น มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการศึกษา สิ่งแวดล้อม และการคมนาคมติดต่อมียังผลให้ทัศนคติของคนเปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอันมาก ทั้งนี้ เพราะบุคคลมีโอกาส สังสรรค์และแลกเปลี่ยน ตลอดจนเลียนแบบความคิดเห็นกันได้มาก วัฒนธรรมมีการผสมผสานกันมากเท่าใด ก็ยิ่งจะทำให้ทัศนคติของคนเปลี่ยนแปลงไปได้มากเท่านั้น ดังนั้น คนที่ขาดการติดต่อกับบุคคลอื่น ดำรงชีวิตอยู่ตามลำพัง ทัศนคติจะไม่เปลี่ยนแปลง แต่คนที่โลดแล่นไปตามสังคมอย่างกว้างขวาง เข้ากลุ่มเข้าพวกหรือเป็นสมาชิกของสมาคมมากแห่ง ทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงได้มาก เพราะคบค้าสมาคมติดต่อ สังสรรค์ โอกาสที่จะมีการถ่ายทอดหรือเลียนแบบความคิดเห็นนั้นเป็นไปได้ง่าย เมื่อทัศนคติของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จึงทำให้นักสื่อสารการตลาด และบรรดานักการเมืองทั้งหลายพยายามที่จะใช้ช่องทางการสื่อสารที่มีอยู่มากมายสื่อไปถึงบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเป้าหมาย เพื่อให้เกิดผลหรือเพื่อให้เกิดทัศนคติในทางที่สนับสนุนสินค้า หรือในทางเห็นด้วยกับนโยบายพรรคการเมืองนั้น ๆ ดังนั้น ทัศนคติของบุคคลอาจจะถูกเปลี่ยนแปลงได้โดยง่าย หากขาดการคิดไตร่ตรองอย่างรอบคอบ และเมื่อทัศนคติถูกเปลี่ยนแปลงได้โดยง่าย จากการเปิดรับสื่อหรือข้อมูลข่าวสารที่ขาดการไตร่ตรองย่อมส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (อรรถเดช สรสุชาติ, 2558)

ทัศนคติ (attitude) หากแปลตรงตามความหมาย คำว่า ทัศน, ทรศนะ (น.) หมายถึง ความเห็น การดู การเห็น สิ่งที่เห็น ส่วนคำว่า คติ (น.) หมายถึง ข้อคิด ข้อเตือนใจ ความเป็นไป ดังนั้น คำว่า “ทัศนคติ” จึงหมายถึงแนวความคิดเห็น มุมมอง ความรู้สึก ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดี อาจจะลบหรือบวก ทั้ง ๆ ที่ความรู้สึก มุมมองความคิดเห็นนั้น อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น ถ้าเรายืนอยู่กลางทุ่งนา ในยามเย็น เราจะมองเห็น พระอาทิตย์กำลังจะตกดิน นั่นคือ ความรู้สึก จากการมองเห็น แต่ใน ความเป็นจริง พระอาทิตย์ไม่ได้ตกลงไปในดิน ตามที่เรามองเห็น คนหลาย ๆ คนมองเรื่องเดียวกันอาจจะคิดเห็นเหมือนกันหรือ

แตกต่างกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับแนวความคิดเห็นของแต่ละคน ทักษะคิด แนวความคิดเห็นนี้ มีผลต่อชีวิตคนเราอย่างมากมาย ทั้งนี้ ทักษะคิด เกิดจาก การอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ การศึกษาและประสบการณ์ที่ผ่านมา การมีทัศนคติที่ดี ที่ถูกต้อง เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต ชีวิตที่มีความสุข สดชื่น สมหวัง ล้วนแล้วแต่เกิดมาจากการปลูกฝัง ทักษะคิดที่ดีทั้งสิ้น (กร การันตี, 2555)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าทัศนคติ หมายถึงแนวความคิด อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การประพฤติ ปฏิบัติ

### องค์ประกอบของทัศนคติ

ส่วนประกอบทางด้านความคิดหรือความรู้ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติ และส่วนประกอบนี้ จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้

### ทัศนคติประกอบไปด้วย

1. องค์ประกอบทางด้านความคิด (Cognitive Component) ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคล ต่อสิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ถ้าเกิดความรู้ความเข้าใจอย่างดีอย่างแท้จริงและเกิดทัศนคติในทางที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าเกิดการรับรู้ในทางที่ไม่เข้าใจ ไม่รู้เรื่องยากไป ก็จะมีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นสภาพทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่บุคคลถูกเร้าจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งถ้าเราชอบ สบายใจ สนุก ก็จะมีทัศนคติที่ดี แต่ถ้าไม่ชอบ ไม่สนุก ถูกดูหมิ่น ถูกเยาะเย้ย ก็จะมีทัศนคติในทางที่ไม่ดี

3. องค์ประกอบทางด้านแนวโน้มของการกระทำ (Action Tendency Component) เป็นทิศทางของการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความคิดและความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งเร้า ถ้ารู้ว่าดี เรียนแล้วเข้าใจ เรียนแล้วสนุก มีแนวโน้มจะเข้าเรียนตลอดเวลา สนับสนุน ส่งเสริม เป็นพวกด้วยหรือร่วมกิจกรรมด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าเรียนแล้วไม่เข้าใจ ยาก ไม่สนุก ถูกดูว่า ถูกดูหมิ่น เพื่อนหัวเราะเยาะก็มีแนวโน้มจะไม่อยากเข้าเรียน คอยหลบหน้า คอยต่อต้านขัดขืน และไม่ร่วมกิจกรรมด้วย (สุดารัตน์ เป้ทุ้ง, 2555)

จากการตรวจเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบของทัศนคติ พบว่า มีผู้เสนอความคิดไว้ 3 แบบ คือ ทัศนคติแบบ 3 องค์ประกอบ ทัศนคติแบบ 2 องค์ประกอบ และทัศนคติแบบ 1 องค์ประกอบ

1. ทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า ทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) ประกอบด้วยความเชื่อ ความรู้ ความคิด และความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือท่าทางที่ดี-ไม่ดี 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ

2. ทัศนคติมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า ทัศนคติมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบ ด้านปัญญา (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component)

3. ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว แนวคิดนี้จะระบุว่า ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (แพรวภัทร ยอดแก้ว, 2555)

### ระดับทัศนคติ

การประเมินทัศนคติหรือความเชื่อที่คุ้นเคยกันมักมีกรอบแนวคิด ความรู้/ทัศนคติ/พฤติกรรม (KAP) หรือ ทัศนคติ/พฤติกรรม (AP) รองรับ และยังนำมาใช้ประเมินความเห็น/ความพึงพอใจ ที่ควรต้องระลึกเสมอคือ ความเชื่อ/ความเห็น/ความพึงพอใจ ไม่มี “ถูก/ผิด” แต่บอกให้ทราบว่า ระดับหรือน้ำหนักของความเชื่อ/ความเห็นนั้น เป็นอย่างไร ในบริบทนั้น ๆ สอดคล้อง/สวนทางหรือส่งเสริม/บั่นทอน ต่อเรื่องที่กำลังศึกษาอย่างไร

#### 1. มาตรวัด มีวิธีการ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1.2 Likert scale (assumption คือ ความเห็นของคนเรามีการแจกแจงเป็น normal curve) เป็นการกำหนดน้ำหนักในคำถามแต่ละข้อเป็น 3 หรือ 5 ระดับ ในทางสถิติ ค่า 5 ระดับ มีอำนาจแจกแจงได้ดีกว่า 3 ระดับ แต่สำหรับผู้ตอบแล้ว การแยกแยะเพียง 3 ระดับ (มาก ปานกลาง น้อย) ย่อมง่ายกว่า 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) สังเกตว่า ระดับที่เป็นเลขคี่ จะมีค่ากลางเพื่อให้ผู้ที่ไม่ตัดสินใจ (เช่น ปานกลาง เฉย ๆ) นักวิชาการที่ไม่ชอบการตอบแบบแท่งก็มักจะกำหนดระดับเป็นเลขคู่ (มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด) เท่ากับกำหนดให้ผู้ตอบต้องเลือกข้างใดข้างหนึ่ง ในที่นี้ คือ มาก หรือน้อย

1.2 ประยุกต์จากวิธีวัดระดับความเจ็บปวด ซึ่งเป็นข้อมูลนามธรรมหรืออัตวิสัย (subjective) หลักการ คือ อธิบายความหมายของระดับการเจ็บปวดน้อยไปมากเช่น 0 ถึง

5 หรือ 0 ถึง 10 แล้วให้คนใช้ระบุว่า ตนปวดในระดับไหน จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง หากผู้ตอบมีปัญหาการรับรู้และทำความเข้าใจในการสื่อสารก็ใช้วิธีนี้ไม่ได้ ที่ต้องระวังอีกอย่าง คือ การจำแนกระดับจำนวนมาก อาจทำให้ผู้ตอบเลือกตอบยาก โดยเฉพาะกับคนชนบทหรือผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นกับการทำแบบทดสอบต่าง ๆ อาจให้ข้อมูลเพียง “ก็ดี” หรือ “ใช่/ชอบ” “เฉยๆ” “ไม่ใช่/ไม่ชอบ”

## 2. การตั้งคำถาม

2.1 หลักการตั้งคำถามง่าย ๆ ให้ลองนึกถึงประสบการณ์ของตัวเอง ถ้าเราเองเคยเป็นผู้ตอบและเคยเจอคำถามที่ตอบยากเช่น อ่านคำถามแล้วไม่เข้าใจว่าถามอะไร/ไม่แน่ใจว่าผู้ถามหมายถึงแบบไหนเพราะตีความได้หลายแบบ เราก็อย่าตั้งคำถามในลักษณะที่ตอบยากอย่างนั้น

2.2 ข้อคำถามทัศนคติ/ความเชื่อ/ความเห็น ไม่จำเป็นต้องมีคำว่า “ท่านคิดว่า/เชื่อหรือไม่ว่า/เห็นด้วยหรือไม่ว่า” และภาษาที่ใช้ควรเป็นภาษาที่ผู้ตอบเข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเป็นปฏิเสธซ้อนปฏิเสธเพราะจะพาดกั “ง” โดยไม่จำเป็นทั้งคนตอบและตอนที่คนถามจะคิดคะแนน

2.3 ควรมีข้อคำถามที่ cross check ว่าตอบขัดแย้งกันเองหรือไม่ เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความสม่ำเสมอ (consistency) ในการตอบ

2.4 กรณีที่ถามความเห็นต่อ “พฤติกรรม” ในสถานการณ์สมมติ ควรมีข้อความให้ผู้ตอบเข้าใจชัดเจนว่า “เป็นสถานการณ์สมมติทั่วไป” ไม่ได้หมายถึง “พฤติกรรมที่ผ่านมา” ของผู้ตอบ เช่น

## 3. การวิเคราะห์และนำเสนอผล

3.1 แบบ ranking ไม่ว่าจะป็นระดับ 1-5 หรือ 1-10 เนื่องจากข้อมูลเป็น ordinal scale จึงนำเสนอว่า มีผู้ตอบแต่ละระดับคะแนน (เช่น มากและมากที่สุด) คิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์

3.2 แบบค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ย (Weight Mean Score) เช่น มีความพึงพอใจเฉลี่ย  $\alpha$  จากคะแนนเต็ม 5 โดยมองว่าข้อมูลเป็น ratio scale สมมติว่า น้ำหนักของค่าคะแนน มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ หากตอบข้อคำถามที่หนึ่งว่า “มาก” จะมีคะแนน “4” ถ้าตอบ “น้อยที่สุด” เท่ากับคะแนน “1” เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วหารด้วยจำนวนข้อก็จะเป็นคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ตอบคนนั้นให้ไว้ ถ้ามีผู้ตอบ  $b$  คน ก็จะได้ค่าคะแนนรายบุคคล  $b$  ค่า ซึ่งเมื่อนำมารวมกันแล้วหารด้วย  $b$  ก็จะได้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่เราศึกษาเป็นหลักการเดียวกับการคิดเกรดเฉลี่ยสมัยเราเรียนหนังสือนั่นเอง (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2553) (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2553)

