# ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

# The Effectiveness of Health Education Program for Promoting Self-care Behaviors in Patients with Total Knee Arthroplasty in Phramongkutklao Hospital

## คำนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวข้อหรือสึกหรอตามการใช้งาน เป็นโรคที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุของไทยโดยยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรค แต่สันนิษฐานว่ามีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน รูปร่างที่ผิดปกติ การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า เข่าถูกใช้งานมากเกินไปเนื่องจากพฤติกรรม และวิถีชีวิตของธรรมชาติ และสังคมไทย ซึ่งเป็นการเพิ่มแรงกดภายในข้อเข่า เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ การขึ้นลงบันได และการนั่งสมาธิ นอกจากนี้ความอ้วนและกรรมพันธุ์ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อเข่า (ธำรงรัตน์, 2545)

อาการของโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการปวดเข่า ข้อเข่าติด มีความผิดปกติของท่าเดินทำให้เดินลำบากหรือเดินไม่ไหว ซึ่งมีสาเหตุจากอาการปวด ข้อติดผิดรูป การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างลดลงหรือทำไม่ได้ ถ้าทิ้งไว้นาน ๆ จะมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรม มีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังทรมานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานและต่อเนื่อง เพื่อที่จะควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลาม และรุนแรงมากขึ้น ส่วนภาวะด้านจิตใจคือเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายจะส่งผลให้ความสามารถในการทำงานหรืออื่น ๆ ลดน้อยลง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อีกทั้งถ้าภาพลักษณ์เปลี่ยนไปกระดูกงอผิดรูปทำให้ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม เกิดการแยกตัวจากสังคม และในรายที่มีการดำเนินของโรครุนแรงจะมีการทำลายข้อเข่าไปมาก ต้องรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงราคา 60,000 บาท จนถึง 100,000 บาท (ดำรงค์, 2545) ซึ่งเกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบกับการเข้ามานอนในโรงพยาบาลรอรับการผ่าตัด พบว่ามีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลจากการที่ต้องแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมาประสบสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ต้องทิ้งจากบทบาทเดิมมาอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย ต้องมาปฏิบัติ

ตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาล ขาดความอิสระต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าข้อเข่าเทียม เกิดความวิตกกังวลเป็นห่วงบุคคลในครอบครัว วิตกกังวลไม่มั่นใจในฝีมือการผ่าตัดของแพทย์ผ่าตัด กลัวสภาพห้องผ่าตัด กลัวการฉีดยาและขั้นตอนการผ่าตัด กลัวความปวด กลัวเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน กลัวสภาพหลังการผ่าตัด กลัวการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลและเครียดเป็นอย่างมากจากความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) ในผลการรักษา (Calvin and Lane, 1999) กลัวว่าหลังผ่าตัดจะเดินไม่ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เตรียมผ่าตัดเกิดความเครียดได้

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่แปลกใหม่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น จะมีความเครียดเกิดขึ้นและมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาหรือลดความเครียดลงโดยแต่ละบุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไปแม้อยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน

จากการศึกษาของ Mcdonald et al. (2004) พบว่าในผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และเปลี่ยนข้อเข่าที่มีความต้องการสลับซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป การให้โปรแกรมสุขศึกษาที่ตรงกับความต้องการ และภาวะของแต่ละบุคคลประกอบกับการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจะทำให้ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และการให้สุขศึกษาก่อนผ่าตัดที่ตอบสนองต่อความเครียดในตัวผู้ป่วยหรือในผู้ป่วยที่มีความต้องการความช่วยเหลือสูงกว่าผู้ป่วยอื่น ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง หรือขาดความช่วยเหลือทางสังคมและครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าการให้สุขศึกษาที่มีมาตรฐานสูงกว่าการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด โดยทั่วไปจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในด้านความเจ็บปวด การทำงานของอวัยวะที่ถูกผ่าตัด ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการยืนยันได้ว่าการให้สุขศึกษาก่อนผ่าตัดที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และจากการที่ความวิตกกังวลลดลงก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังการผ่าตัด

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม จากสถิติของห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 282 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 2,634 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.71ประกอบกับกองออร์โธปิดิกส์ยังมิได้จัดระบบการให้สุขศึกษาที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะจัดทำโปรมแกรมสุขศึกษาซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองมาเป็นแนวคิด เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดด้วยดี สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา คือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

3. ความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

4. การปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ผลการวิจัยสามารถไปกำหนดแนวรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนางานเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปกำหนดแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ

4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในด้านการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

## ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

1.1 เนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.1.3 การเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.2 กระบวนการของโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่

1.2.1 การสนทนารายบุคคลโดยใช้สื่อประกอบ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ ภาพพลิก

1.2.2 การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด

1.2.3 การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในเรื่อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.3 ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.4 การปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

3. ตัวแปรอธิบาย (Intervening Variables) คือ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

3.1 เพศ

3.2 ระดับการศึกษา

3.3 อาชีพ

3.4 รายได้

3.5 ชนิดของครอบครัว

## นิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงขอกำหนดนิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

### 1. นิยามปฏิบัติการของตัวแปรอิสระ

**โปรแกรมสุขศึกษา** หมายถึง กระบวนจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้ผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด มีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย เนื้อหา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า กระบวนการให้สุขศึกษาเป็นการให้สุขศึกษารายบุคคล โดยใช้สื่อประกอบ ได้แก่ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ และแบบจำลองข้อเข่าเทียม การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด และการฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

### 2. นิยามปฏิบัติการของตัวแปรตาม

**2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด** หมายถึง ความสามารถในการจำและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

**2.2 ระดับความเครียด** หมายถึง ระดับความเครียดที่เกิดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะรอการผ่าตัดในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่า

**2.3 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า** หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เพื่อให้สามารถใช้ข้อเข่านั้นได้ตามปกติ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกต่าง ๆ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

**3. นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง**

**3.1 ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา** หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมสุขศึกษาแล้วก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 2) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 3) ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 4) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 5) ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

**3.2 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า** หมายถึง ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรอการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนเมษายน 2549 ถึง เดือนกรกฎาคม 2549

**3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า** หมายถึง การผ่าตัดเพื่อตัดกระดูกที่ประกอบเป็นข้อเข่า ได้แก่ กระดูกต้นขา (Femur) กระดูกหน้าแข้ง (Tibia) และกระดูกสะบ้า (Patella) ในส่วนที่มีพยาธิสภาพของการเกิดข้อเข่าเสื่อมออก และนำเอาข้อเข่าเทียม (Knee Prosthesis) ใส่เข้าไปทดแทน โดยใช้สารยึด (Cement) ระหว่างกระดูกของผู้ป่วยและข้อเข่าเทียมที่ใส่เข้าไปทดแทน โดยมีจุดมุ่งหมาย 1) ลดความเจ็บปวด 2) ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวแข็งแรงมั่นคง 3) แก้ไขรูปร่างของข้อเข่าให้เป็นปกติ

# การตรวจเอกสาร

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

3. ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมในที่นี้คือทฤษฎีความสามารถตนเอง

4. ทฤษฎีความเครียด

5. แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับวิธีการทางสุขศึกษาและการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

## ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

อารี (2548) ได้อธิบายว่า ข้อเข่าเปรียบเสมือนบานพับซึ่งประกอบด้วยกระดูก 3 ส่วน ส่วนล่างสุดของกระดูกต้นขา (Femur) ส่วนบนสุดของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เมื่อเข่ามีการงอ กระดูกส่วนล่างของกระดูกต้นขาจะหมุนและสัมผัสกับส่วนบนสุดของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) ที่มีพื้นผิวเรียบ กระดูกส่วนที่ 3 คือ กระดูกลูกสะบ้า (Patella) จะเคลื่อนอยู่ด้านหน้าของกระดูก (Femur) ในข้อเข่าที่มีพยาธิสภาพที่ดี พื้นผิวของกระดูกทั้ง 3 ส่วน จะมีการปกป้องด้วยกระดูกอ่อน (Cartilage) ที่มีความลื่นและเรียบ ข้อเสื่อมเกิดจากการสึกหรอของพื้นผิวกระดูกและกระดูกอ่อน ซึ่งเป็นส่วนที่กระดูกมีการเสียดสีกัน ซึ่งการสึกหรอของพื้นผิวกระดูกเหล่านี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้

การรักษาโรคข้อเสื่อมมีหลายวิธี วิธีหนึ่งคือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นวิธีที่แพทย์จะเลือกรักษาเป็นวิธีสุดท้ายหลังจากไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยวิธีอื่น ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้นแพทย์จะทำการผ่าตัดพื้นผิวของกระดูกและกระดูกอ่อนที่เสื่อมออกและแทนที่ด้วยข้อเทียมซึ่งทำมาจากโลหะและพลาสติกที่ออกแบบมาเพื่อใช้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยเฉพาะ หรือเรียกข้อเทียมว่า "Implants or Prosthesis"

**<u>การเริ่มการผ่าตัด</u>**

อารี (2548) ได้อธิบายไว้ว่าผู้ป่วยจะถูกพาไปที่ห้องผ่าตัดและวางยาสลบ หลังจากยาสลบออกฤทธิ์ผิวบริเวณรอบ ๆ เข่าจะถูกทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโดยน้ำยาฆ่าเชื้อ เข่าของคนไข้จะถูกจัดให้อยู่ในท่าที่งอเข่าประมาณ 90 องศา และส่วนขาหน้าแข้งรวมไปถึงเท้าจะถูกจัดวางให้ปลอดภัยตลอดการทำการผ่าตัด สายรัดห้ามเลือดจะถูกรัดไว้ที่ส่วนต้นขา เพื่อช่วยห้ามเลือดในระหว่างทำการผ่าตัด การเปิดแผลจะทำตรงพื้นผิวของข้อเข่าตรงเหนือหัวเข่าไปจนถึงใต้หัวเข่า ซึ่งแผลจะลึกไปจนถึงกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่าง ๆ จนถึงกระดูกข้อ