## ส่วนที่ 5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

### ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของสัตว์ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้น (Stimulus) อาจเกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นหลังจากที่ถูกกระตุ้นมาแล้วระยะหนึ่ง (อาภรณ์ รัชไซ, 2560)

พฤติกรรม หมายถึง กิริยาของสิ่งมีชีวิตที่แสดงออกมา เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทั้งสิ่งเร้าภายในและภายนอกร่างกาย เป็นการแสดงออกที่สอดคล้องกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอกโดยรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมช่วยให้คนและสัตว์ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ สัตว์ชั้นต่ำแสดงพฤติกรรมผลักดันของการวิวัฒนาการ เพื่อให้เป็นไปตามหลักของการอยู่รอด พฤติกรรมใดที่แสดงออกแล้วปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ พฤติกรรมนั้นก็คงอยู่ได้ พฤติกรรมใดที่แสดงออกมาแล้วมีการปรับตัวได้น้อยกว่า พฤติกรรมนั้นก็ต้องสูญสลายไป (ศิริพร รักทอง, 2558)

พฤติกรรม หมายถึง กิริยาอาการที่แสดงออกทุกรูปแบบของสิ่งมีชีวิตเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นทั้งภายในและสิ่งเร้าภายนอก เป็นการแสดงออกที่สอดคล้องกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอกโดยรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นเป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (นันทนา สำเภา, 2554)

พฤติกรรม (Behavior) คือ กิริยา อาการ การกระทำ(กรรม)ของมนุษย์นั้น แบ่งออกเป็นคือ กรรมภายใน-ภายนอก ๆ ที่เราสังเกตได้และมองเห็นด้วยตาเปล่า รวมถึงบทบาท ลีลา ท่าที การประพฤติปฏิบัติ การกระทำงานในชีวิตปกติ ที่แสดงออกให้เราเห็นด้านนอก เช่น เดิน กิน เขียนหนังสือ ล้วนแต่สื่อออกมาจากพฤติกรรมภายในเช่นกัน และพฤติกรรมภายใน เช่น ความจำ ความคิด การเต้นของหัวใจ ล้วนแล้วแต่สื่อออกมาให้เราสังเกตได้ว่า เรากำลังจะแสดงพฤติกรรมโดยอยู่ขณะนี้ที่ปรากฏชัดในชีวิตประจำวัน เรามักจะพบเจอทุกวัน เช่น การขึ้นรถประจำทาง การทานข้าว การเดิน รวมถึงเหตุการณ์บางอย่าง เช่น การคิด ความจำ การลืม เป็นต้น พระท่านเรียกอายตนะภายใน-ภายนอก มากกระทบต่อกัน หรือสิ่งเร้า-การตอบสนอง กล่าวคือ อายตนะภายใน (แดนรับรู้ด้านใน) ที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น (อายตนะภายนอก) ให้เกิดปฏิกริยา หรือ การกระทำออกมา เช่น การสัมผัสทั้ง 5 รับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งใน 5 ทวาร คือ โสตสัมผัส (หู-ได้ยินเสียง) จักขุสัมผัส (ตา-เห็นรูป) ชิวหาสัมผัส (ลิ้น-ได้รส) ฆานสัมผัส (จมูก-ได้กลิ่น) และทางผิวหนัง (กาย-สัมผัสรับรู้) ล้วนแต่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งสิ้น บางคนอาจจะมีหรือเรียกอีกอย่าง คือ การมีสัมผัสที่หก (Six

send) การรับรู้จิตใจ วิญญาณ หูทิพย์ ตาทิพย์ ทางพระพุทธศาสนาถือว่าเป็นจริงได้ แต่มีใช้หนทางดับทุกข์ จะเน้นที่การฝึกจิตมากกว่า ส่วนพฤติกรรมภายในนั้น เราต้องอาศัยเครื่องมือตรวจสอบ วัดได้ด้วยอุปกรณ์ภายนอก เช่น การเต้นของหัวใจ การใช้สติปัญญา การจำ เป็นต้น

อีกนัยหนึ่ง พฤติกรรม หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ที่สิ่งมีชีวิตและบุคคลสามารถสังเกตได้จากการกระทำกิจกรรมเหล่านั้น ซึ่งมีทั้งทางดีและทางไม่ดี เช่น การหัวเราะ การร้องไห้ เสียใจ การออกกำลังกาย ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นผลมาจากการบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ การจูงใจ การเรียนรู้ การจำ การลืม และความรู้สึกนึกคิด หรือกระบวนการต่าง ๆ ของบุคคลที่ปฏิบัติต่อสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น ออกมาในรูปของการกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง อยู่ภายใต้กลไกของความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การเชี่ยวชาญฝรั่งของบางคน เขาอาจวิตก ผ่อนคลายอะไรบ้างก็ได้ หรือการสวมหมวกของใครบางคน เพราะเขาขาดความมั่นใจ หรือ เสริมสร้างความมั่นใจอะไรบางอย่าง จะปกปิด หรือเปิดเผยพฤติกรรมของคนนั้น ๆ ก็ได้

มนุษย์ทุกคนจะมีกระบวนการของพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ทุกคนจะมีความต้องการ และมีเหตุจูงใจเป็นของตนเองอยู่ตลอดเวลา และสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกนึกคิดที่เป็นของตนเอง สิ่งที่ปรากฏออกมานั้นเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ (ซิฆนุพงศ์ โคตรบัณฑิต, 2554)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงและกิริยาท่าทางของสิ่งมีชีวิตที่เกิดขึ้นร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม เป็นการตอบสนองของระบบหรือสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าหรือการรับเข้าทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก มีสติหรือไม่มีสติระลึก ชัดเจนหรือแอบแฝง และโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ นอกจากนั้น ยังมีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น สมโพธิ์ เขี่ยมสุภานิต ผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรมได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมหมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออกมา ตอบสนอง หรือโต้ตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สภาพการณ์ใด สภาพการณ์หนึ่งโดยที่ผู้อื่นสามารถสังเกตได้

### องค์ประกอบของพฤติกรรม

การเกิดพฤติกรรมของมนุษย์นั้น เป็นผลมาจากการผสมผสานขององค์ประกอบต่าง ๆ ในตัวมนุษย์ แล้วจึงถูกกล่อมเกลียดด้วยสิ่งแวดล้อม ในบทนี้จะกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่เป็นองค์ประกอบภายในตัวมนุษย์เอง ได้แก่ การรับรู้ สติปัญญา การคิด เจตคติ และอารมณ์

1. การรับรู้ เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัสการรับรู้จึงต้องกระบวนการสัมผัส โดยเริ่มตั้งแต่การมีสิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะสัมผัสทั้งห้า และส่งประสาทไปยังสมองเพื่อ การแปลความ

2. สถิติปัญญา เป็นความสามารถภายในตัวบุคคลที่จะทราบได้จากพฤติกรรมที่บุคคล แสดงออก ระดับของสติปัญญาสังเกตได้จากการแสดงออกที่มีความคล่องแคล่ว รวดเร็ว ความถูกต้อง ความสามารถในการคิด การแก้ปัญหา และการปรับตัว การใช้แบบทดสอบวัด สถิติปัญญาจะทำให้ทราบระดับสติปัญญาชัดเจนขึ้น

3. การคิด เป็นกระบวนการทำงานของสมองในการสร้างสัญลักษณ์หรือภาพ ให้ปรากฏ ในสมอง ความสามารถในการคิดนั้น มีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาลักษณะพื้นฐานของ การคิด

4. เจตคติ เป็นสภาพความพร้อมของความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มพฤติกรรมของ บุคคลอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ สภาพะนี้ เป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของพฤติกรรมของ บุคคล ต่อเหตุการณ์ สิ่งของ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

5. อารมณ์ เป็นความรู้สึกชนิดต่าง ๆ ที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า ความรู้สึกเหล่านี้ อาจรุนแรง หรือเบาบางกว่าปกติ และอาจเกิดขึ้นพร้อมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพร่วมไปด้วย (ปรเมศร์ กลิ่นหอม, 2552)

องค์ประกอบการเกิดพฤติกรรม พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นเพราะองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ มีประสงค์ คือ มีความต้องการจะเกิดพฤติกรรม มีความพร้อม คือ มีความสามารถที่ จำเป็นในการทำกิจกรรมนั้นเพื่อสนองความต้องการของตน สถานการณ์ คือ มีโอกาสที่จะ เลือกริการเพื่อสนองความต้องการของตน การแปลความหมาย คือ มีการพิจารณาถึง สภาพการณ์ที่เปิดโอกาส ให้เลือกสิ่งแวดล้อมและความสามารถของตน แล้วตัดสินใจเลือกวิธีที่ คิดว่าดีที่สุด

1. การตอบสนอง คือ การทำกิจกรรมที่คิดว่าดีที่สุดนั้น
2. ผลที่ได้ กิจกรรมที่ทำนั้นอาจจะได้รับผลที่ตรง หรือไม่ตรงกับ ความ คาดหมายก็ได้
3. ปฏิกริยาต่อความไม่สมหวัง ถ้าผลที่ได้รับไม่สมที่หวังไว้ ก็อาจจะแปลความหมาย ใหม่ และเลือกวิธีตอบสนองใหม่ หรืออาจจะลดระดับความคาดหวังให้ ต่ำลงมาหรืออาจ ล้มเลิกความคิดก็ได้ (ธวัช เหลืองวสุธา, 2557)

### ระดับพฤติกรรม

พฤติกรรมการศึกษา ได้จำแนกออกเป็น ได้แบ่งออกเป็น 3 หมวดใหญ่ ๆ เรียกว่า หมวด การเรียน คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย

**1. พุทธิพิสัย (Cognitive Domain)** เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด หรือพฤติกรรมทางด้านสมองของบุคคล ในอันที่ทำให้มีความเฉลียวฉลาด มีความสามารถในการคิดเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา การเรียนการสอนในปัจจุบันยังเน้นในด้านนี้มากพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย แบ่งได้เป็น 6 ระดับ ได้แก่

**1.1 ความรู้ความจำ** เป็นความสามารถในการเก็บรักษามวลประสบการณ์ต่าง ๆ จากการที่รับรู้ไว้และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการ เปรียบดังเทปบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์ที่สามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่าง ๆ ได้ สามารถเปิดฟัง หรือดูภาพเหล่านั้นได้เมื่อต้องการ

**1.2 ความเข้าใจ** เป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อได้ และสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือ การกระทำอื่น ๆ

**1.3 การนำความรู้ไปใช้** เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้ เช่น นำหลักของการใช้ภาษาไทยไปใช้สื่อความหมายในชีวิตประจำวันได้ถูกต้องและเหมาะสม

**1.4 การวิเคราะห์** เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถคิด หรือ แยกแยะเรื่องราวสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละ

**1.5 การสังเคราะห์** ขั้นนี้เป็นความสามารถในการที่ผสมผสานย่อย ๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขั้นใหม่ หรืออาจเกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่

**1.6 การประเมินค่า** เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคา หรือสรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

**2. จิตพิสัย (Affective Domain)** เป็นพฤติกรรมทางด้านจิตใจ ซึ่งจะเกี่ยวกับค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจ และคุณธรรม พฤติกรรมของผู้เรียนในด้านนี้ อาจจะไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนจะต้องใช้วิธีปลูกฝังโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้พฤติกรรม

ของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ด้านจิตพิสัย จะประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย ๆ 5 ระดับ ได้แก่

**2.1 การรับรู้** เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

**2.2 การตอบสนอง** เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

**2.3 การเกิดค่านิยม** เป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของการยอมรับนับถือในคุณค่านั้น ๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

**2.4 การจัดรวบรวม** เป็นการสร้างแนวคิดและจัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้น ซึ่งจะรวบรวมค่านิยมเหล่านั้น โดยอาศัยความสัมพันธ์กับสิ่งที่ยึดถือ เพื่อใช้เป็นหลักในการพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไป แต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับค่านิยมใหม่ หรืออาจจะยอมรับค่านิยมใหม่โดยยกเลิกค่านิยมเก่าไปก็ได้

**2.5 สร้างลักษณะนิสัยตามค่านิยมที่ยึดถือ** เป็นการนำค่านิยมที่ยึดถือนั้นมาใช้เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัวของตน ให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงาม

**3. ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)** พฤติกรรมการเรียนรู้ที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ พฤติกรรมด้านนี้ จะเห็นได้จากกระทำซึ่งแสดงผลของการปฏิบัติออกมาได้โดยตรง โดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะที่เกิดว่ามีมากน้อยเพียงใด การที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ทางด้านทักษะพิสัย ผู้เรียนจะต้องพร้อมที่จะใช้วิธีต่าง ๆ พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย ๆ 5 ชั้น ดังนี้

**3.1 การรับรู้** เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือเป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ

**3.2 กระทำตามแบบหรือเครื่องชี้แนะ** เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ

**3.3 การหาความถูกต้อง** เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ ซึ่งจะพัฒนาเป็นรูปแบบของตัวเอง อาจจะไม่เหมือนหรือไม่เหมือนกับตัวแบบเดิมก็ได้

**3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง** หลังจากที่ได้ตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเอง ก็จะมีการกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และคล่องแคล่ว นั่นคือ เกิดทักษะขึ้นแล้ว การที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะได้จะต้องอาศัยการฝึกฝนในเรื่องนั้น ๆ และกระทำอย่างสม่ำเสมอ

**3.5 การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ** เป็นพฤติกรรมสุดท้ายที่จะได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ ได้คล่องแคล่วองไว โดยอัตโนมัติ ดูเป็นไปอย่างธรรมชาติไม่ขัดเขิน ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง (Wasawat, 2015)

## ส่วนที่ 6 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

### ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

โอเร็ม (เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2555) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้น เป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ เพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ



3112914731

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรม เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระ ที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง (รุจา ภูโพบูลย์, 2541)

ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ตึงการพยาบาล ชนิด ระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองของผู้ป่วยแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี Alcohol การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจตามนัด ใช้ยาชวยย่อย การดูแลตนเองเบาหวาน เข้าเสื่อม ในเรื่องบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจและมี เป้าหมาย (deliberate action and Goal oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูล เพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรม เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดข้อเข้าเสื่อม ผลการวิจัยการประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มทั้ง 2 ระยะ คือ

1. ระยะประเมินพิจารณาตัดสินใจเป็นการประเมินสภาวะทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมได้ดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธี และเหมาะสมกับอาการและบริเวณที่ปวด เพื่อลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม

2. ระยะลงมือกระทำ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (พิม (พิมนิรันด์ สรวิตสุทธิ, 2558)

2.1 ตรวจสอบ ประเมิน ด้วยวิธีการ ดูการบวมบริเวณข้อเข้า กดเพื่อหาจุดที่ทำให้เกิดอาการเจ็บ เหยียดเข่าดูมุมการเคลื่อนไหว

2.2 ประคบร้อนข้อเข้า 15 นาทีโดยใช้ขวดเหล้าบรรจุน้ำร้อน ห่อด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำปิดให้หมาด

2.3 ออกกำลังกายข้อเข้า

2.4 พัก 10 นาที โดยการพันผ้ายืด

2.5 นวด

## ส่วนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตือนราชภูร์, and วราภรณ์ บุญเชียง (2557) ในงานวิจัย เรื่องการพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE PROCEDE ผลพบว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นและมีอาการปวดข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยพัฒนาขึ้น จากการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการปวดข้อเข่า ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในชุมชนควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพ มีการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

นางพิมล นิมิตรอนันท์ (2557) ในงานวิจัยเรื่องสถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยง โรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย พบว่า การตรวจคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง เป็นมาตรการการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิที่มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการผิดปกติที่ชัดเจน พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้มีบทบาทหลักในการตรวจคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มตามระดับความรุนแรงอันจะนำไปสู่การจัด บริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มต่อไป อาการโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

ยุวดี สารบูรณ์, สุภาพ อารีเชื้อ, and สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ (2557) ในงานวิจัย เรื่องอาการโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน: การศึกษานำร่อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.03 (mean = 6.03, S.D. = 1.14) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 70.6 ของกลุ่มตัวอย่าง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 40.56 (S.D. = 10.18) โดยมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 79.4 ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม 3 อันดับแรก คือ อายุที่มากขึ้น การไม่ออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 47.1, 29.4 และ 26.5 ตามลำดับ

นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2557) ในงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

สุภาพ อารีเอื้อ and นภาพรณ ปิยขจรโรจน์ (2551) ในงานวิจัยเรื่องผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อ เสื่อมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ลดความรุนแรงของโรคข้อเสื่อมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น

ในงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกาย และการลดความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผลการวิจัยพบว่า ด้านสมรรถภาพทางกาย หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินทดสอบ 6 นาทีเพิ่ม ขึ้น ( $\bar{x} = 460$ , S.D. = 84.18) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 384$ , S.D. = 75.90) และค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของข้อเข่าลดลง ( $\bar{x} = 7.75$ , S.D. = 3.09) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 10.80$ , S.D. = 4.30) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินเร็วใน 6 นาทีสูงกว่า และความเจ็บปวดของข้อเข่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) สรุปได้ว่า ผลการวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นถึงโปรแกรมการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีทักษะในการจัดการความเจ็บปวดได้ และมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คำสำคัญ: การจัดการตนเอง สมรรถภาพทางกาย โรคข้อเสื่อม

พิพัฒน์ เพิ่มพูน (2553) ในงานวิจัยเรื่องความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.5 มีระดับความรุนแรงของโรคของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมในระดับที่ไม่รุนแรง และความรุนแรงในด้านอาการเจ็บปวดข้อเข่า ด้านความสามารถในการทำหน้าปละการเคลื่อนไหวข้อเข่าในระดับที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 39 และ 39.5 ตามลำดับสำหรับด้านอาการข้อเข่าตึงหรือข้อเข่าฝืด พบความรุนแรงของโรคน้อย ร้อยละ 41.5 ซึ่งการศึกษานี้พบว่าความรุนแรงด้านการเจ็บปวดข้อเข่า มีความสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.029$ ) สำหรับความรุนแรงด้านอาการข้อเข่าตึงหรือข้อเข่าตึงพบมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.031$ ) นอกจากนี้ ยังพบระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้านการทำหน้าที่และเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.016$ ) ในด้านพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 มีพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองในระดับปานกลาง โดยพบว่า เพศและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.031$ ) และ ( $p = 0.0006$ ) ตามลำดับ

นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุภาณี สนธิรัตน์ (2556) ในงานวิจัยเรื่องทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง แต่มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอาชีพ ภาวะสุขภาพ และลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.001 และ 0.05 ตามลำดับ นอกจากนี้ ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง และทักษะทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปิยะพล พูลสุข และคณะ (2561) ในงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองพบว่า ระดับความปวดของข้อเข่า ระดับอาการข้อฝืด และช่วงเวลาในการลุกเดินลดลงกว่าก่อนการทดลอง และระดับความสามารถในการใช้งานของข้อเข่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )



3112914731

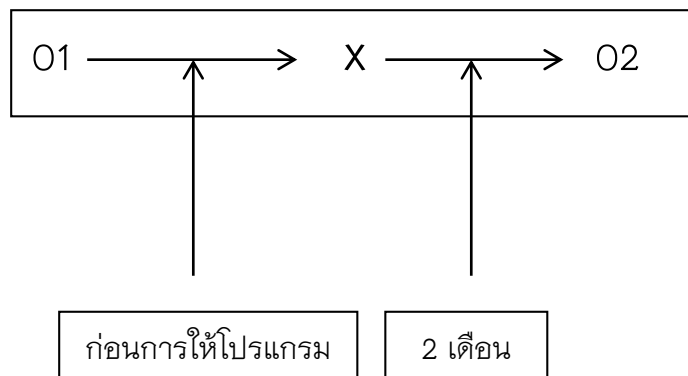
### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง Pretest-Posttest Design โดยการศึกษา 1 กลุ่ม วัด ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบผลการแบบประเมินสุขภาพเข้า ก่อนและหลังการให้โปรแกรม (The single group, Pretest Posttest Design)

##### ผังการทดลอง E-Group



ภาพ 2 แสดงผังการทดลอง E-Group

O1 = การวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการประเมินสุขภาพ เข้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ

X = การให้กิจกรรมในโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ เป็นเวลา 2 เดือน

O2 = การวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการประเมินสุขภาพ เข้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ เป็นเวลา 2 เดือน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้คือผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ตามรายงานการคัดกรองปี 2560 ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 127 คน

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการศึกษา งานวิจัยของ (Likiratcharoen, 2000) เรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์ทอภิมาน ระหว่างปี พ.ศ. 2520-2542 และศึกษาค่าขนาดอิทธิพล และอิทธิพลของลักษณะงานวิจัยต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากงานวิจัยทั้งหมด 57 พบว่า ค่า effect size เฉลี่ยของผลลัพธ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือ 1.65 ซึ่งขนาดอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ เมื่อนำไปเปิดตารางที่ Power = 0.80 และ alpha = 0.05 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมควรมีปริมาณอย่างน้อยที่สุด 25 คน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) แต่จากการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีโอกาสนสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการทดลองจึงปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

### ประเด็นอาสาสมัคร

1. ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่นัด ให้ผู้วิจัยพิจารณาการนัดกับอาสาสมัครให้เป็นไปตามรูปแบบและการวัดผลของการศึกษา
2. เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้
  - 2.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเพศชายและเพศหญิง อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาโดยตรง
  - 2.2 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และมาร่วมกิจกรรมตามนัดทุกครั้ง
  - 2.3 สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน
  - 2.4 มีรายชื่ออยู่ในรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมปี 2560
  - 2.5 ไม่มีโรคประจำตัวที่ร้ายแรง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น
  - 2.6 สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือเครื่องมือช่วยเดิน

### 3. เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclude criteria) มีดังนี้

3.1 การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคข้อเสื่อม การรับประทานอาหาร หรือการใช้การประคบร้อน เย็น การกดนวด การใช้อุปกรณ์พยุงตัว เช่น เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีข้อห้ามในการกดนวด เป็นผู้มีปัญหาขา ไม่สามารถออกกำลังกายได้

3.2 ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและใส่ข้อเข่าเทียม

3.3 ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรือมีเครื่องช่วยเดิน

### 4. การถอนอาสาสมัครออกจากการศึกษา

4.1 อาสาสมัครไม่สามารถปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยแนะนำได้

4.2 อาสาสมัครไม่สะดวกใจเข้าร่วมการศึกษาต่อจนครบระยะเวลาที่กำหนด

### 5. เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.1 อาสาสมัครไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้

5.2 อาสาสมัครต้องการออกจากโครงการไม่ว่าจะกรณีใด ๆ

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ

1. โปรแกรมการดูแลตนเองในการดูแลข้อเข่าตนเองของผู้สูงอายุ

2. คู่มือการดูแลตนเอง โรคข้อเข่าเสื่อม ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับการวางแผนจำหน่าย ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2554)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคข้อเข่า ตัวแปรประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเล็ม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน

ความรู้การพิจารณาและตัดสินใจ และการกระทำและผลของการกระทำ คือ ถ้า  
ถูกได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน

การให้คะแนนสำหรับการประเมินอ้างอิงจาก มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale)  
ของ เดิมศักดิ์ สุขวิบูรณ์ (2552) แบบการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range)  
แล้วนำมาเทียบบัญญัติญาณทศนิยมน้อยกว่า 0.5 ปัดลง มากกว่า 0.5 ปัดขึ้น แบ่งออกเป็น  
3 ระดับ

การให้คะแนนสำหรับการประเมิน

คะแนนรวมที่ได้ 2-4 คะแนน หรือคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 0.4 คือ ระดับคะแนนน้อย

คะแนนรวมที่ได้ 5-7 คะแนน หรือคะแนนเฉลี่ย 0.5-0.7 คือ ระดับคะแนนปานกลาง

คะแนนรวมที่ได้ 8-10 คะแนน หรือคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.8 ระดับคะแนนสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลเข้าตนเองผู้วิจัยสร้างขึ้น  
จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเล็ม  
ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน

การพิจารณาและตัดสินใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข  
(Numeric rating scale) 3 ระดับ คือ

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นทั้งหมดตรงกับ  
ความคิดเห็น ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้ตอบ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นบางส่วนตรงกับ  
ความคิดเห็น ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นทั้งหมดไม่ตรง  
กับความคิดเห็น ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้ตอบ

ข้อความในด้านบวก (Positive Statement) ข้อความในด้านลบ (Positive Statement)

เห็นด้วย = 3 คะแนน

เห็นด้วย = 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 3 คะแนน

การให้คะแนนสำหรับการประเมินอ้างอิงจากมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale)  
ของ เดิมศักดิ์ สุขวิบูรณ์ (2552) แบบการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (Intervals from the Range)  
แล้วนำมาเทียบบัญญัติญาณ ทศนิยมน้อยกว่า 0.5 ปัดลง มากกว่า 0.5 ปัดขึ้น แบ่งออกเป็น  
3 ระดับ



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข่าแบบประเมินสภาพข้อเข่า โดยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ผ่านการหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา (Cronbachs'alpha coefficient) 0.76 โดย ยุวดี สารบูรณ์ et al. (2557)

#### เกณฑ์การประเมิน

คะแนนรวมที่ได้ 0 ถึง 19 หรือคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 0.19 มีข้อบ่งชี้: เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ควรรับการรักษาจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที

คะแนนรวมที่ได้ 20 ถึง 29 หรือคะแนนเฉลี่ย 2.0–2.9 มีข้อบ่งชี้: มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ควรปรึกษาศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา เอกซเรย์ข้อเข่า และประเมินอาการของโรค

คะแนนรวมที่ได้ 30 ถึง 39 หรือคะแนนเฉลี่ย 3.0–3.9 มีข้อบ่งชี้: พบเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การควบคุมน้ำหนักเพื่อไม่ให้อ้วน หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมมากขึ้น และการประเมินระดับอาการของโรค

คะแนนรวมที่ได้ 40 ถึง 48 หรือคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.0 ยังไม่พบอาการผิดปกติ แต่ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. การหาความเที่ยงของเนื้อหา

1.1 นำแบบสอบถามนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยพิจารณาเป็นรายข้อว่าแต่ละคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์คะแนน ดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับสิ่งที่ต้องการวัด โดยผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจึงต้องตัดออก

นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการหาความเชื่อมั่น

## 2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามในส่วนของ 2 มีทั้งหมด 2 ตัวเลือก ทั้งหมด 10 ข้อ โดยใช้วิธีการหาค่าความยากง่าย โดยระดับความยากง่ายพอเหมาะของแบบสอบถาม ควร มีระดับความยากง่ายเฉลี่ย 0.2-0.8 ซึ่งค่าที่ได้ คือ 0.56

หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามในส่วนที่ใช้อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จะใช้วิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับ (Conbach's alpha coefficient) โดยค่าที่ได้ต้องมากกว่า 0.7 ถึงจะยอมรับได้ ซึ่งส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลเข้าตนเอง ค่าที่ได้ คือ 0.73 ส่วนที่ 4 ค่าที่ได้คือ 0.75 และส่วนที่ 5 ค่าที่ได้คือ 0.76

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย ชุมชน เครื่องมือ และขอพิจารณารับรองจริยธรรม การวิจัย ขอความร่วมมือดำเนินการ ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิทักษ์สิทธิและประโยชน์ในการ เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจลงนามในใบยินยอม

2. ขึ้นดำเนินการและประเมินผล ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูล มาพัฒนาโปรแกรมดูแลข้อเข้าในตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลข้อเข้าตนเอง และประเมินสภาพข้อเข้าโดยแบบประเมินข้อเข้า เสื่อม แล้วจากนั้นจะได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 วัน สัปดาห์ละ 1 วันติดกัน 2 สัปดาห์

วันที่ 1 (บรรยาย ฉายวีดิทัศน์ แผ่นพับ) เรื่องละ 2 ชั่วโมงโดย นักวิชาการสาธารณสุข

1. ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเสื่อม พยาธิสภาพของข้อเสื่อม อาการและอาการแสดงของ ข้อเสื่อม และแนวทางการรักษาข้อเสื่อม

2. ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารการออกกำลังกายเพื่อ ป้องกันโรคข้อเสื่อม กิจกรรมที่เหมาะสมและการบรรเทาอาการเจ็บปวด

วันที่ 2 (บรรยาย สาธิต แผ่นพับ) เรื่องละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดย นักวิชาการ สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

1. การสาธิตการรับประทานอาหารตามโมเดลอาหาร

2. การสาธิตวิธีการออกกำลังกายสำหรับป้องกันข้อเสื่อม

3. การสาธิตกิจกรรมหรือท่าทางที่มีความเสี่ยงต่อโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุ

4. การสาธิตวิธีการประคบร้อน/เย็น การกดนวด การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ



3112914731

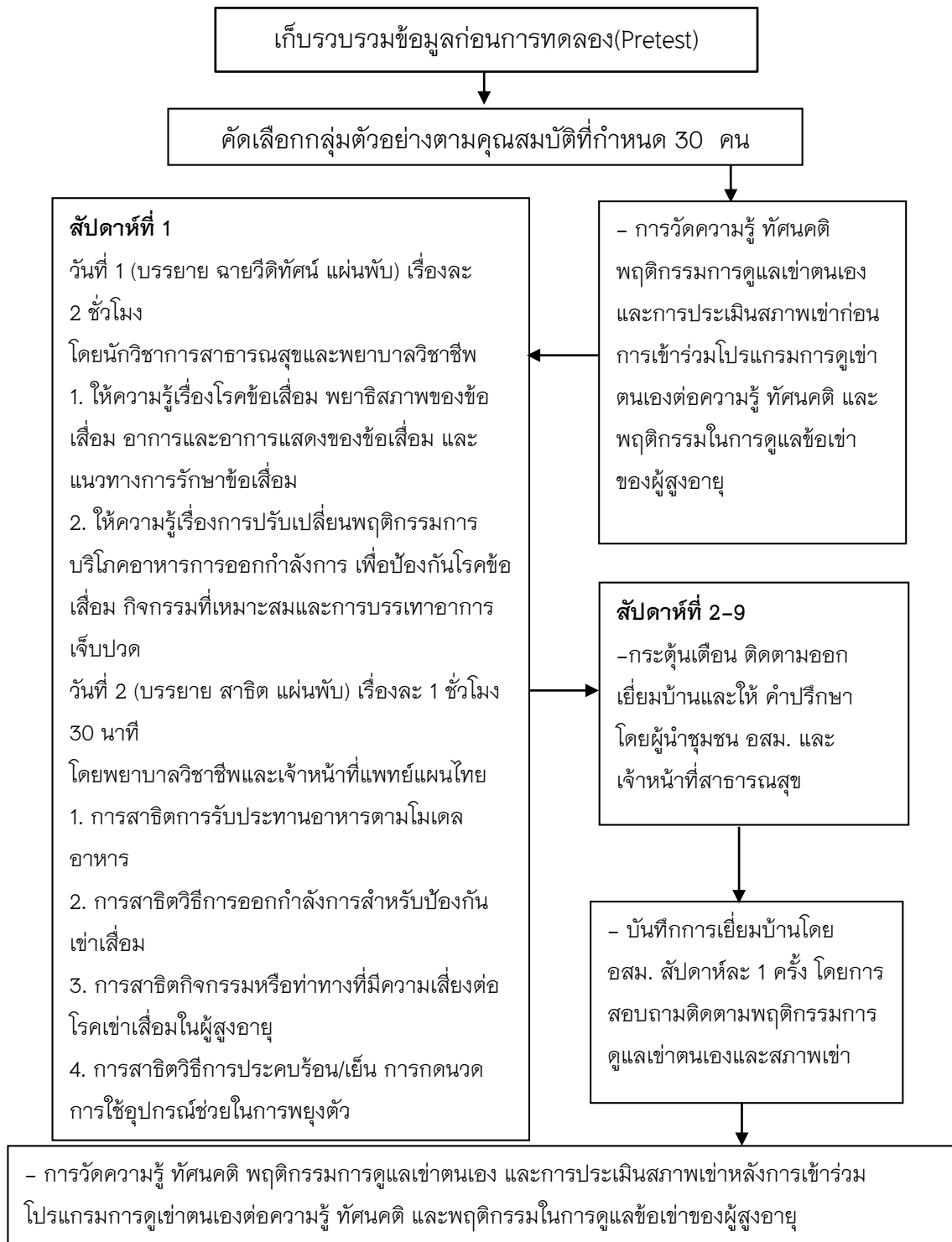
และหลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตาม จากอสม.ผู้รับผิดชอบ ต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 วัน นาน 2 เดือน แล้ววัดผลความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลข้อเท้า และ ประเมินสภาพข้อเท้าโดยแบบประเมินข้อเท้าเสื่อม (Oxford Knee Score)

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และผลการประเมินสภาพข้อเท้า โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2 ครั้ง ก่อนและหลังการให้โปรแกรม
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน โดยใช้ สถิติ Paired sample t-test ทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมการดูแลข้อเท้าภายในกลุ่มเดียวกัน

แผนผังการให้โปรแกรม



ภาพ 3 แสดงแผนผังการให้โปรแกรม

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเท้าของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเท้าของผู้สูงอายุ และผลการประเมินสภาพข้อเท้าของผู้สูงอายุ มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลที่ได้วิเคราะห์จากแบบสอบถาม มีรายละเอียด ดังนี้

#### ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

พบว่า ข้อมูลเพศชายกับเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 อายุมากที่สุดอยู่ที่ 71-80 ปี ร้อยละ 50 รองลงมาคือ 60-70 ปี ร้อยละ 40 และน้อยที่สุดคือ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10 รายได้ต่อเดือน มากที่สุดอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60 รองลงมา คือ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 33.33 และน้อยที่สุด คือ มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 6.67 และระดับการศึกษา มากที่สุด คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 36.67 และน้อยที่สุด คือ สูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 16.67 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
1) ชาย	15	50.00
2) หญิง	15	50.00
รวม	30	100.00
<b>2. อายุ</b>		
1) 60-70 ปี	12	40.00
2) 71-80 ปี	18	60.00
3) 81 ปี ขึ้นไป	3	10.00
รวม	30	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>3. รายได้ต่อเดือน</b>		
1) น้อยกว่า 1,000 บาท	12	40.00
2) 1,000-5,000 บาท	12	40.00
3) มากกว่า 5,000 บาท	6	20.00
รวม	30	100.00
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
1) ไม่ได้ศึกษา	11	36.67
2) ประถมศึกษา	14	46.66
3) สูงกว่าประถมศึกษา	5	16.67
รวม	30	100.00

### ผลการศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่า และสภาพข้อเข่าของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าตนเอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าตนเอง คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าตนเองก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 0.67 รองลงมา คือ ข้อ 5 และ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 0.63 และ 0.60 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือข้อที่ 7 คะแนนเฉลี่ย 0.27 รองลงมา คือ ข้อ 9 และข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 0.40 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าตนเองก่อนให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. โรคข้อเสื่อม คือ อากาศเจ็บปวด หากข้อเข่ามีการอักเสบ ก็จะมีการสร้างน้ำข้อเข่าเพิ่มทำให้เกิดการบวม ตึง	0.67	0.48	ปานกลาง

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
2. ถึงแม้จะได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นโรคข้อเข่าเสื่อมจะดำเนินไปเรื่อย ๆ อาจทำให้มีความ เจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินไม่ได้	0.60	0.50	ปานกลาง
3. การนั่งคุกเข่า พับเพียบ ชัดสมาธิ ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ ไม่มีส่วนทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม	0.53	0.51	ปานกลาง
4. ข้อเข่าหลวม กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง เป็นความบกพร่องของส่วนประกอบของข้อ	0.53	0.51	ปานกลาง
5. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เก๊าท์ ข้ออักเสบติดเชื้อ โรคของต่อมไร้ท่อ เป็นโรคอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม	0.63	0.49	ปานกลาง
6. ยาลดอาการปวด เช่น ยา paracetamol ไม่ได้แก้อาการอักเสบ พอหมดฤทธิ์ยา ก็ปวด	0.53	0.51	ปานกลาง
7. ยาแก้อักเสบ steroid เมื่อนำมาฉีดเข้าข้อจะทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น	0.27	0.45	น้อย
8. ลดอาการปวด ลดการอักเสบของข้อ เป็นการลดอาการชั่วคราวเท่านั้น ไม่ได้ส่งเสริมให้ข้อสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือป้องกันข้อไม่ให้ถูกทำลายมากยิ่งขึ้น	0.53	0.51	ปานกลาง
9. การถนอมข้อเข่าสำหรับการการนอน ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้น	0.40	0.50	น้อย
10. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่มีความสำคัญมากจะช่วยชะลอข้อเข่าเสื่อมได้โดยป้องกันแรงกดดันที่ข้อในขณะที่ใช้ข้อเข่าในการลุกขึ้น	0.40	0.50	น้อย

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข่าตนเองหลังให้โปรแกรม ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 0.87 รองลงมา คือ ข้อ 5-ข้อ 3 ข้อ 7 และข้อ 9 คะแนนเฉลี่ย 0.83 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 0.67 รองลงมา คือ ข้อ 2 และ ข้อ 8 คะแนนเฉลี่ย 0.73 ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. โรคข้อเสื่อมคือ อาการเจ็บปวด หากข้อเข่ามีการอักเสบ ก็จะมีการสร้างน้ำข้อเข่าเพิ่มทำให้เกิดการบวม ตึง	0.80	0.41	มาก
2. ถึงแม้จะได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นโรคข้อเข่าเสื่อมจะดำเนินไปเรื่อย ๆ อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินไม่ได้	0.73	0.45	ปานกลาง
3. การนั่งคุกเข่า พับเพียบ ชัดสมาธิ ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ ไม่มีส่วนทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม	0.83	0.38	มาก
4. ข้อเข่าหลวม กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง เป็นความบกพร่องของส่วนประกอบของข้อ	0.67	0.48	ปานกลาง
5. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เก๊าท์ ข้ออักเสบติดเชื้อ โรคของต่อมไร้ท่อ เป็นโรคอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม	0.83	0.38	มาก
6. ยาลดอาการปวด เช่นยา paracetamol ไม่ได้แก้อาการอักเสบ พอลมดฤทธิ์ยากีปวด	0.80	0.40	มาก
7. ยาแก้อักเสบ steroid เมื่อนำมาฉีดเข้าข้อจะทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น	0.83	0.38	มาก
8. ลดอาการปวด ลดการอักเสบของข้อ เป็นการลดอาการชั่วคราวเท่านั้น ไม่ได้ส่งเสริมให้ข้อสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือป้องกันข้อไม่ให้ถูกทำลายมากยิ่งขึ้น	0.73	0.45	ปานกลาง
9. การถนอมข้อเข่าสำหรับการการนอน ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้น	0.83	0.38	มาก
10. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่มีความสำคัญมากจะช่วยชะลอข้อเข่าเสื่อมได้โดยป้องกันแรงกดดันที่ข้อในขณะที่ใช้ข้อเข่าในการลุกขึ้น	0.87	0.35	มาก

### ผลการศึกษาศักดิ์เกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง

การข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม ข้อที่มีความเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 3.00 รองลงมา คือ ข้อ 8 และข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 2.73 และ 2.13 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 9 คะแนนเฉลี่ย 1.60 รองลงมา คือ ข้อ 3 และข้อ 6 คะแนนเฉลี่ย 1.67 และ 1.73 ตามลำดับ ดังตาราง 4

**ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ**

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การป้องกัน ดูแล รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นเรื่องที่ยากต่อการประพฤติปฏิบัติ	1.87	0.63	ปานกลาง
2. การใช้ยาเพื่อเบาเทาหรือรักษาอาการข้อเข่า สะดวกและง่ายกว่าการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือดูแลตนเอง	1.80	0.67	ปานกลาง
3. โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ดังนั้น ไม่จำเป็นต้องรักษาก็ได้	1.67	0.67	ปานกลาง
4. เมื่อมีอาการของข้อเข่าในระยะที่เริ่มมีอาการปวด เมื่อทำงานหรือใช้ข้อเข่ามาก ๆ จำเป็นที่จะต้องประพฤติปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทันที	2.13	0.57	ปานกลาง
5. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถปฏิบัติ ตัวเหมาะสม เพื่อถนอมข้อเพื่อชะลอความเสื่อมได้	1.97	0.56	ปานกลาง
6. การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ (นั่ง นอน ยืน เดิน ใช้ห้องน้ำ) และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถทำได้ ตนเองได้ ต้องให้ผู้ดูแล หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้การช่วยเหลือ	1.73	0.52	ปานกลาง
7. การลดน้ำหนักจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้มาก	1.90	0.48	ปานกลาง
8. เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถทำได้	2.73	0.45	มาก
9. ผู้ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมสามารถออกกำลังกายได้เหมือนคนปกติทั่วไป	1.60	0.50	ปานกลาง
10.การประพฤติปฏิบัติในการดูแลเข้าต้องเริ่มจากตัวองก่อนเสมอ	3.00	0.00	มาก

ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม ข้อที่มีความเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 3.00 รองลงมาคือข้อ 8 และข้อ 5 คะแนนเฉลี่ย 2.80 และ 2.53 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 9 คะแนนเฉลี่ย 1.50 รองลงมาคือ ข้อ 2 และข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.23 และ 2.33 ตามลำดับ ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองหลังโปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. การป้องกัน ดูแล รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นเรื่องที่ยากต่อการประพฤต ปฏิบัติ	2.33	0.76	มาก
2. การใช้ยาเพื่อเบาเทาหรือรักษาอาการข้อเข่า สะดวกและง่ายกว่าการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือดูแลตนเอง	2.23	0.77	ปานกลาง
3. โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ดังนั้นไม่จำเป็นต้องรักษาก็ได้	2.27	0.83	ปานกลาง
4. เมื่อมีอาการของข้อเข่าในระยะที่เริ่มมีอาการปวด เมื่อทำงานหรือใช้ข้อเข่ามาก ๆ จำเป็นที่จะต้องประพฤตปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทันที	2.50	0.63	มาก
5. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถปฏิบัติ ตัวเหมาะสม เพื่อถนอมข้อ เพื่อชะลอความเสื่อมได้	2.53	0.63	มาก
6. การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ (นั่ง นอน ยืน เดิน ใช้ห้องน้ำ) และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในชีวิต ประจำ วัน ไม่สามารถทำได้ ต้องให้ผู้ดูแล หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้การช่วยเหลือ	2.27	0.70	ปานกลาง
7. การลดน้ำหนักจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเสื่อมได้มาก	2.43	0.57	มาก
8. เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยได้	2.80	0.41	มาก
9. ผู้ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมสามารถออกกำลังกายได้เหมือนคนปกติทั่วไป	1.50	0.73	ปานกลาง
10. การประพฤตปฏิบัติในการดูแลเข้าต้องเริ่มจากตัวองก่อนเสมอ	3.00	0.00	มาก

### ผลการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.70 รองลงมา คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.67 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.57

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.73 และคือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.63

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.67 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.50 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.37 รองลงมา คือ ข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 1.30

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 2.23 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 2.17 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.77 รองลงมา คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.87 ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>			
1. การไม่รับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น อาหารทอด	1.57	0.50	น้อย
2. การไม่รับประทานอาหารหวาน เช่น ทองหยิบ	1.67	0.67	น้อย
3. การไม่รับประทานผักและผลไม้ที่มีสีส้มและรสเปรี้ยว เช่น มะละกอ ส้ม	1.70	0.70	น้อย
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>			
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที	1.63	0.49	น้อย

ตาราง 6 (ต่อ)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
2. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 30 นาที เช่น การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา	1.73	0.45	น้อย
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม</b>			
1. ไม่นั่งในท่าที่มีการพับข้อเข่า เช่น นั่งพับเพียบ นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ	1.50	0.51	น้อย
2. หลีกเลี่ยงการอยู่ในอิริยาบถเดี่ยวนาน ๆ เกิน 1 ชั่วโมง	1.37	0.49	น้อย
3. ไม่ยกของหนัก ๆ	1.67	0.71	น้อย
4. ไม่เดินขึ้นลงบันไดหรือพื้นที่ลาดชัน	1.30	0.47	น้อย
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวด</b>			
1. ประคบความเย็นเมื่อข้อเท้าบวมแดง	2.17	0.75	ปานกลาง
2. ประคบความร้อนเมื่อปวดข้อเข่า	1.67	0.66	น้อย
3. หยุดพักการใช้ข้อเข่าเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า	1.87	0.34	น้อย
4. ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินเช่นไม้เท้า	2.23	0.43	ปานกลาง

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการรับประทานอาหารหลังให้โปรแกรมข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.80 รองลงมา คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.77 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.67

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการออกกำลังกายหลังให้โปรแกรมข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.77 และคือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.67

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมหลังให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.80 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.63 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2 และ ข้อ-3 คะแนนเฉลี่ย 1.47

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดหลังให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 2.37 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 2.27 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.67 รองลงมา คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.03 ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแล  
 เข้าตนเองหลังให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>			
1. การรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น อาหารทอด	1.67	0.48	น้อย
2. การรับประทานอาหารหวาน เช่น ทองหยิบ	1.77	0.63	น้อย
3. การรับประทานอาหารผักและผลไม้ที่มีสีส้มและรสเปรี้ยว เช่น มะละกอ ส้ม	1.80	0.67	น้อย
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>			
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที	1.67	0.48	น้อย
2. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 30 นาที เช่น การฝึก เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา	1.77	0.43	น้อย
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม</b>			
1. นั่งในท่าที่มีการพับข้อเข่า เช่น นั่งพับเพียบ นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ	1.63	0.49	น้อย
2. หลีกเลี่ยงการอยู่ในอิริยาบถเดียนาน ๆ เกิน 1 ชั่วโมง	1.47	0.51	น้อย
3. ยกของหนัก ๆ	1.80	0.71	น้อย
4. เดินขึ้นลงบันไดหรือพื้นที่ลาดชัน	1.47	0.57	น้อย
<b>พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง</b>			
<b>ด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวด</b>			
1. ประคบความเย็นเมื่อข้อเท้าบวมแดง	2.27	0.64	ปานกลาง
2. ประคบความร้อนเมื่อปวดข้อเข่า	1.77	0.63	น้อย
3. หยุดพักการใช้ข้อเข่าเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า	2.03	0.56	น้อย
4. ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินเช่นไม้เท้า	2.37	0.49	ปานกลาง