**<u>ภาพที่ 1</u>** การจัดท่าเตรียมผ่าตัดข้อเข่า

ที่มา: อารี (2548)

พื้นผิวกระดูกที่เสื่อมและกระดูกอ่อนจะถูกผ่าตัดออก ซึ่งก่อนการผ่าตัดจะมีการวัดด้วยเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้การผ่าตัดนั้นมีความแม่นยำและถูกต้องมากยิ่งขึ้น การวัดจะช่วยให้ข้อเข่าที่แทนที่ด้วยข้อเทียมแล้วนั้นยังอยู่ในมุม และองศาที่สมดุลกับข้อเข่าที่เป็นธรรมชาติของคนไข้ กระดูกจะถูกตัดออกเพียงเล็กน้อยทั้งทางด้านหน้า ด้านล่าง และด้านหลังของกระดูกที่เสื่อมของ Femur ซึ่งการตัดรูปแบบนี้จะใส่ข้อเทียมได้อย่างพอดี ความหนาของกระดูกที่ตัดออกนั้นจะขึ้นอยู่

กับความเสื่อมของกระดูกคนไข้ด้วย ส่วนด้านบนของกระดูกหน้าแข้งที่เสื่อมจะถูกตัดออกเพียงเล็กน้อยเช่นกัน และจะตัดให้เป็นลักษณะพื้นผิวที่เรียบ ด้านหลังของกระดูกลูกสะบ้าจะมีการตัดกระดูกที่เสื่อมออกด้วยในบางกรณี

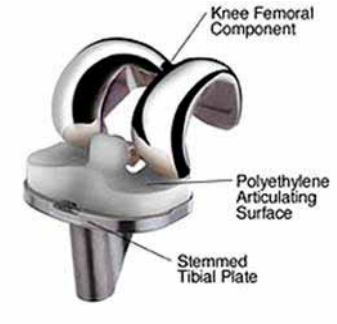
**<u>ภาพที่ 2</u>** ตำแหน่งการเปิดแผลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

ที่มา: อารี (2548)

**<u>การใส่ข้อเข่าเทียม</u>**

อารี (2548) ได้อธิบายว่าข้อเทียมจะถูกใส่เข้าทั้ง 3 ส่วนกระดูก โดยใช้ซีเมนต์พิเศษเป็นตัวยึด ซึ่งใช้สำหรับกระดูกโดยเฉพาะ ซึ่งข้อเทียมนี้จะมีลักษณะที่คล้ายกับข้อเข่าจริง เมื่อข้อเข่าเทียมมีการเคลื่อนไหวจะมีการเคลื่อนไหวในลักษณะที่คล้ายกับข้อเข่าจริงในขณะที่มีพยาธิสภาพที่ดี ข้อเทียมที่ใส่เข้ากับกระดูกด้านบน (Femur) ทำด้วยโลหะ (Metal) ซึ่งจะมีลักษณะพื้นผิวที่เรียบและลื่น

ข้อเทียมที่ใส่เข้ากับกระดูกด้านบนของหน้าแข้ง (Tibia) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นโลหะ (Metal) จะติดกับพื้นผิวที่เรียบหลังจากตัดกระดูกที่เสื่อมออกแล้ว อีกส่วนหนึ่งจะเป็นพลาสติก (Polyethylene) ที่คงทนจะติดบนโลหะของส่วน Tibia อีกทีหนึ่งทำหน้าที่คล้ายกระดูกอ่อน (Cartilage) อยู่ระหว่างข้อเทียมของ Femur และ Tibia




**<u>ภาพที่ 3</u>** ส่วนประกอบของข้อเข่าเทียมของ Femur และ Tibia ที่ส่วนเป็น Polyethylene

ที่มา: อารี (2548)

ข้อเทียมที่ใส่ด้านหลังของกระดูกลูกสะบ้าจะทำด้วยพลาสติก (Polyethylene) ที่คงทน

**<u>ภาพที่ 4</u>** ส่วนประกอบข้อเข่าเทียมของ Patella

ที่มา: อารี (2548)

**<u>การปิดแผล</u>**

ในบางกรณีแพทย์จะทำการปรับแต่งกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ข้อเข่าเพื่อให้ได้ประสิทธิผลในการรักษามากยิ่งขึ้น เมื่อแพทย์ได้ใส่ข้อเทียมเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะทำการเย็บแผลภายในตรงส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อก่อน และจะมีการใส่สายท่อ (Drain) เพื่อระบายเลือดที่เสียออกในระหว่าง 2-3 ชั่วโมง แรกหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นแพทย์จะทำการเย็บแผลที่ผิวข้อเข่า และปิดแผลด้วยผ้าพันแผลที่ฆ่าเชื้อแล้ว คนไข้จะถูกพาไปที่ห้องพักฟื้นต่อไป

**ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

กฤษณ์ (2545) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ป่วยร่วมกับทีมการรักษาในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไว้ว่าในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม วิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นทางเลือกที่พบบ่อย ทั้งที่เป็นวิธีที่ยาก มีผลแทรกซ้อนที่สำคัญคือการติดเชื้อ และมีค่าใช้จ่ายสูงมาก โดยเฉลี่ยประมาณ 80,000 – 120,000 บาทต่อรายในโรงพยาบาลรัฐบาล ดังนั้นโรงพยาบาลที่เข้าสู่โครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงมักจะมีการปรับปรุงประสิทธิภาพในการการดูแลรักษาให้ความปลอดภัย และความพอใจให้กับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดที่อยากและซับซ้อนเช่นนี้ ซึ่งวิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือ การจัดทำแผนการดูแลรักษาร่วม หรือ แนวทางการดูแลทางคลินิก ซึ่งมีชื่อเรียกเป็นภาษาอังกฤษหลายชื่อ เช่น Clinical Pathway, Care Path หรือ Care Map ซึ่งเป็นวิธีที่กองออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเลือกใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้สมตามคำขวัญของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ว่า “คุณภาพมาตรฐาน บริการประทับใจ”

**ความหมายของแผนการดูแลรักษาร่วม (Clinical Pathway, Care Path หรือ Care Map)**

แผนการดูแลรักษาร่วมเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสในการได้รับการดูแลรักษาครบทุกด้านแบบองค์รวมคือ ทั้งทางด้านมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ มีการเตรียมตัวด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติรับรู้รับทราบว่าทีมแพทย์พยาบาลจะมีแผนให้การดูแลรักษาอย่างไร ในตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาใน รพ. ในวันผ่าตัด ในวันหลังผ่าตัด และการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านและการปฏิบัติตัวที่บ้าน การจัดทำแผนการดูแลรักษาร่วมจึงเป็นวิธีที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคที่รักษายากหรือซับซ้อน แผนนี้เกิดจากการประชุมปรึกษาโดยศัลยแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำตึกผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคทางอื่น เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ก็จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านนั้น ๆ ด้วย

แผนการดูแลรักษาร่วมของกองออร์โธปิดิกส์ ได้ใช้แนวทางจาก Clinical Pathway ของประเทศแคนาดา และประเทศสหรัฐอเมริกา และนำมาปรับให้เหมาะสมกับประเทศไทยด้วยวิธีพัฒนาคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยแบ่งการดูแลรักษาตามช่วงเวลาออกเป็น 7 ช่วง คือ

**ช่วงที่ 1** ตั้งแต่ผู้ป่วยมาติดต่อแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงวันนัดรับเข้านอน และวันเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย

**ช่วงที่ 2** ตั้งแต่เช้าวันผ่าตัดไปจนถึงผู้ป่วยกลับจากห้องรอฟื้น และกลับไปหอผู้ป่วย

**ช่วงที่ 3** วันรุ่งขึ้นซึ่งเป็นวันหลังผ่าตัดวันแรก

**ช่วงที่ 4** วันที่ 2 หลังการผ่าตัด

**ช่วงที่ 5** วันที่ 3 หลังการผ่าตัด

**ช่วงที่ 6** ตั้งแต่วันที่หลังการผ่าตัดวันที่ 4 เป็นต้นไป

**ช่วงที่ 7** ช่วงการประเมินเพื่อเตรียมตัวกลับบ้านจนถึงกลับบ้าน

กฤษณ์ (2545) ได้อธิบายว่าในแต่ละช่วงเวลาจะแบ่งประเภทการดูแลรักษาออกเป็น 12 หัวข้อ คือ

1. เป้าหมายในการดูแลรักษา (Expected Outcome)
2. การตรวจประเมินและการตรวจพิเศษ (Assessment and Investigation)
3. การดูแลด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Care)
4. การเตรียมการด้านอุปกรณ์ในการผ่าตัด (Instrument and Prosthesis)
5. การให้การรักษาทางยา (Medical Intervention)
6. การให้การรักษาทางการผ่าตัด (Surgical Intervention)

7. การให้สารอาหาร (Nutrition)

8. การดูแลแผลผ่าตัด (Wound Care)

9. การดูแลท่อต่อและสายที่ต่อจากตัวผู้ป่วย (Drain Care)

10. การให้ผู้ป่วยขยับตัวและทำกายภาพบำบัด (Activity and Rehabilitation)

11. การให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ (Education)

12. การเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมจะกลับบ้าน (Discharge Planning)

ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรับการรักษาผ่าตัดข้อเข่าเทียมที่มีการใช้แผนการดูแลรักษาร่วม

1. ได้รับการแก้ไขปัญหาได้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพมากขึ้น

2. ได้รับการแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ส่งผลให้มีการหายจากโรคได้ดีขึ้น

3. ได้รับการเตรียมการและการรักษาที่ดี ทำให้ต้องการการนอนพักในโรงพยาบาลน้อยลง

4. ค่าใช้จ่ายจะลดลงเนื่องมาจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพ กลับบ้านได้เร็ว ไม่มีผลแทรกซ้อน

5. ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจสูงมากขึ้น

6. เฉพาะหน่วยงานที่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ Case Manager จะมีพยาบาลผู้ประสานงานเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลความต้องการที่แตกต่างในแต่ละราย และประสานการดูแลรักษาของทีมแพทย์และพยาบาลให้สอดคล้องกัน

**<u>บทบาทของผู้ป่วยและญาติในแผนการดูแลรักษาร่วม</u>**

**ช่วงที่ 1** ตั้งแต่ผู้ป่วยมาติดต่อแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงวันนัดรับเข้านอน และวันเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย

เป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ และสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ พร้อมที่จะรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นหลังจากรับเข้านอนในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะได้รับการประเมินความพร้อมทางร่างกายด้วยการตรวจทั่วไป และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้า ในกรณีที่มีโรคทางด้านอื่นๆ เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง จะได้รับการส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถรับการผ่าตัดได้อย่างไม่มีผลแทรกซ้อน ในด้านจิตใจจะมีการประเมินความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมักจะเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จึงมักจะเชิญญาติใกล้ชิดมาร่วมรับฟังและร่วมในการประเมินด้วย ในด้านสังคมเศรษฐกิจ เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะมีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับข้าราชการจะเบิกตามสิทธิได้เพียงบางส่วน และจำเป็นจะต้องจ่ายเงินส่วนเกินสิทธิ ดังนั้นจึงมีการจัดทำรายการราคาอุปกรณ์ข้อเข่าเทียมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการเตรียมความพร้อมในส่วนนี้

ในวันนี้ผู้ป่วยจะได้รับแจกเอกสารคู่มือในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวและวิธีปฏิบัติตัวในวันรุ่งขึ้น เพื่อให้พร้อมที่สุดที่จะให้การผ่าตัดได้ผลดี

**ช่วงที่ 2** ตั้งแต่เช้าวันผ่าตัดไปจนถึงผู้ป่วยกลับจากห้องรอฟื้น และกลับไปหอผู้ป่วย

เป้าหมายในการรักษาในช่วงนี้ คือ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผน และได้มีการประเมินหลังผ่าตัดว่าต้องมีการดูแลใกล้ชิดหรือไม่ รวมทั้งได้ให้การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายไปยังห้องผ่าตัดก่อนเวลาประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดและพยาบาลวิสัญญีมาดูแลอาการทั่วไป และให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวล หลังจากนั้นจะเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งอาจจะเป็นการดมยาสลบ หรือการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังตามแผนที่ทีมวิสัญญีได้เตรียมไว้ แพทย์จะเริ่มทำการผ่าตัดซึ่งจะใช้เวลา ไม่เกิน 2 ชั่วโมงในรายที่ไม่ซับซ้อน หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกนำมาดูแลที่ห้องรอฟื้น เพื่อให้อาการคงที่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง และส่งกลับหอผู้ป่วย

ที่หอผู้ป่วยพยาบาลจะตรวจประเมินอาการและสัญญาณชีพ และดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐาน และดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแล้วตั้งแต่เมื่อวันก่อน ในกรณีที่มีญาติดูแลในห้องพิเศษ ญาติจะได้รับคำอธิบายประกอบเอกสารเพื่อให้มีความเข้าใจในการร่วมดูแล ประเด็นที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยกลัวว่าข้อเข่าเทียมที่ใส่เข้าไปจะหลุดจนไม่กล้าขยับตัว ซึ่งโดยแท้จริงแล้วการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะเป็นการผ่าตัดที่อุปกรณ์ได้รับการยึดด้วยซิเมนต์ทำให้แน่นหนาแข็งแรง และได้รับการทดสอบในระหว่างการผ่าตัดแล้วด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถขยับข้อเท้าขึ้นลงได้ 6 ครั้งต่อชั่วโมง เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียน และสามารถขยับตะแคงตัวเบา ๆ ได้เพื่อลดความปวดเมื่อย และเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ

**ช่วงที่ 3** วันรุ่งขึ้นซึ่งเป็นวันหลังผ่าตัดวันแรก

เป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด และเริ่มบริหารเข่าแบบ Isometric พบว่าเป็นที่นิยมมากขึ้นที่จะมีการฉีดยาแก้ปวดเข้าไขสันหลังทั้งแบบมีสายต่อหรือชนิดฉีดครั้งเดียว ซึ่งช่วยลดความเจ็บปวดได้ดีมาก อย่างไรก็ตามจะมีทีมวิสัญญีมาประเมินผล หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือคันให้แจ้งพยาบาลให้ทราบ

ผู้ป่วยควรจะบริหารให้มากขึ้นโดยมีการบริหาร 4 อย่างคือ ลุกนั่ง หายใจลึก ๆ ขยับข้อเท้า เช่น เมื่อวาน และเริ่มบริหารเกร็งกำลังเข่าตามวิธีในคู่มือ ซึ่งจะเป็นการเกร็งเหยียดโดยยังไม่งอเข่า เนื่องจากยังมีสายระบายเลือดติดอยู่ในแผลผ่าตัด

**ช่วงที่ 4** วันที่ 2 หลังการผ่าตัด

เป้าหมายการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สายระบายเลือด และเปิดทำแผล รวมทั้งเริ่มการบริหารงอเข่า

ในวันนี้ ทีมแพทย์จะมาถอดสำลีที่พันรัดหัวเข่าออก ถอดสายระบายเลือด และเปิดทำแผล หลังจากนั้นจะพันผ้ารัดแบบยืด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโล่งสบายหัวเข่า ผู้ป่วยควรจะออกกำลังตามแบบวันก่อนมากขึ้น เน้นการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นข้างละ 20 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น และให้เพิ่มการบริหารงอเข่าได้ ซึ่งจะค่อย ๆ เริ่มทำบนเตียงก่อน เมื่อทำได้ดีให้นั่งงอเข่าข้างเตียงโดยมีเก้าอี้รองปลายเท้า

**ช่วงที่ 5** วันที่ 3 หลังการผ่าตัด

เป้าหมายการดูแลรักษาในช่วงนี้คือ งดการให้ยาปฏิชีวนะที่ฉีดเข้าทางหลอดเลือด ผู้ป่วยเริ่มยืน และเดินด้วยเครื่องช่วยพยุง (วอร์คเกอร์)

ไม่มีความจำเป็นในการให้ยาปฏิชีวนะนานเกินไป แพทย์บางท่านจะให้เพียง 24 ชั่วโมง บางท่านให้ 48 ชั่วโมง ซึ่งในวันนี้ถึงกำหนดงดการให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งจะช่วยทำให้การฝึกเดินสะดวก

ก่อนการจัดทำแผนการดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลัว และไม่ยอมเดิน หรือบางรายก็เดินมากจนเกินไปจนเข่าบวม หลังจากทำแผนการดูแลรักษาและให้มีพยาบาลมาแนะนำในการเดินพบว่าผู้ป่วยจะเดินได้เหมาะสมทุกราย

**ช่วงที่ 6** ตั้งแต่วันที่หลังการผ่าตัดวันที่ 4 เป็นต้นไป

เป้าหมายในการรักษาช่วงนี้คือ ผู้ป่วยเดินได้เองด้วยเครื่องพยุง (วอร์คเกอร์) สามารถขยับงอเข่าได้มากขึ้น โดยไม่ปวด

เมื่อมาถึงวันนี้แสดงว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ผลดี และไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวเพื่อให้กลับบ้าน ซึ่งสิ่งที่สำคัญคือ การที่สามารถขยับเหยียดงอเข่าได้โดยไม่ปวดและสามารถใช้เครื่องพยุงในการยืนและเดิน

**ช่วงที่ 7** ช่วงการประเมินเพื่อเตรียมตัวกลับบ้านจนถึงกลับบ้าน

เป้าหมายการดูแลรักษาช่วงนี้คือ การประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้านตามแผนการรักษาคือ ภายใน 7 วัน นับจากวันที่มานอนในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจประเมินว่า ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ไม่มีไข้ มีการเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติเพื่อจะนำผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจะประสานงานกับทีมแพทย์ทุกสาขาว่าจะมีให้ยาที่เหมาะสมในการรักษาตัวที่บ้าน และมีแผนการนัดหมายมาดูแลรักษาต่อเนื่อง ก่อนวันกลับจะมีการตรวจทำความสะอาดแผลผ่าตัด และเปลี่ยนอุปกรณ์ปิดแผลให้ใหม่ ผู้ป่วยจะได้รับนัดมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อตัดไหมที่เข่าใน 10 ถึง 14 วัน นับจากวันที่ผ่าตัด และในกรณีมีโรคประจำตัวอื่น ๆ จะได้รับนัดมาที่แผนกที่เกี่ยวข้อง

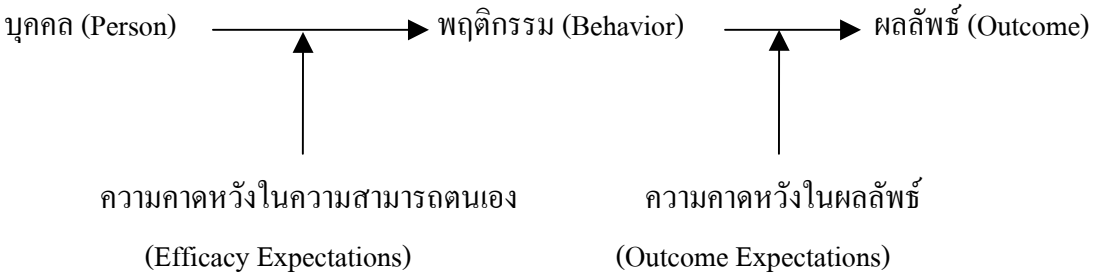
แผนการดูแลรักษาร่วมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Clinical Pathway for Total Knee Replacement) จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ได้รับการแก้ไขปัญหาได้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ได้รับการเตรียมการและการรักษาที่ดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และกลับบ้านได้เร็ว และผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจสูงมากขึ้น เมื่อร่วมกับการจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ทำหน้าที่ประสานงานดูแลผู้ป่วย (Case Manager) จะทำให้มีความสอดคล้องในการดูแลรักษาของทีมแพทย์พยาบาล

## ทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม

**ทฤษฎีความสามารถตนเอง** (Seft-efficacy Theory) Bandura (1977b) ได้เสนอ แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถตนเองมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งได้มีการศึกษาและพัฒนาเป็นระยะ ๆ ในอเมริกา และ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวอเมริกาได้ศึกษาและพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1962 แนวคิดของทฤษฎีนี้ กล่าวว่าบุคคลถ้ามีความคาดหวังหรือความเชื่อมั่น

ในความสามารถตนเอง (Efficacy Expectations) โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ทำอย่างไรและเมื่อทำเสร็จแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Outcome Expectations) บุคคลก็จะทำสิ่งนั้น

**<u>โครงสร้างทฤษฎีความสามารถตนเอง</u>**




**<u>ภาพที่ 5</u>** โครงสร้างทฤษฎีความสามารถตนเอง

ที่มา: Bandura (1977b)

จากโครงสร้างทฤษฎี อธิบายได้ ดังนี้

1. ความคาดหวังในความสามารถตนเอง เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการประมาณค่าหรือให้คุณค่าของบุคคลต่อผลลัพธ์เกิดขึ้นว่า พฤติกรรมที่กระทำนั้นจะให้ผลลัพธ์อะไรอย่างเจาะจง (Bandura, 1977b)

**<u>ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเองกับผลลัพธ์</u>**

ความแตกต่างระหว่าง ความคาดหวังในความสามารถตนเองกับผลลัพธ์ ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เพราะว่าบุคคลแต่ละบุคคลมีความเชื่อว่า การกระทำเฉพาะอย่างทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างเจาะจง แต่ถ้าบุคคลนั้นสงสัยว่าการกระทำเฉพาะอย่าง อย่างที่บอกกล่าวนั้นมีความสามารถจะทำได้หรือไม่ก็จะไม่มีอิทธิพลให้เกิดการปฏิบัติ

**มิติของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Dimension of Efficacy Expectations)**

Bandura (1977b) ได้กล่าวถึงมิติของความคาดหวังในความสามารถตนเองขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้ คือ

1. ปริมาณของความคาดหวัง (Magnitude) ความคาดหวังในความสามารถตนเองในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน และในบุคคลเดียวกันก็จะแตกต่างกันด้วย ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของงาน

2. การแผ่ขยายของความคาดหวัง (Generality) ประสบการณ์บางอย่างทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในสถานการณ์อื่นได้อย่างจำกัด แต่บางประสบการณ์ก็สามารถทำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองในสถานการณ์อื่น ๆ ที่เจาะจงได้

3. ความเข้มของความคาดหวัง (Strength) บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำจะหมดความพยายามได้ง่ายเมื่อไม่เป็นไปตามผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ในขณะที่ผู้ที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองสูง จะยังใช้ความพยายามต่อไป เพื่อให้ถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้

**แหล่งที่มาของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Sources of Efficacy Expectations)**

Bandura (1977b) ได้เสนอแหล่งที่มาของความคาดหวังในความสามารถตนเอง ดังนี้ คือ

1. ความสำเร็จในการทำงาน (Performance Accomplishment) การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเองเป็นแหล่งที่สำคัญที่สุด ที่จะช่วยเพิ่มความคาดหวังในความสามารถตนเองให้มากขึ้น

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นการเรียนรู้จากแบบจำลอง (Modeling) การดูการกระทำของบุคคลอื่นที่มีความยากลำบาก โดยไม่มีผลเสียตามมา สามารถสร้างความคาดหวังในความสามารถตนเองให้กับผู้สังเกตได้ว่าตนเองก็สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม

3. การพูดชักจูงใจจากผู้อื่น (Verbal Persuasion) บุคคลจะถูกนำผ่านการแนะนำชักชวนให้มีความเชื่อว่าเขาสามารถต่อสู้จนประสบความสำเร็จได้ ถึงแม้ในอดีตจะไม่เคยประสบความสำเร็จ

4. ความตื่นตัวทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ในสถานการณ์ที่คุกคามจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถตนเอง

Bandura กล่าวว่าการเรียนรู้จากตัวแบบเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น แล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ได้แก่

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) ความใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับ จากการสังเกตพฤติกรรมทั้งหมดที่ตัวแบบแสดงออกมา

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะสัญลักษณ์ (Symbolic Form) ซึ่งเป็นมโนภาพ (Imaginal) และภาษา (Verba)

3. กระบวนการกระทำทางกาย (Motor Reproduction Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำ มาเป็นการกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจจะถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ

**<u>ประเภทของตัวแบบ</u>**

การเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นต้นแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วีดิทัศน์ สไลด์ เป็นต้น

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยนำผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) มาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ลดความเครียด ต่อการผ่าตัดโดยเกิดการเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ คือ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ และ แบบจำลองข้อเข่าเทียม กล่าวคือ

1. ให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง (Performance Accomplishment) โดยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง มีทักษะในการดูแลตนเองในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด

2. การพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การจัดโปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยใช้การพูดชักจูงให้ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเกิดกำลังใจ การพูดกระตุ้นหรือชักจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถทำได้ หลายวิธี เช่น การให้ข้อมูล การอธิบาย การแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารที่ออกในรูปแบบต่าง ๆ (ประภาเพ็ญ, 2534) ได้เสนอความคิดเห็นว่าการที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพนั้น นักสุขศึกษาจะต้องตระหนักว่าคุณลักษณะและความเชื่อถือได้ของแหล่งข่าวสารจะมีผลต่อ การยอมรับของผู้ป่วย การจูงใจผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของเนื้อหาที่ จะสร้างให้เกิดอารมณ์ในผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (สุรีย์, 2527) กล่าวว่าการจูงใจเป็นเทคนิคสำคัญ ในการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยความกระตือรือร้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้คำพูด การพูดสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความพยายามในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ และแก้ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตน

3. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้ความสามารถ ของตนเอง ผู้ป่วยจะถูกรุกเร้าทางอารมณ์ ซึ่งนักวิชาการบางท่านกล่าวว่าการปลุกเร้าทางอารมณ์ จะก่อให้เกิดการพัฒนา การให้ผู้ป่วยรับรู้ความสำคัญในการดูแลตนเอง การจัดระดับการกระตุ้น อย่างสม่ำเสมอจะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่จะบอกถึงการเพิ่มหรือลดความสามารถของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำสิ่งล่อใจมาใช้หลายรูปแบบ เช่น การใช้สื่อแผ่นพลิก เอกสารแผ่นพับ และแบบจำลองข้อเข่าเทียม

จากทฤษฎีความสามารถตนเองมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ ศิริพร (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังและการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพ็ญแข (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังดีกว่าการทดลอง และดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและหลักการของทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

## ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด

### ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด

ชีวิตของมนุษย์ทุกวันนี้ จะต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายในร่างกายตลอดเวลา เช่น การเปลี่ยนแปลงของฐานะทางเศรษฐกิจการเมือง ภัยจากสิ่งแวดล้อมและการเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ บุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้จะมีสุขภาพที่ดี บุคคลที่ล้มเหลวในการปรับตัวจะทำให้เกิดความเจ็บป่วย และสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันไป กล่าวคือ

Selye (1976) ได้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง (Response) ของร่างกายต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งคุกคามต่าง ๆ ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นนี้จะแสดงออกมาในลักษณะกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) หรือ GAS ซึ่ง แบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่

1. ระยะเสียง (Alarm reaction) ระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ตั้งแต่เพียงไม่กี่นาทีถึง 48 ชั่วโมง อาการที่พบจะเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติคและต่อมพิทูอิทารี แบ่งย่อยออกเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะช็อค (Shock Phase) เป็นระยะที่บุคคลถูกรบกวน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ออกมาซึ่งมีผลต่อร่างกาย

1.2 ระยะต้านช็อค (Countershock Phase) เป็นะยะที่ร่างกายมีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล

2. ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) เป็นระยะที่มีการปรับตัวเต็มที่ ทำให้อาการดีขึ้น แต่ถ้าระยะนี้ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ อาจจะทำให้มีการสูญเสียการปรับตัวอีกและเข้าสู่ระยะที่ 3

3. ระยะหมดกำลัง (The Stage of Exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลไม่สามารถขจัดความเครียดออกไปได้ ทำให้เกิดอาการหมดกำลังหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ กลไกการปรับตัวจะล้มเหลวเกิดโรคหรือเสียชีวิตในที่สุด

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดของนักทฤษฎีทั้ง 2 ท่าน มองความความเครียดแตกต่างกัน กล่าวคือ Selye (1976) มองความเครียดว่าเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเคมีในร่างกาย แต่ไม่ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ส่วน Lazarus and Folkman (1984) มองความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด ซึ่งมีผลต่อจิตใจของบุคคล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่ออธิบายถึงความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะรอผ่าตัด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยตลอดเวลาว่า เมื่อเกิดสถานการณ์มากระทบต่อผู้ป่วยแล้ว มีการประเมินว่ามีผลต่อความปกติสุขของตนเอง ต้องย้ายจากบ้านมารักษาในโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ บุคลากร อาหาร กฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้

**<u>สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressor)</u>**

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีมากมายในการดำเนินชีวิตของบุคคล อาจจะเกิดทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลแล้วมีผลทำให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งได้สรุปสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 อย่าง คือ

1. ความเครียดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Developmental Stress) เมื่อมีการพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่อีกวัยหนึ่ง ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กเข้าสู่วัยรุ่น, การมีประจำเดือน เป็นต้น

2. ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological Stress) เช่น มีการเปลี่ยนแปลงจากความสวยงามเป็นความเหี่ยวย่นชราภาพ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง น้ำเสียง สีผม ทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ได้แก่ กายภาพทางร่างกาย สรีระของร่างกาย และองค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์

3. ความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (Environmental Stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียด เช่น อิทธิพลของระเบียบประเพณี และวัฒนธรรม อิทธิพลของลักษณะครอบครัว สภาพของโรงเรียน ภาวะทางเศรษฐกิจ ความไม่สมหวังในอาชีพ

Luckmann and Sorensen (1987)ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 10 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ เป็นผลจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของบุคคล

2. ปัจจัยทางด้านกายภาพและสารเคมี ได้แก่ สภาพแวดล้อมรอบตัวตามธรรมชาติ เช่น ความร้อน ความเย็น แสงเสียง รังสี รวมทั้งสารเคมีภายในร่างกาย ระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ไม่ปกติ

3. จุลชีพและปาราสิต ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ในร่างกาย

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความต้องการของบุคคลในแต่ละช่วงอายุ เพศ การได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ และการได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประเพณี ความขัดแย้งในค่านิยม ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

6. การอพยพเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือสถานที่ทำงาน

7. ปัจจัยทางนิเวศวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมเนื่องจากภาวะสงคราม ทำให้บุคคลไม่อาจดำรงชีวิตได้ตามปกติ

8. ปัจจัยทางด้านงานอาชีพ อาชีพที่ต้องรับผิดชอบ จำเจ น่าเบื่อ ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย โดยลักษณะงาน ปัญหาในการทำงานและแรงกดดันต่าง ๆ ในการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

9. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนที่อยู่ในสังคมนั้น ต้องประสบกับภาวะมลพิษ อันตรายจากเครื่องจักรกล และพิษจากสารเคมีรวมทั้งในวงการแพทย์

10. การเปลี่ยนแปลงไปสู่อนาคตที่รวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลเตรียมตัวหรือปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

Lazarus and Folkman (1984) ไม่ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ชัดเจนนัก แต่จะเน้นถึงความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ผ่านกระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive Appraisal) แล้วตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation Factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินด้วยสติปัญญา โดยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้

1.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (Novelry)

1.2 ความสามารถในการทำนายสถานการณ์ (Predictability)

1.3 สถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นมีความไม่แน่นอน (Event Uncertainty)

1.4 ปัจจัยทางด้านความคิด (Temporal Factors) ซึ่งขึ้นอยู่กับความคิดทั้งสถานการณ์นั้นใกล้จะมากระทบกับตน (Imminence) ความรุนแรง ความถี่ หรือระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ (Duration) เป็นอย่างไร และสุดท้ายคือ ความคิด ความรู้สึกที่ว่าสถานการณ์นั้นไม่แน่นอน (Uncertainty)

2. ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal Factors) เป็นความแตกต่างภายในบุคคลเองในคนต่าง ๆ ได้แก่

2.1 พันธะสัญญาของแต่ละบุคคล (Commitments) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.2 ความเชื่อ (Beliefs)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าความเครียดโดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์นั้น คือปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล

**<u>การเผชิญความเครียด (Coping)</u>**

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของบุคคลว่าเป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาประกอบด้วย 2 กระบวนการที่คาบเกี่ยวกัน คือ กระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive Appraisal Process) กับกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping Process) ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. กระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive Appraisal) เป็นกระบวนการทางปัญญาที่เกิดขึ้น เมื่อสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้น แล้วบุคคลมีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล สามารถแยกแยะได้ว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนอย่างไร ซึ่งบุคคลสามารถประเมินเหตุการณ์นั้นโดยโครงสร้างการทำงานของสมองส่วนที่มีหน้าที่ในการเรียนรู้และความจำ มีการประเมิน 3 ขั้นตอน คือ

1.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เมื่อมีสถานการณ์มากระทบต่อบุคคล บุคคลนั้นจะมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินอาจเป็นด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้านต่อไปนี้คือ

1.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีผลกระทบใดที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

1.1.2 เกิดผลในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (Benign-Positive) คือประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีต่อตนเอง เช่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกสนุกสนาน

1.1.3 เกิดความเครียด (Stress) คือประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเองในด้านลบ 3 ด้าน คือ

1.1.3.1 การเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm of Loss) โดยผลกระทบของสถานการณ์นั้นทำให้เกิดการเจ็บป่วย สูญเสียอวัยวะหรือบุคคลที่เรารัก สูญเสียสถานภาพทางสังคมสูญเสียคุณค่าของความเป็นบุคคล เป็นต้น

1.1.3.2 การคุกคาม (Threat) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย หรือเมื่อเกิดอันตรายและสูญเสียขึ้นแล้ว บุคคลนั้นได้คิดต่อเนื่องไปถึงความยุ่งยากที่จะเกิดตามมา การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกลัว ความวิตกกังวลหรือกลัวความลำบาก

1.1.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถแก้ไขสถานการณ์ การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกระตือรือร้น ความตื่นเต้นหรือความร่าเริง อาจจะเกิดภาวะคุกตามหรือท้าทายพร้อมๆ กัน เพราะการที่ถูกคุกคามนั้นอาจจะมีความรู้สึกท้าทายร่วมอยู่ด้วยทำให้บุคคลมีความมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้

เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์ที่มากระทบนั้น ก่อให้เกิดอันตราย คุกคามท้าทายต่อชีวิตหรือสุขภาพ บุคคลจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดนั้น 3 ด้าน คือ

1) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล คับข้องใจ

2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางสังคม (Social Behavioral Change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในสังคมความเป็นอยู่ หรือความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ

3) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physiolocial Change) ซึ่งทางด้านร่างกายจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและระบบภูมิคุ้มกัน เป็นปฏิกิริยาที่พบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น หัวใจเต้นเร็วระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เป็นต้น

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด บุคคลจะพยายามใช้กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมิน ประเมินสถานการณ์นั้นต่อไปเพื่อที่จะลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้สภาพทางร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล คือการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal)

1.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal)เป็นกระบวนการ ทางปัญญาที่เกิดต่อจากการประเมินครั้งแรก เมื่อพบว่า ร่างกายได้รับอันตราย ถูกคุกคามหรือท้าทายจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลรู้จักจัดการกับความเครียด โดยใช้วิธีการลดความเครียด อาจเป็นวิธีเดียวหรือหลายวิธีก็ได้ ขณะที่บุคคลใช้ความพยายามในการคิดวิเคราะห์เพื่อที่จะลดความเครียดนั้น บุคคลจะดึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Coping Resource) มาใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดดังนี้

1.2.1 สุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) บุคคลที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมจะมีพลังน้อยในการเผชิญปัญหา ซึ่งต่างจากคนที่มีสุขภาพดี จะมีความอดทนต่อภาวะเครียดและปัญหา รวมทั้งมีพลังในการแก้ปัญหาได้ดีกว่า

1.2.2 ความเชื่อในทางบวก (Positive Belief) เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจที่ทำให้บุคคลมีความหวังและสามารถเผชิญกับความเครียดได้

1.2.3 ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving Skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะหาข้อมูล วิเคราะห์และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดี ซึ่งการมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาจะทำให้บุคคลสะสมความรู้และความสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่อาจนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

1.2.4 ทักษะในการติดต่อกับบุคคล (Social Skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญปัญหา การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์พยาบาลจะได้รับการตอบสนองความต้องการของตนดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดทักษะในด้านนี้

1.2.5 การสนับสนุนจากสังคม (Social Support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น

1.2.6 แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material Resourcess) ได้แก่ เงินหรือสิ่งของหรือบริการที่ต้องใช้เงิน เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการเผชิญได้มากขึ้น

1.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของบุคคลยังไม่ลดลง โดยประเมินจากข้อมูลใหม่ที่ได้เพิ่มเติมจากบุคคลหรือจากการประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว นำมาประกอบการตัดสินใจในการที่จะเลือกวิธีการเผชิญควาเมครียดเพื่อลดหรือแก้ไขภาวะเครียดต่อไป

2. กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)

การเผชิญความเครียดคือ ความพยายามทางด้านสติปัญญา และพฤติกรรมที่จะจัดการกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงทั้งภายนอกและหรือภายใน ที่ถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในกระบวนการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

2.1 ในการสังเกตและการประเมิน จะให้ความสำคัญกับสิ่งที่บุคคลนั้นคิดหรือกระทำอย่างแท้จริง

2.2 สิ่งที่บุคคลนั้นคิดหรือกระทำอย่างแท้จริงนั้นตรวจสอบได้จากสถานการณ์ หรือบริบทที่เฉพาะเจาะจง (Specific Context) เท่านั้น เนื่องจากพฤติกรรมหรือวิธีการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นในเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น

2.3 การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในความคิดและการกระทำในแง่มุมของการเผชิญหน้า (Encounter) อย่างเปิดเผย ในครั้งหนึ่งบุคคลอาจจะเชื่อถือหรือใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง เช่น การปฏิเสธ แต่ในอีกครั้งหนึ่งจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีอื่น เช่น วิธีการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ในกระบวนการเผชิญความเครียดนี้ จะเกิดคาบเกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน โดยผลังจากที่บุคคลไตร่ตรองและดึงแหล่งประโยชน์มาใช้เพื่อจะตัดสินใจในการเผชิญความเครียดแล้ว ก็จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping Strategie) ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) ได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem - focused Coping) และวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ (Emotional - focused Coping)

1. การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem - focused Coping) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาโดยตรง วิธีนี้จะใช้สติปัญญาในการศึกษาหาข้อมูล หาสาเหตุของปัญหาและเลือกวิธีการแก้ไขซึ่งอาจจะได้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ เพื่อที่จะจัดการแก้ปัญหา

2. การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ (Emotional - focused Coping) เป็นวิธีการที่พยามปรับอารมณ์เครียด ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการไม่ยอมรับสถานการณ์ การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้จะไม่พยายามลดหรือแก้ไขสาเหตุของปัญหา บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญนี้เมื่อประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดคือ

1. ลักษณะของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ถ้าสถานการณ์ความเครียดเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะมีผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคล หากความเครียดเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่สั้น บุคคลจะสามารถเผชิญต่อความเครียดได้ง่ายและใช้เวลาสั้นมากกว่า ลักษณะของความเครียดที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

2. ความรุนแรงของความเครียด การที่บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญความเครียดแบบเน้นแก้ไขอารมณ์บ่อยมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเครียด ถ้ามีความเครียดในระดับต่ำ อาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้าน เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเน้นแก้ไขปัญหาและเมื่อมีความเครียดในระดับสูง บุคคลมักใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเน้นแก้ไขอารมณ์มากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984)

3. เพศ จากงานวิจัยของ Biling and Moos (1981) พบว่าการรับรู้ต่อความเครียดในเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน เพศหญิงมักจะใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยใช้อารมณ์มากกว่าใช้สติปัญญาวิเคราะห์แก้ไขปัญหา ส่วนเพศชายพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาของ Gass and Chang (1989) พบว่าเพศชายจะมีการนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้ เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง

4. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้บุคคลมีวุฒิภาวะทางอารมณ์มั่งคง เนื่องจากมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมานาน โดยมีความสามารถในการติดไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984)

5. ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการทางสติปัญญาและมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัว ผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าในแผนการรักษา เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองได้ดีมากกว่า (Orem, 1991) และใช้ประโยชน์จากการเรียนรู้ที่ผ่านมา รวมทั้งผลสะท้อนกลับที่เคยได้รับมาใช้ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jalowiec and Power, 1984)

6. สถานภาพการสมรส เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่มีคู่สมรสมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีมีความเหมาะสม มีอารมณ์มั่นคง สามารถแก้ไขปัญหา และมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ลดความเครียดและส่งผลให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

7. รายได้ของครอบครัว ถ้าครอบครัวมีรายได้สูง จะทำให้มีแหล่งประโยชน์มากขึ้น ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Jalowiec and Power, 1981) สอดคล้องกับการศึกษา พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด และรายได้ของครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ แตกต่างจากการศึกษาของ เจียงคำ (2533) รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

8. ลักษณะของครอบครัว ครอบครัวเดี่ยวจะประกอบด้วยบิดา มารดา บุตรเท่านั้น บิดา มารดา จะเป็นผู้รับผิดชอบภาระหน้าที่ในครอบครัวทุกอย่าง ส่วนในครอบครัวขยายนอกจากบิดา มารดาและบุตรแล้ว ยังมีญาติของทั้งสองฝ่ายอาศัยอยู่ในครอบครัวด้วย เมื่อมีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วย และสมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้ดูและผู้ป่วย ส่วนสมาชิกคนอื่นๆ ก็จะเข้ามามีบทบาทแทน สามารถทำงานแบ่งเบาภาระแทนกันได้

ข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (Constraints Against Utilizing Coping Resource) ความแปลกใหม่และความยุ่งยากซับซ้อนของความเครียดที่หลากหลายนั้นก่อให้เกิดความต้องการที่เกินกว่าแหล่งประโยชน์ของบุคคล ในหลายโอกาสแหล่งประโยชน์นั้นมีอยู่อย่างเพียงพอ แต่บุคคลไม่ได้ใช้อย่างเต็มที่เนื่องจากหากใช้แหล่งประโยชน์อาจเป็นการเพิ่มความขัดแย้งและความกดดัน ปัจจัยที่จำกัดบุคคลในการใช้แหล่งประโยชน์อาจเรียกว่าข้อจำกัด (Constraints) ที่บางคนเกิดขึ้นจากปัจจัยส่วนตัวและบุคคลอื่นๆ อาจเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านตัวบุคคล (Personal Constraints) หมายถึง ค่านิยมทางวัฒนธรรมและความเชื่อภายในตัวบุคคลนั้น ที่มีข้อห้ามในการกระทำหรือแสดงความรู้สึกบางอย่าง ซึ่งค่านิยมทางวัฒนธรรมและความเชื่อเป็นเสมือนบรรทัดที่ตัดสินว่าเมื่อใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม เช่น บางคนมีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมหลายรูปแบบ แต่ไม่สามารถที่จะใช้ได้เนื่องจากการแปลความหมายของการช่วยเหลือนั้น เขาอาจปฏิเสธการช่วยเหลือที่เสนอให้ เพราะคิดว่านั่นหมายถึงว่าเขาขัดสนหรือหมดหนทาง หรืออาจไม่ต้องการเป็นหนี้บุคคลใคร หรือไม่ไว้วางใจถึงเบื้องหลังของการช่วยเหลือนั้น

2. ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Constaints) การต้องแข่งขันใช้แหล่งประโยชน์เดียวกันและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จำกัด

3. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational Outcome)

เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมินและกระบวนการเผชิญความเครียด ผลที่ได้คือทำให้บุคคลมีความปรับตัวซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ (Lazarus and Folkman, 1984)

3.1 การทำหน้าที่ในสังคม (Social Functioning) เป็นวิถีทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจต่อสันพันธภาพในสังคม หรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม การที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน หากบุคคลเกิดความลังเล ไม่แน่ใจหรืออ่อนแอ จะไม่ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม

3.2 ขวัญ (Morale) เป็นผลลัพธ์ทางอารมณ์ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้นและเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบผลสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับการเผชิญความเครียดนั้นหรือไม่

3.3 สุขภาพร่างกาย (Somatic Health) เมื่อมีการปรับตัวที่ดีสุขภาพของร่างกายก็จะดี การปรับตัวที่เป็นผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียดที่กล่าวมาข้างต้นนั้น อาจเกิดขึ้นเพียงด้านใดด้านหนึ่งไม่ครบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลเผชิญ กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ที่ใช้ในการประเมินและกระบวนการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มักจะมีการปรับตัวดีทั้ง 3 ด้าน

**<u>การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (Assessment of Coping)</u>**

เนื่องจากวิธีการเผชิญความเครียดซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหาและชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus นั้นไม่ได้สร้างเครื่องมือประเมินว่าบุคคลมีพฤติกรรมใดบ้างที่แสดงถึงการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละชนิดดังกล่าว ต่อมาในปี ค.ศ.1979 Jalowiec ได้สร้างเครื่องมือวิธีการเผชิญความเครียดเรียกว่า Jalowiec Coping Scale (JCS) ขึ้นตามแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา 15 วิธี และชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ 25 วิธี รวมเป็น 40 วิธี และในปี 1988 Jalowiec ได้พัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความตรงตามโครงสร้างและวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการศึกษาพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมี 36 วิธี แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึก (Palliative Coping)

**ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะรอผ่าตัด**

ภาวะโรคเข่าเสื่อม เป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตที่ผู้ป่วยอาจประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ และการรอเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วย เริ่มต้นแต่การเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ส่วนการผ่าตัดถือเป็นความแปลกใหม่ หรือถึงแม้ในรายที่ผู้ป่วยเคยรับการผ่าตัดมาแล้ว ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดก็ไม่ได้ลดลงตามประสบการณ์ รวมทั้งความไม่แน่นอนในผลการรักษา อาจประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อความเป็นปกติสุขของตนและเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น

**วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในระยะรอผ่าตัด**

วิธีการเผชิญความเครียดเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งเป็นความพยามยามทั้งพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิด ที่จะคลี่คลายเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดโดยที่แต่ละบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลในการจำแนกความหมายและความสำคัญที่มีต่อการเป็นปกติสุข ซึ่งขึ้นกับปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระยะรอผ่าตัด ยังมีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคนี้

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความเครียดในผู้ป่วยและผู้ป่วยในระยะผ่าตัด มีดังนี้

Gurklis and Menke (1988) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด โดยความเครียดทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งปรับสภาพอารมรณ์ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา ส่วนความเครียดทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายหัวใจ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ การปฏิเสธ การสร้างอารมณ์ขัน และหาโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นที่เคยปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว

Murphy and Sutton (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและรูปแบบของการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยทางด้านการเงิน กลัวการปฏิเสธไต กลัวน้ำหนักจะเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตและข้อจำกัดของการมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ แต่ละคะแนนของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการเชิญความเครียดโดยรวมและการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากได้แก่ การยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบทุกครั้งตามสภาพที่เป็นจริงโดยปราศจากอคติ พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อให้ควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น และพยายามนำประสบการณ์เดิมในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา และนอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์

Porter et al. (1991) ศึกษาความเครียดจาความกลัวในช่วงรอการปลูกถ่ายหัวใจ พบว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดจากความกลัวและเป็นห่วงวิตกกังวล มี 4 อย่างได้แก่ ความกลัวการเสียชีวิต ภาระด้านเศรษฐกิจ การพกพาอุปกรณ์สื่อสาร สุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลงและไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่าผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ การปฏิเสธการสร้างอารมณ์ขัน และการหาโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นที่เคยปลูกถ่ายอวัยวะมาแล้ว

Friedman (1993) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจของผู้หญิงวัยชรา จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเครียดต่ำมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตระดับปานกลางถึงสูงมาก ความเครียดที่เกี่ยวกับโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Jalowiec et al. (1994) ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้รอปลูกถ่ายหัวใจ พบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยรอปลูกถ่ายหัวใจ 10 อันดับแรก ได้แก่ การรอปลูกถ่ายหัวใจ การเป็นโรคหัวใจที่อยู่ในระยะสุดท้าย ความกังวลของครอบครัว อาการแสดงความเจ็บป่วย การรอผู้บริจาคหัวใจ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต การไม่มีแรงพลังจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ความรู้สึกเหนื่อยที่มีตลอดเวลา การควบคุมชีวิตได้น้อยลงและการพึ่งผู้อื่น และยังพบว่าผลกระทบจากระยะเวลาในการรอปลูกถ่ายหัวใจผู้ป่วยรับรู้ว่าระยะเวลาที่รอนานเป็นปัจจัยที่ทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น