### ผลการประเมินสภาพข้อเช่า

ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเช่า วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมโดยใช้ สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเช่า ก่อนให้โปรแกรม ข้อที่มีค่าการประเมินมากที่สุด คือ ข้อ 12 คะแนนเฉลี่ย 3.00 รองลงมา คือ ข้อ 3 และข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 2.80 และ 2.63 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าการประเมินน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 11 คะแนนเฉลี่ย 1.80 รองลงมา คือ ข้อ 4 และข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.83 และ 1.93 ตามลำดับ ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบประเมินสภาพข้อเช่า ก่อนให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ลักษณะอาการเจ็บปวดข้อ	1.93	0.64	ปานกลาง
2. มีปัญหาเรื่องข้อในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง หรือไม่ เช่น การยืนอาบน้ำเป็นต้น	2.33	0.71	ปานกลาง
3. มีปัญหาเรื่องข้อ เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทาง	2.80	0.71	ปานกลาง
4. ระยะเวลาานเท่าไรที่เดินได้มากที่สุดก่อนที่จะมีอาการปวดข้อ	1.87	0.68	รุนแรง
5. หลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกขึ้นจากเก้าอี้ นั่ง เขามีอาการ	2.17	0.59	ปานกลาง
6. ต้องเดินโยกตัว (เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่ เกิดจากข้อ	2.13	0.57	ปานกลาง
7. สามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้	2.00	0.59	ปานกลาง
8. เคยมีปัญหาปวดข้อในขณะที่นอนตอนกลางคืน	2.00	0.87	ปานกลาง
9. ในขณะที่ทำงาน/ทำงานบ้าน มีอาการปวดข้อ	2.13	0.68	ปานกลาง
10. เคยมีความรู้สึกว้าว้าวหรือหมดแรงที่ข้อหรือหมดแรงที่ข้อ	2.63	0.89	ปานกลาง
11. สามารถไปซื้อของใช้ต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง	1.80	0.71	รุนแรง
12. สามารถลงบันไดได้	3.00	0.83	ปานกลาง

ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้โปรแกรม ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้โปรแกรม ข้อที่มีค่าการประเมินมากที่สุด คือ ข้อ 12 คะแนนเฉลี่ย 3.17 รองลงมา คือ ข้อ 3 และข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 2.90 และ 2.67 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าการประเมินน้อยที่สุด คือ ข้อ 4 และ ข้อ 11 คะแนนเฉลี่ย 1.97 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 2.07 ดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้โปรแกรม จำแนกรายข้อ

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ลักษณะอาการเจ็บปวดข้อ	2.07	0.70	ปานกลาง
2. มีปัญหาเรื่องข้อในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง หรือไม่ เช่น การยืนอาบน้ำเป็นต้น	2.33	0.66	ปานกลาง
3. มีปัญหาเรื่องข้อ เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทาง	2.90	0.71	ปานกลาง
4. ระยะเวลานานเท่าไรที่เดินได้มากที่สุดก่อนที่จะมีอาการปวดข้อ	1.97	0.77	ปานกลาง
5. หลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกขึ้นจากเก้าอี้ นั่ง เขามีอาการ	2.20	0.61	ปานกลาง
6. ต้องเดินโยกตัว (เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่เกิดจากข้อ	2.33	0.57	ปานกลาง
7. สามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้	2.13	0.63	ปานกลาง
8. เคยมีปัญหาปวดข้อในขณะที่นอนตอนกลางคืน	2.10	0.89	ปานกลาง
9. ในขณะที่ทำงาน/ทำงานบ้าน มีอาการปวดข้อ	2.27	0.74	ปานกลาง
10. เคยมีความรู้สึกว้าวุ่นหรือหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง	2.67	0.80	ปานกลาง
11.สามารถไปซื้อของใช้ต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง	1.97	0.77	ปานกลาง
12.สามารถลงบันไดได้	3.17	0.83	ปานกลาง

## ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข่า และสภาพเข่าของผู้สูงอายุ

### ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้โปรแกรม

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข่าตนเอง วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ Paired sample t- test ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

การทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลเข่าตนเอง ก่อนให้โปรแกรม คือ 5.13 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลเข่าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 7.87 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้การดูแลเข่าตนเอง ทั้งก่อนเรียนและหลังเรียนเท่ากัน คือ 1.20 ค่า t คือ 13.10 และผลการทดสอบคะแนนความรู้การดูแลเข่าตนเอง หลังให้โปรแกรม สูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
ความรู้ก่อนให้โปรแกรม	30	5.13	1.20	13.10	.000**
ความรู้หลังให้โปรแกรม	30	7.87	1.20		

### ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนและหลังให้โปรแกรม

ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข่าตนเอง วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

การทดสอบทัศนคติการดูแลเข่าตนเองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ การดูแลเข่าตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 20.40 ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการดูแลเข่าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 23.87 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทัศนคติการดูแลเข่าตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 1.75 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทัศนคติการดูแลเข่าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 2.17 ค่า t คือ 7.76 และผลการทดสอบคะแนนทัศนคติต่อการดูแลเข่าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
ทัศนคติก่อนให้โปรแกรม	30	20.40	1.75	7.76	.000**
ทัศนคติหลังให้โปรแกรม	30	23.87	2.17		

### ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังให้โปรแกรม

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมโดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม 4.93 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 5.23 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 1.08 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 0.86 ค่า t คือ 3.53 และผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมต่อการดูแลเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.001$ ) ดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	30	4.93	1.08	3.53	.001
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	30	5.23	0.86		

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม 3.36 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 3.43 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้า

ตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 0.61 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 0.57 ค่า t คือ 1.44 และผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมต่อการดูแลเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมและก่อนให้โปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 13

**ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังให้โปรแกรม**

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	30	3.37	0.61	1.44	0.161
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	30	3.43	0.57		

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม 5.83 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 6.37 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 1.14 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 1.07 ค่า t คือ 4.29 และผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมต่อการดูแลเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังตาราง 14

**ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม ก่อนและหลังให้โปรแกรม**

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	30	5.83	1.14	4.29	.000**
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	30	6.37	1.07		

#### 4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม 7.93 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 8.43 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 1.11 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 1.13 ค่า  $t$  คือ 7.64 และผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมต่อการดูแลเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.001$ ) ดังตาราง 15

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	30	8.43	1.33	3.75	.001
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	30	7.93	1.11		

การทดสอบพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม 22.07 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 23.47 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม คือ 1.76 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม คือ 1.87 ค่า  $t$  คือ 7.64 และผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมต่อการดูแลเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังตาราง 16

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังให้โปรแกรม

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
พฤติกรรมก่อนให้โปรแกรม	30	22.07	1.76	7.64	.000**
พฤติกรรมหลังให้โปรแกรม	30	23.47	1.87		

### ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประเมินสภาพข้อเข้า ก่อนและหลังให้โปรแกรม

ข้อมูลสภาพข้อเข้า วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมโดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

การประเมินสภาพข้อเข้าจากแบบประเมินสภาพข้อเข้ากลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพข้อเข้าก่อนให้โปรแกรม 26.80 ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพข้อเข้าหลังให้โปรแกรม คือ 28.00 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสภาพข้อเข้าก่อนให้โปรแกรม คือ 2.62 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสภาพข้อเข้าหลังให้โปรแกรม คือ 2.44 ค่า t คือ 4.70 และผลการประเมินสภาพข้อเข้าจากแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพข้อเข้าก่อนและหลังการให้โปรแกรม

การทดสอบ	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	T	Sig.
สภาพข้อเข้าก่อนให้โปรแกรม	30	26.80	2.62	4.70	.000**
สภาพข้อเข้าหลังให้โปรแกรม	30	28.00	2.44		

## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้าของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุ ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้าของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบสภาพข้อเข้าของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง (self-care) แบบกลุ่มเดียว วัดสองครั้ง (One group Pretest- Posttest Design) ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired sample t-test

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะดังต่อไปนี้ เพศชาย กับเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 อายุมากที่สุดอยู่ที่ 71-80 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ 60 -70 ปี ร้อยละ 40.00 และน้อยที่สุด คือ 81 ปีขึ้นไปร้อยละ 10 รายได้ต่อเดือน มากที่สุดอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 33.33 และ น้อยที่สุด คือ มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 6.67 ระดับการศึกษา มากที่สุดประถมศึกษา ร้อยละ 46.66 รองลงมา คือ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 36.67 และน้อยที่สุด คือสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 16.67

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้า และสภาพข้อเข้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 0.67 รองลงมา คือ ข้อ 5 และ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 0.63 และ 0.60 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือข้อที่ 7 คะแนนเฉลี่ย 0.27 รองลงมา คือ ข้อ 9 และข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 0.40 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม ข้อที่ตอบถูก มากที่สุด คือ ข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 0.87 รองลงมา คือ ข้อ 5-ข้อ 3 ข้อ 7 และข้อ 9 คะแนน



3112914731

เฉลี่ย 0.83 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ย 0.67 รองลงมา คือ ข้อ 2 และ ข้อ 8 คะแนนเฉลี่ย 0.73

ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองก่อนให้โปรแกรม ข้อที่มีความเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 3.00 รองลงมา คือ ข้อ 8 และข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 2.73 และ 2.13 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 9 คะแนนเฉลี่ย 1.60 รองลงมา คือ ข้อ 3 และข้อ 6 คะแนนเฉลี่ย 1.67 และ 1.73 ตามลำดับข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองหลังให้โปรแกรม ข้อที่มีความเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 3.00 รองลงมา คือข้อ 8 และข้อ 5 คะแนนเฉลี่ย 2.80 และ 2.53 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 9 คะแนนเฉลี่ย 1.50 รองลงมา คือ ข้อ 2 และข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.23 และ 2.33 ตามลำดับ

ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการรับประทานอาหารก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.70 รองลงมา คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.67 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.57 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.73 และคือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.63 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.67 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.50 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.37 รองลงมา คือ ข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 1.30 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง ด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดก่อนให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 2.23 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 2.17 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.77 รองลงมา คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการรับประทานอาหารหลังให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.80 รองลงมา คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.77 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.67 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการออกกำลังกายหลังให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.77 และคือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.67 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมหลังให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 1.80 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.63 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2 และ ข้อ-3 คะแนนเฉลี่ย 1.47 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเองด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวดหลังให้โปรแกรม ข้อที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ข้อ 4 คะแนนเฉลี่ย 2.37 รองลงมา คือ ข้อ 1

คะแนนเฉลี่ย 2.27 ส่วนข้อที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 1.67 รองลงมา คือ ข้อ 3 คะแนนเฉลี่ย 2.03

ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข้า ก่อนให้โปรแกรม ข้อที่มีค่าการประเมินมากที่สุด คือ ข้อ 12 คะแนนเฉลี่ย 3.00 รองลงมา คือ ข้อ 3 และข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 2.80 และ 2.63 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าการประเมินน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 11 คะแนนเฉลี่ย 1.80 รองลงมา คือ ข้อ 4 และข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.83 และ 1.93 ตามลำดับ ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้โปรแกรมข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข้า หลังให้โปรแกรม ข้อที่มีค่าการประเมินมากที่สุด คือ ข้อ 12 คะแนนเฉลี่ย 3.17 รองลงมา คือ ข้อ 3 และข้อ 10 คะแนนเฉลี่ย 2.90 และ 2.67 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าการประเมินน้อยที่สุด คือ ข้อ 4 และ ข้อ 11 คะแนนเฉลี่ย 1.97 รองลงมา คือ ข้อ 1 คะแนนเฉลี่ย 2.07

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการดูแลข้อเข้า และสภาพข้อเข้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์คะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการทดสอบความรู้การดูแลข้อเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )

ผลการทดสอบทัศนคติต่อการดูแลข้อเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )

ผลการทดสอบพฤติกรรมต่อการดูแลข้อเข้าตนเองด้านพฤติกรรมดูแลข้อเข้าตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.001$ )

ผลการทดสอบพฤติกรรมดูแลข้อเข้าตนเองด้านการออกกำลังกาย หลังให้โปรแกรมและก่อนให้โปรแกรมไม่แตกต่างกัน

ผลการทดสอบพฤติกรรมดูแลข้อเข้าตนเองก่อนด้านกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )

ผลการทดสอบพฤติกรรมดูแลข้อเข้าตนเองด้านการบรรเทาอาการเจ็บปวด หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.001$ )

ผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมต่อการดูแลข้อเข้าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )

ผลการประเมินสภาพข้อเข่าจากแบบประเมินสภาพข้อเข่า หลังให้โปรแกรมสูงกว่า ก่อนให้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษานี้สามารถสรุปผลการประเมินได้ ดังนี้

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข่าตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลเข่าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ยวดี สารบูรณ์ et al. (2557) พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากับ 6.03 คะแนน จาก 10 คะแนน ซึ่งร้อยละ 70.6 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมต่ำกว่าร้อยละ 60

ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลเข่าตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการดูแลเข่าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุภาณี สนธิรัตน์ (2556) พบว่า ระดับคะแนนโดยรวมและรายด้านของทัศนคติต่อการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเข่าตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเข่าตนเอง หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิพัฒน์ เพิ่มพูน (2553) พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง เนื่องจากในผู้ป่วยมีอาการมากกว่า อาจมีการดูแลตนเองดีกว่า และสอดคล้องกับการวิจัยของ นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2557) พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งในกลุ่มทดลองพบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อมูลแบบประเมินสภาพข้อเข่า แบบประเมินสภาพข้อเข่า โดยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพข้อเข่า หลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ การวิจัยของ รังสิยา นารินทร์ et al. (2557) พบว่า อาการปวดข้อเข่าหลังให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยะพล พูลสุข และคณะ (2561) พบว่า ความสามารถในการใช้งานของข้อเข่า และช่วงเวลา

ในการลูกเดิน ความปวดของข้อเข่า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของข้อเข่าลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าตนเอง เพื่อให้ผลงานวิจัยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรปรับวิธีการให้ความรู้ในโปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจได้ง่ายขึ้น จะส่งผลต่อระดับทัศนคติเพิ่มขึ้นด้วย

2. พฤติกรรมการดูแลข้อเข่าตนเอง เพื่อให้ผลงานวิจัยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรเพิ่มกระบวนการในการติดตามหรือดูแลให้มากขึ้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือบุคคลในครอบครัว

3. สภาพข้อเข่า ด้วยพยาธิสภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อม ควรเพิ่มกระบวนการดูแลข้อเข่า อย่างหลากหลายวิธีในโปรแกรม เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. ควรสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมในการดูแลข้อเข่าผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนของผู้ดูแลในครอบครัว หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อสม. หรือภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกับการดูแลข้อเข่าตนเอง

## ภาคผนวก



3112914731

UP Theses 59059424 independent study / recv: 25072561 00:20:05 / seq: 7

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม



แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเอง  
ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเท้าของผู้สูงอายุ  
ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

แบบสอบถามชุดนี้เป็นเป็นส่วนหนึ่งตามหลักสูตรปริญญาโท  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

ดังนั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน กรุณาตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์  
ข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบมาจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับงานวิจัยครั้งนี้  
ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามครั้งนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำแนะนำ: กรุณาตอบแบบสอบถาม ใช้เครื่องหมาย (✓) โดยเลือกตัวเลือก ที่ตรงกับคำตอบ และความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด

#### 1. เพศ

<input type="checkbox"/>	ชาย
<input type="checkbox"/>	หญิง

#### 2. อายุ

ระบุอายุ.....

#### 3. รายได้ต่อเดือน

ระบุรายได้.....

#### 4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/>	ไม่ได้ศึกษา
<input type="checkbox"/>	ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/>	มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/>	อนุปริญญา
<input type="checkbox"/>	ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/>	สูงกว่าปริญญาตรี

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลเข้าตนเอง

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้เป็นคำถามแบบเลือกตอบ คำถามแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว โปรดตอบคำถามโปรดตอบคำถามโดยใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อที่คิดว่าถูก

คำตอบ		คำถาม
ถูก	ผิด	
		1. โรคข้อเสื่อมคือ อาการเจ็บปวด หากข้อเข้ามีการอักเสบก็จะมีอาการสร้างน้ำข้อเข้าเพิ่มทำให้เกิดการบวม ตึง
		2. ถึงแม้จะได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นโรคข้อเข้าเสื่อมจะดำเนินไปเรื่อย ๆ อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข้าผิดรูป เดินไม่ได้
		3. การนั่งคุกเข่า พับเพียบ ชัดสมาธิ ขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ ไม่มีส่วนทำให้เกิดข้อเข้าเสื่อม
		4. ข้อเข้าหลวม กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง เป็นความบกพร่องของส่วนประกอบของข้อ
		5. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เก๊าท์ ข้ออักเสบติดเชื้อ โรคของต่อมไร้ท่อ เป็นโรคอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดข้อเข้าเสื่อม
		6. ยาลดอาการปวด เช่น ยา paracetamol ไม่ได้แก้อาการอักเสบ พอหมดฤทธิ์ยา ก็ปวด
		7. ยาแก้อักเสบ steroid เมื่อนำมาฉีดเข้าข้อจะทำให้ข้อเข้าเสื่อมเร็วขึ้น
		8. ลดอาการปวด ลดการอักเสบของข้อ เป็นการลดอาการชั่วคราวเท่านั้น ไม่ได้ส่งเสริมให้ข้อสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือป้องกันข้อไม่ให้ถูกทำลายมากยิ่งขึ้น
		9. การนอนมข้อเข้าสำหรับการนอน ควรนอนบนเตียงสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนราบกับพื้น
		10. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่มีความสำคัญมากจะช่วยชะลอข้อเข้าเสื่อมได้ โดยป้องกันแรงกดดันที่ข้อในขณะที่ใช้ข้อเข้าในการลุกขึ้น

## ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลเข้าตนเอง

**คำชี้แจง:** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองของท่าน โปรดตอบคำถามโปรดตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องว่างให้ตรงกับการปฏิบัติตัวของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยถือตามเกณฑ์นี้

1. เห็นด้วย หมายถึง ข้อความทั้งหมดตรงตามความคิดเห็นของท่าน
2. ไม่แน่ใจ หมายถึง มีข้อความบางส่วนหรือหลายข้อความไม่ตรงตามความคิดเห็นของท่าน
3. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความทั้งหมดไม่ตรงตามความคิดเห็นของท่าน

กิจกรรม	ระดับทัศนคติในการดูแลเข้าตนเอง		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การป้องกัน ดูแล รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นเรื่องที่ยากต่อการประพฤติปฏิบัติ			
2. การใช้ยาเพื่อเบาเทาหรือรักษาอาการข้อเข่า สะดวกและง่ายกว่าการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือดูแลตนเอง			
3. โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ดังนั้นไม่จำเป็นต้องรักษาก็ได้			
4. เมื่อมีอาการของข้อเข่าในระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดเมื่อยทำงานหรือใช้ข้อเข่ามาก ๆ จำเป็นที่จะต้องประพฤติปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทันที			
5. โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถปฏิบัติ ตัวเหมาะสม เพื่อถนอมข้อเพื่อชะลอความเสื่อมได้			
6. การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ(นั่ง นอน ยืน เดิน ใช้ห้องน้ำ) และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองได้ ต้องให้ผู้ดูแล หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้การช่วยเหลือ			
7. การลดน้ำหนักจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเสื่อมได้มาก			

กิจกรรม	ระดับทัศนคติในการดูแลเข้าตนเอง		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
8. เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยได้			
9. ผู้ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมสามารถออกกำลังกายได้เหมือนคนปกติทั่วไป			
10. การประพุดปฏิบัติในการดูแลเข้าต้องเริ่มจากตัวองก่อนเสมอ			

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเอง

**คำชี้แจง:** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลเข้าตนเองของท่าน โปรดตอบคำถามโปรดตอบคำถามโดยใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องว่างให้ตรงกับกรปฏิบัติตัวของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยถือตามเกณฑ์นี้

1. ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์
2. ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
3. ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

กิจกรรม	ข้อความ	ระดับพฤติกรรมในการดูแลเข้าตนเอง		
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
การรับประทาน อาหาร	1. การรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น อาหารทอด			
	2. การรับประทานอาหารหวาน เช่น ทองหยิบ			
	3. การรับประทานผักและผลไม้ที่มีสีส้ม แลรสเปรี้ยว เช่น มะละกอ ส้ม			

กิจกรรม	ข้อความ	ระดับพฤติกรรมในการดูแล เข้าตนเอง		
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
การออกกำลังกาย	1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที			
	2. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 30 นาที เช่น การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา			
กิจกรรมที่ไม่เหมาะสม	1. นั่งในท่าที่มีการพับข้อเข่า เช่น นั่งพับเพียบ นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ			
	2. หลีกเลี่ยงการอยู่ในอิริยาบถเดิมนาน ๆ เกิน 1 ชั่วโมง			
	3. ยกของหนัก ๆ			
	4. เดินขึ้นลงบันไดหรือพื้นที่ลาดชัน			
การบรรเทาอาการเจ็บปวด	1. ประคบความเย็นเมื่อข้อเท้าบวมแดง			
	2. ประคบความร้อนเมื่อปวดข้อเข่า			
	3. หยุดพักการใช้ข้อเข่าเมื่อมีอาการปวดข้อเข่า			
	4. ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินเช่นไม้เท้า			

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)

โปรดเลือก โดยใช้เครื่องหมาย (X) หน้าหัวข้อที่ตรงกับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุด ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ให้ท่านบรรยายลักษณะอาการเจ็บปวดเข่าของท่าน

<input type="checkbox"/>	ไม่มีอาการปวดเข่า
<input type="checkbox"/>	อาการปวดสักๆที่เข่าเล็กน้อย เฉพาะเวลาขยับตัวหรืออยู่ในบางท่าเท่านั้น
<input type="checkbox"/>	หลังใช้งานนาน อาการปวดเข่ามากขึ้น พักแล้วดีขึ้น เป็นๆหายๆ
<input type="checkbox"/>	อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ปวดนานขึ้น
<input type="checkbox"/>	อยู่เฉยๆ ก็ปวดมาก ขยับไม่ได้

2. ท่านมีปัญหาเรื่องเข่าในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตัวเอง หรือไม่ เช่น การยืนอาบน้ำ เป็นต้น



3112914731

	ไม่มีปัญหา
	มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืด/ตึงขัดเล็กน้อย แต่น้อยมาก
	มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืด/ตึงขัดเล็กน้อย บ่อยครั้ง
	เริ่มมีปัญหา ทำด้วยความยากลำบาก
	ไม่สามารถทำได้

3. ท่านมีปัญหาเรื่องเข่า เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทางหรือไม่

	ไม่มีอาการใด ๆ
	มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดเล็กน้อย แต่ก้าวขึ้นลงได้ปกติ
	มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืด ก้าวขึ้นลงได้ช้ากว่าปกติ
	มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ก้าวขึ้นลงได้ด้วยความลำบาก
	ไม่สามารถทำได้

4. ระยะเวลาที่ท่านเดินได้มากที่สุดก่อนที่ท่านจะมีอาการปวดเข่า

	เดินได้เกิน 1 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการอะไร
	เดินได้ 16-60 นาที เริ่มมีอาการปวด
	เดินได้เพียง 5-15 นาที เริ่มมีอาการปวด
	เดินได้แค่รอบบ้านเท่านั้น เริ่มมีอาการปวด
	ทำไม่ได้และเดินไม่ไหว

5. หลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกขึ้นจากเก้าอี้ นั่ง เข่าของท่านมีอาการอย่างไร

	ไม่มีอาการ
	มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดเล็กน้อย
	มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดปานกลาง
	มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ลุกขึ้นยืนได้ด้วยความลำบาก
	ปวดมาก ไม่สามารถลุกขึ้นได้

6. ท่านต้องเดินโยกตัว(เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่เกิดจากเข่าของท่าน หรือไม่

	ไม่เคย
	ในช่วง 2-3 ก้าวแรก ที่ออกเดินเท่านั้น
	เป็นบางครั้ง
	เป็นส่วนใหญ่
	ตลอดเวลา

7. ท่านสามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้หรือไม่

	ลุกได้ง่าย
	ลุกได้ ลำบากเล็กน้อย
	ลุกได้แต่ยากขึ้น
	ลุกได้แต่ยากลำบากมาก
	ลุกไม่ไหว

8. ท่านเคยมีปัญหาปวดเข่าในขณะที่นอนตอนกลางคืนหรือไม่

	ไม่เคย
	ใน 1 เดือนมี 1-2 ครั้ง
	บางครั้ง
	ส่วนมาก
	ทุกคืน

9. ในขณะที่คุณทำงาน/ทำงานบ้าน ท่านมีอาการปวดเข่าหรือไม่

	ไม่มี
	น้อยมาก
	บางครั้ง
	ส่วนมาก
	ตลอดเวลา

10. ท่านเคยมีความรู้สึกว้าวุ่นว่าเข่าของท่านทรุดลงทันทีหรือหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง

	ไม่เคย
	ในช่วงแรกที่ก้าวเดิน เท่านั้น
	บางครั้ง
	ส่วนมาก
	ตลอดเวลา

11. ท่านสามารถไปซื้อของใช้ต่าง ๆ ได้ด้วยตัวท่านเอง

	ได้เป็นปกติ
	ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย
	ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น
	พอไปได้ แต่ด้วยความยากลำบากมาก
	ไปไม่ไหว

12. ท่านสามารถเดินลงบันไดได้หรือไม่

	เดินลงได้ เป็นปกติ
	เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย
	เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น
	เดินลงได้ด้วยความยากลำบากมาก
	เดินลงไม่ได้

## บรรณานุกรม

- American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS]. (2013). Treatment of osteoarthritis of the knee:evidence-based guideline (2<sup>nd</sup> ed.). Illinois: American Academy of Orthopedic Surgeons.
- honestdoc. (2017). โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 19 มิถุนายน 2560, จาก <https://www.honestdocs.co/osteoarthritis>.
- Likiratcharoen, S. (2000). Meta-analysis of educative-supportive intervention research for diabetic patient in Thailand. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand. N.P.: n.p.
- กร การันตี. (2555). ทศนคติ หมายถึง อะไร. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.richtraining.com>.
- กิตติ จิระรัตน์โพธิ์ชัย. (2558). ข้อเสื่อม เข่าเสื่อม (Osteoarthritis). สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560, จาก <http://haamor.com/th>.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. (2556). การจัดการความรู้. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก <http://www.western.ac.th>.
- คลังความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ. (2560). ทฤษฎีการสูงอายุ สารบททวนบทที่ 3 ความรู้. สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2560, จาก <https://pckage.weebly.com>.
- จำเรียง จันทรประภา. (2558). body of knowledge – knowledge – Knowledge management. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.royin.go.th>.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2555). สวมห้อยขาปลดทุกข์”ชี้มีผลดี ป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมได้ สำนักงานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2560, จาก [http://beid.ddc.moph.go.th/th\\_2011/news.php?items=680](http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?items=680).
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2560). บทความวิชาการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2560, จาก [http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440\\_0002.PDF](http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF).
- ชญญาวีร์ ไชยวงศ์, วิระกาญจน์ สุเมธานุรักษ์กุล, & ดาราพร รักหน้าที่. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพทางกายและการลดความเจ็บปวดของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร, 42(3). สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก <https://tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/76737>.

- ชัยโย อนุเกตุ. (2559). **โรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2560, จาก <https://www.atlantamedicare.co.th>.
- ชัยณพวงศ์ โคตรบัณฑิต. (2554). **พฤติกรรมมนุษย์: Behavior**. สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.gotoknow.org>.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูรณ์. (2552). **ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า**. สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2560, จาก <http://ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>.
- ทีมสหสาขาวิชาชีพ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2554). **คู่มือดูแลตัวเองโรคข้อเข่าเสื่อม ฉบับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสหสาขาวิชาชีพ**. จังหวัดชลบุรี: ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- ธวัช เหลืองวสุธา. (2557). **ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท คอทท์แก๊สทอลเวอร์ส จำกัด จังหวัดระยอง**. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560, จาก <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2557/20009.pdf>.
- ธิดารัตน์ มิ่งสมร. (2561). **การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ สำนักงานกองสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th>.
- นงพิมล นิมิตรอนันต์. (2557). **สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยง โรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย**. สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2560, จาก <https://tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30482>.
- นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุภาณี สนธิรัตน์. (2556). **เรื่องทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิต ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอภักดีบวรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี**. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 39(2).
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**. *สภาวะการพยาบาล*, 29(2). สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/21126>.
- นัฐวุฒิ วิวรรณวงศ์. (2554). **ต้นทุนโดยตรงของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์**. *เชียงรายเวชสาร* ปี 2554, 3(2), 61-67.
- นันทนา สำเภา. (2554). **ความหมายของพฤติกรรม**. สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.nana-bio.com/e-learning/Behavior/behavior.html>.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.



3112914731

UP-Thes1s 59059424 Independent study / recv: 25072561 00:20:05 / seq: 7

- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2555). **ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem 1983**. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115427>.
- ปรเมศร์ กลิ่นหอม. (2552). **องค์ประกอบของพฤติกรรมมนุษย์**. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2560, จาก <http://hbdkru.blogspot.com/2009/12/3.html>.
- ประภัสสร ทองยืนดี. (2558). **แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge Management)**. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.stou.ac.th>.
- ปิยะพล พูลสุข และคณะ. (2561). **ประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2561, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tmj/article/download/116949/89867/>.
- พจนานุกรม แปล ไทย-ไทย ราชบัณฑิตยสถาน. (2561a). **ความหมายของความรู้**. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2561, จาก <https://dictionary.sanook.com>.
- พจนานุกรม แปล ไทย-ไทย ราชบัณฑิตยสถาน. (2561b). **ความหมายของทัศนคติ**. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2561, จาก <https://dictionary.sanook.com>.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). **ผู้สูงอายุ (Older person)**. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2561, จาก <http://haamor.com/th>.
- พิพัฒน์ เพิ่มพูน. (2553). **ความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2560, จาก [http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Phiphat\\_Phermpool/fulltext.pdf](http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Phiphat_Phermpool/fulltext.pdf).
- พิมนิรัตน์ สิริวัตสุทธิ์. (2558). **การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม**. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2560, จาก <https://prezi.com/xh4dbc28xwtw/presentation>.
- เพ็ญแข ลากยี่ง. (2553). **การพัฒนาเครื่องมือ: การวัดทัศนคติ/ความเชื่อ/ความเห็น/ความพึงพอใจ**. สืบค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.gotoknow.org>.
- แพรวภัทร ยอดแก้ว. (2555). **ทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude)**. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.gotoknow.org>.
- ไพจิตรต์ อัครธนบดี. (2553). **แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee)**. ม.ป.ท.: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย.
- ภัทรวัฒน์ วรธนารัตน์. (2555). **วิถีชีวิตกับโรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.ebooks.in.th/>.

- มานัส ปันหล้า. (2561). **ความหมายของความรู้**. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.gotoknow.org>.
- ยุวดี สารบูรณ์, สุภาพ อารีเอื้อ, & สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ. (2557). **อาการโรคข้อเข่าเสื่อมความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2560, จาก [http://www.kmutt.ac.th/jif/public\\_html/article\\_detail.php?ArticleID=141536](http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=141536).
- รังสิยา นารินทร์, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, & วราภรณ์ บุญเชียง. (2557). **การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2560, จาก <https://tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/43577>.
- รุจา ภูโพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ในกรุงเทพฯ. (2561). **โรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2561, จาก <https://www.bumrungrad.com/th/joint-replacement-surgery-center-bangkok-thailand/conditions/knee-osteoarthritis>.
- วรากร จริงจิตร. (2561). **เมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นเมื่อ 19 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.cmed.cmu.ac.th/th>.
- ศศิธร ศรีศักดิ์ดา. (2556). **การจัดการความรู้**. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2560, จาก <http://km070.blogspot.com>.
- ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. (2559). **แนวปฏิบัติผ่านข้อเข่าเสื่อม กระจายอำนาจให้เขตช่วยผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา**. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.nhso.go.th>.
- ศิริพร รักทอง. (2558). **พฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าของมนุษย์และสัตว์**. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2560, จาก <http://lerlytuk.blogspot.com/>.
- ศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์. (2559). **โรคข้อเข่าเสื่อมและวิธีการถนอมข้อเข่าเทียม กรุงเทพมหานคร**. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.bangkokhospital.com/index.php/th>.
- ศูนย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา. (2555). **โรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2561 <https://www.bangkokpattayahospital.com/th/hospital-news-th/health-articles-th/item/359-osteoarthritis-in-older-people-th.html>.
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2557). **ประเภทความรู้**. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.nstda.or.th>.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2560). **ข้อมูล HDC Data center**. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2560.  
จาก <http://www.pyomoph.go.th/>.
- สุภารัตน์ เป้ทุ่ง. (2555). **องค์ประกอบทัศนคติ**. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560, จาก  
<https://sites.google.com>.
- สุภาพ อารีเอื้อ, & นภาพรณ ปิยขจรโรจน์. (2551). **ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลัง  
กายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน**. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก [https://tci-  
thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2535](https://tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2535).
- แสวง รวยสูงเนิน. (2555). **การจัดการความรู้ 4 ระดับ**. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2560, จาก  
<https://www.gotoknow.org>.
- โสมรัชช วิไลยุค. (2558). กระจุกและข้อดูแลได้. **นิตยสารอิเล็กทรอนิกส์ราย 2 เดือน**, 21, (3-4).
- อรรถเดช สรสุชาติ. (2558). **ทัศนคติ ความหมาย และความสำคัญ**. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560, จาก  
<http://www.bangkokbiznews.com/>.
- อาภรณ์ รัช. (2560). **พฤติกรรม สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. สืบค้นเมื่อ 19  
สิงหาคม 2560, จาก <http://www.scimath.org>.
- อารี ตनावลี. (2555). **เอกสารประกอบการสอน การประเมินและตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยปัญหา  
ปวดเข้าในผู้ใหญ่**. ม.ป.ท.: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ชนกร แสนบ้าน
วัน เดือน ปี เกิด	10 มกราคม 2537
สถานที่เกิด	จังหวัดน่าน
วุฒิการศึกษา	สาขารณสุขศาสตรบัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	207 หมู่ 6 ตำบลเชียงม่วน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา
ผลงานตีพิมพ์	ชนกร แสนบ้าน (ผู้บรรยาย). (16 มิถุนายน 2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลข้อเข้าของผู้สูงอายุ. ใน รายงานสืบเนื่องจากการประชุมทางวิชาการบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 4 (หน้า 54-63). พะเยา: กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา.



3112914731