Ma et al. (1996) ได้ศึกษาการฝึกการผ่อนคลายเพื่อตอบสนองความเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลทางด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กนกวรรณ (2545) ได้ศึกษาถึงความเครียดของผู้ป่วยต้อกระจกในระยะรอผ่าตัด พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรก ได้แก่ การไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน การมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตาบอดหลังการผ่าตัดต้อกระจก การต้องพึ่งพาบุคคลภายในครอบครัว และความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจากด้านร่างกาย การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยต้อกระจกในระยะรอผ่าตัด คือ สวดมนต์ ไหว้พระ อธิษฐานไว้วางใจกับพระเจ้า พยายามพูดคุยปัญหากับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต้อกระจก เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต้อกระจก พยายามทำให้ชีวิตเป็นปกติเท่าที่จะทำได้ กังวลกับปัญหาและยอมรับสถานการณ์ และการเผชิญความเครียดหลายด้านที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นบางครั้ง ได้แก่ ด้านการยอมรับในโชคชะตา ด้านการให้การสนับสนุน ด้านการมองโลกในแง่ดี ด้านการพึ่งตนเอง และด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ขนิษฐา (2534) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนไปทางต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง

ไพพร (2544) ได้ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี พบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวโรคที่เป็นอยู่ กลัวเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ การต้องหยุดทำงาน การดำเนินชีวิตมีความไม่แน่นอนในอนาคต และใช้วิธีการเผชิญความเครียดเป็นด้านการบรรเทาความรู้สึก รองลงมาเป็นด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา วิธีที่ใช้คือพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะสามารถทำได้ และสุดท้ายด้านการจัดการกับอารมณ์ วิธีที่ใช้คือ กังวลใจ กลุ้มใจ

อุบลรัตน์ (2544) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียดจากด้านจิตใจ ความเครียดจากด้านการงานและการเงิน ความเครียดจากด้านครอบครัว ความเครียดจากด้านการดูแลตนเอง และความเครียดจากด้านร่างกาย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเผชิญปัญหาโดยใช้ด้าน

การมองโลกในแง่ดี ด้านการพึ่งตนเอง ด้านการเผชิญหน้าปัญหา ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาการเผชิญปัญหาตามรายข้อ พบว่าผู้ป่วยพยายามทำชีวิตประจำวันให้เป็นปกติ ยอมรับสถานการณ์ ปรับปรุงตนเองเพื่อที่จะจัดการสถานการณ์ พยายามหันเหความสนใจโดยทำสิ่งอื่นแทน เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อเปลี่ยนแปลงความเครียดหรือลดความเครียดลง วิธีการเลือกใช้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับประสบการณ์และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละคน ทำนองเดียวกันในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งมีความเครียดในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตต้องมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด เพื่อคงความสมดุลของร่างกายจิตใจไว้เช่นกัน

**<u>แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับวิธีการทางสุขศึกษา และการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและลดความเครียด</u>**

ประภาเพ็ญ (2534) กล่าวว่า วิธีการทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการทางการศึกษาอย่างหนึ่ง เพราะสุขศึกษาเป็นการให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ดังนั้นในทางการแพทย์และการสาธารณสุขจึงถือว่า วิธีการทางศึกษากับสุขศึกษาเป็นสิ่งเดียวกัน เพราะว่าจุดมุ่งหมายของการให้สุขศึกษา คือ การมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และจุดมุ่งหมายของการศึกษาก็มุ่งหวังให้ประชาชนเกิดคามรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ และการกระทำในลักษณะที่สังคมต้องการอย่างมีเหตุผล ซึ่งก็เป็นจุดมุ่งหมายเดียวกันนั่นเอง การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของสังคมและวิธีการสุขศึกษาอันจะขาดเสียมิได้ เพราะกิจกรรมของวิธีการสุขศึกษาจะช่วยจัดเตรียมและรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญา ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามันในทางที่ถูกต้อง รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างสิ่งเหล่านี้ให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไปกว่าเดิม สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีอยู่แล้วเนื่องจากหัวใจของการให้การศึกษาอยู่ที่การเรียนรู้ อันมีผลมาจากการเรียนการสอน ดังนั้นวิธีการทางสุขศึกษาจึงมีการสอนรวมอยู่ด้วย

สุขศึกษา คือ กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ ซึ่งมีผลทำให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือการใช้วิธีการหรือกระบวนการทางการศึกษาเพื่อให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นกิจกรรมทางสุขศึกษาจะช่วยให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพุทธิปัญญา ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในทางที่ถูกต้อง

วิธีการสอนสุขศึกษา หมายถึง วิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้รวมทั้งการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดจนสภาพที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะการเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นในตัวผู้เรียน ดังนั้นวิธีการสอนสุขศึกษาจึงหมายถึง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่บุคคลหรือประชาชนเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่บุคคลหรือประชาชนเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องเลือกวิธีการสอนสุขศึกษาให้เหมาะสมกับผู้เรียน จึงจะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**<u>แนวคิดของการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ</u>**

การพัฒนาการสาธารณสุขมุ่งหวังเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในการพัฒนาสาธารณสุขกับการพัฒนางานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์มีความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาการสาธารณสุข เพราะงานสุขศึกษาเป็นงานที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความรู้ความสามารถในการพัฒนาสุขภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ การที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของครอบครัวและชุมชนได้นั้น ประชาชนจำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และประสบการณ์ในระดับหนึ่ง ตลอดจนได้รับข่าวสารความรู้ที่จำเป็น ทันสมัยและต่อเนื่อง จึงจะช่วยให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพได้

กระบวนการสุขศึกษา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคลเกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพใน 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ เกิดเจตคติ ค่านิยมและการปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน จะขาดส่วนหนึ่งส่วนใดมิได้ เพราะจะทำให้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่สมบูรณ์ตามต้องการ เป้าหมายสุดท้ายของการเรียนรู้ตามกระบวนการสุขศึกษา คือบุคคลสามารถตัดสินใจปฏิบัติตนที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และตัดสินใจไม่ปฏิบัติตนในเรื่องที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง

การดำเนินการตามกระบวนการสุขศึกษา จะต้องดำเนินการตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ ต้องวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาข้อเท็จจริงว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่ต้องการ พฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการ และจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ด้วยวิธีการใด อย่างไรบ้าง จะต้องกำหนดกิจกรรมหรือการกระทำให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติเพื่อให้บุคคลได้เรียนรู้ จนเกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ในที่สุด

การดำเนินการสุขศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จำเป็นจะต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานหรือโครงการสุขศึกษา และจะต้องวิเคราะห์หาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพื่อนำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมทางสุขศึกษาในการแก้ไขพฤติกรรมหรือปลูกฝังพฤติกรรม จึงจะทำให้การดำเนินงานสุขศึกษาได้ผลและมีประสิทธิภาพ

## กลวิธีทางสุขศึกษา

สุรีย์ (2527) ได้กล่าวว่ากลวิธีทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเองรวมทั้งการเลือกและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไป

กลวิธีทางสุขศึกษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เฉพาะสำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมายไม่มีวิธีใดที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับทางเรื่องราวและทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเรื่องราวที่ต้องการจะให้รู้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอาจจะเปลี่ยนเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันหลายด้านก็ได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดหลักของสุขศึกษาจะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน เกิดขึ้นในตัวบุคคล คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (Knowledge)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ (Attitude)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตน (Practice)

ลักษณะกลวิธีทางสุขศึกษา กลวิธีทางสุขศึกษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติได้หลายแบบด้วยกัน ได้แก่

1. วิธีการสุขศึกษารายบุคคล คือ การให้สุขศึกษาเฉพาะบุคคล โดยพิจารณาเรื่องให้เหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ ได้แก่

1.1 การถาม – ตอบ

1.2 การบรรยาย

1.3 การสาธิต

1.4 การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป

1.5 การให้คำปรึกษา

2. วิธีการสุขศึกษาเป็นกลุ่ม คือ การให้สุขศึกษากับบุคคลที่รวมกลุ่มกันและมีความใกล้เคียงในเรื่องของปัญหา ได้แก่

2.1 การอภิปรายกลุ่ม

2.2 บรรยาย

2.3 การสาธิต

2.4 สัมมนา

2.5 อภิปรายหมู่

2.6 นิทรรศการ

3. วิธีการสุขศึกษาชุมชน คือ การให้สุขศึกษานอกระบบการศึกษา วิธีดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิก ได้แก่

3.1 การจัดชุมชนหรือการเตรียมชุมชน

3.2 การบรรยายชุม

3.3 การฝึกอบรม

3.4 การใช้ต้นแบบ

4. วิธีการสุขศึกษามวลชน คือ การให้สุขศึกษาโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่

4.1 วิทยุ

4.2 โทรทัศน์

4.3 หนังสือพิมพ์

4.4 สิ่งตีพิมพ์รูปเล่ม เช่น ตำรา วารสาร จุลสาร

4.5 หอกระจายข่าว

กลวิธีทางสุขศึกษาดังกล่าวต่างก็มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ลักษณะที่แตกต่างกัน

เกณฑ์การเลือกวิธีการสุขศึกษา การเลือกใช้วิธีสุขศึกษาที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญ และจำเป็นจะต้องมีเกณฑ์หรือองค์ประกอบต่าง ๆ สำหรับการพิจารณาซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้จัดกิจกรรมสุขศึกษา จะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่จัดกิจกรรมสุขศึกษา รวมทั้งการมีบุคลิกภาพเป็นที่ยอมรับ

2. ผู้รับหรือกลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องพิจารณาเลือกวิธีการสุขศึกษาให้สอดคล้องกับขนาดของกลุ่ม ระดับสติปัญญา พื้นฐานการศึกษาประสบการณ์เดิม อายุ รวมทั้งสังคมสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้การจัดกิจกรรมสุขศึกษาในการถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และฝึกทักษะเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยมต่าง ๆ ยังเกิดผลในทิศทางที่ถึงประสงค์

3. วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่าจะต้องให้ผู้รับการเปลี่ยนแปลงถึงขึ้นไหน ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัว การมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการสุขศึกษาได้ถูกต้องและเหมาะสม

4. เนื้อหาสาระ ในแต่ละเรื่องจะมีเนื้อหาสาระที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะซึ่งจะใช้วิธีการสุขศึกษาไม่เหมือนกัน เช่น วิธีการทำน้ำให้สะอาด อาจจะต้องใช้การบรรยายประกอบการสาธิต

5. เวลาและสิ่งอำนวยความสะดวก พิจารณาได้ดังนี้

5.1 เวลาสำหรับการเตรียมการ ถ้าเวลาเตรียมการน้อยจำเป็นต้องเลือกวิธีง่าย แต่ถ้ามีเวลามากก็สามารถที่จะเลือกวิธีที่ซับซ้อนและมีประสิทธิภาพ

5.2 ช่วงเวลาของวัน มีผลเป็นอันมากต่อการเลือกใช้วิธีการสุขศึกษา เช่น ในช่วงเช้าผู้เรียนยังมีความกระปรี้กระเปร่า อาจจะใช้วิธีการบรรยายได้ แต่ในช่วงบ่ายอาจจะต้องเปลี่ยนเป็นวิธีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เป็นต้น

5.3 สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่สำหรับการประชุมกลุ่ม สื่อในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ฯลฯ ถ้าสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวมีพร้อมจะไม่เป็นปัญหาต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการสุขศึกษาที่เหมาะสม

ประภาเพ็ญ (2534) ได้กล่าวว่า วิธีการให้สุขศึกษาที่ดีที่สุดวิธีเดียวไม่ได้ แต่ควรใช้หลาย ๆ วิธีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และสิ่งแวดล้อมในการถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนึงถึงเนื้อหาการสอนสุขศึกษาที่เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตจริง สุรีย์ (2527) กล่าวว่าวิธีการสอนสุขศึกษา โดยการบรรยายนั้นเป็นการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์แก่ผู้ฟังได้มากในเวลาจำกัดไม่เสียเวลาที่ผู้ฟังจะไปศึกษาเอง ทั้งยังใช้ได้เป็นอย่างดีกับหลักการพื้นฐาน และข้อเท็จจริงต่าง ๆ นอกจากนี้ เมื่อให้ความรู้เสร็จแล้วควรมีการแจกเอกสารแผ่นพับ เพื่อเป็นการเตือนความจำหรือเป็นคู่มือของผู้เรียนต่อไป

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกระบวนการทางสุขศึกษา ได้แก่ การสนทนารายบุคคล โดยเลือกใช้สื่อประกอบ ได้แก่ เอกสารแผนพับ และภาพพลิก และการฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด

**<u>การสนทนารายบุคคล</u>**

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช (2546) การสนทนารายบุคคลเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) ของบุคคลสองคน ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันในการเป็นผู้ให้ข่าวสาร และผู้รับข่าวสาร ซึ่งมีพฤติกรรมของการสื่อสารนั้นจะเกิดประสิทธิผลเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ

1. บุคลิกภาพของผู้ให้ข่าวสาร
2. ความพร้อมในการรับข่าวสารของผู้รับ
3. คุณภาพของข่าวสารที่จะให้ในการสื่อสาร
4. วิธีการสื่อสารเพื่อให้ข่าวสารนั้นชัดเจนและน่าสนใจ

การสนทนารายบุคคลเป็นวิธีการหนึ่งของกระบวนการสุขศึกษาที่นิยมใช้ในทีมสุขศึกษา เพื่อการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จากการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ พบว่า การสื่อสารของบุคคลต่อบุคคลมีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้สื่อต่าง ๆ เพราะผู้ให้ข่าวสารและผู้รับข่าวสารได้มีโอกาสทำความเข้าใจร่วมกันและตรงกันต่อข่าวสารนั้น ๆ รวมทั้งสามารถซักถาม พูดคุยเสนอแนะ อันจะนำไปสู่การสร้างสรรค์ในกระบวนการสื่อสารได้ ซึ่งในกลวิธีการสุขศึกษาที่นิยมใช้มากที่สุดในโรงพยาบาล คือ การสนทนารายบุคคล ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของการให้และรับบริการ

**<u>วัตถุประสงค์ของการสนทนารายบุคคลในงานสุขศึกษา</u>**

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช (2546) มีวัตุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อแลกเปลี่ยน / ถ่ายทอด ข้อมูลข่าวสารด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ

2. เพื่อสร้างความเข้าใจต่อกันทั้งผู้ให้และผู้รับ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย

3. เพื่อสร้างการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองทั้งของผู้ให้และผู้รับว่าจะต้องทำอะไรและทำอย่างไร

4. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้งผู้ให้และผู้รับ เกิดความคุ้นเคย การยอมรับและเชื่อถือ

5. เพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ของพฤติกรรมสุขภาพ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และความต้องการบริการ ทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ

**<u>สื่อภาพพลิก</u>**

หลักในการเลือกสื่อการเรียนการสอน (ภาควิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการศึกษา สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, 2539) คือให้สื่อนั้น

1. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
2. ตรงกับเนื้อหา
3. น่าสนใจ
4. เหมาะสมกับผู้เรียน
5. สะดวกต่อการใช้และการเก็บรักษา

คุณค่าของสื่อ (ภาควิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการศึกษา สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, 2539)

1. ช่วยให้ผู้เรียน เรียนรู้ได้ดีขึ้นจากประสบการณ์ที่มีความหมายในรูปแบบต่าง ๆ
2. ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้นจากการเห็นภาพจริงประกอบการอธิบายและใช้เวลาน้อยลง
3. ช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจในการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้
4. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความประทับใจ มั่นใจ และจดจำได้นาน
5. ช่วยส่งเสริมการคิดและการแก้ปัญหาในการเรียนรู้

**ประโยชน์ของภาพพลิก**

อภิวันท์ (2545) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของภาพพลิก ดังนี้

1. นำเสนอเรื่องราวที่ต้องการเรียงลำดับก่อน-หลัง

2. ผลิตได้ด้วยตนเอง ราคาไม่แพง หรือผลิตเป็นสื่อสำเร็จรูปโดยหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน

3. สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายหรือนำติดตัวไป

4. ผู้รับสามารถซักถามเมื่อมีข้อสงสัยในการนำเสนอแต่ละภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจง่าย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้จัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยการใช้การสนทนารายบุคคล ภาพพลิกประกอบการสอน และได้เลือกรูปแบบการลดความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและเหมาะสมกับสภาวะการณ์มากที่สุด เนื่องจากในโปรแกรมสุขศึกษานั้นเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการรับทราบและต้องปฏิบัติอย่างถูกวิธีเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ลดความเครียดและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากความเครียดจากการผ่าตัด

ในการวิจัยผู้วิจัยได้เลือกสื่อที่จะนำมาถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ป่วย ลักษณะเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด ซึ่งได้แก่ ภาพพลิก ซึ่งเป็นภาพถ่ายจากสถานที่และสถานการณ์จริง เป็นการจัดลำดับเรียงเนื้อหาก่อนหลังเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกันเรื่องเดียวกันตลอดตั้งแต่ต้นจนจบ

**การฝึกหายใจ**

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) การปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนวดผ่อนคลายความเครียด การนั่งสมาธิ การฝึกหายใจ การฟังเพลง เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การฝึกการหายใจเพื่อลดความเครียด เพราะเป็นวิธีที่ง่าย ใช้ได้ทุก

สถานที่ และผู้ป่วยที่อยู่ในขณะผ่าตัดนั้น ต้องนอนนิ่ง ๆ เพื่อให้แพทย์ทำผ่าตัด ดังนั้นการฝึกหายใจจึงเป็นวิธีที่ผู้วิจัยเลือกใช้เพื่อลดความเครียด ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่ และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้อง และลำไส้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใสเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

**<u>วิธีการฝึก</u>**

นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณหน้าท้อง ค่อย ๆ กายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกว่าท้องพองออก

กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

**<u>ผลดีจากการฝึกคลายเครียด</u>**

ขณะฝึกอัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

หลังการฝึก ใจเย็น ความวิตกกังวลลดลง สบายใจขึ้น สมาธิดีขึ้น ความจำดีขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น สมองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

**<u>การฝึกปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า</u>**

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**<u>การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียม</u>**

จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายได้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงสภาพเดิมให้มากที่สุด กิจกรรมต่าง ๆ ต้องค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และตามดุลพินิจของแพทย์เจ้าของไข้

**วันที่ 1 ของการผ่าตัด**

1. นอนราบยกขาสูงเล็กน้อยโดยใช้หมอนรองใต้ขาข้างที่ทำการผ่าตัด (เพื่อลดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า)

2. กระดกข้อเท้าขึ้นลงทุกครั้งเมื่อรู้สึกตัว

**วันที่ 2 ของการผ่าตัด**

1. ออกกำลังข้อเท้าด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงแล้วหมุนเป็นวงกลมนานครั้งละ 5-10 นาที

2. ลุกนั่งทุก 2 ชั่วโมง โดยการโหนจับบาร์ดึงตัวขึ้นนั่งออกกำลังแขนทั้ง 2 ข้าง และเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3. นั่งและหายใจลึก ๆ เพื่อบริหารปอด

4. ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise) โดยการเกร็งข้อเข่าให้ติดพื้น นับ 1-5 อย่างช้า ๆ พัก 3-5 วินาที ทำจนครบ 10 ครั้งแล้วเปลี่ยนบริหารเข่าข้างดีเช่นเดียวกันนับเป็น 1 รอบ

**วันที่ 2-3 ของการผ่าตัด**

1. เมื่อแพทย์เอาท่อระบายเลือดที่ตกค้างออกแล้ว ขาข้างที่ผ่าตัดเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นข้างละ 20 ครั้ง ทำวันละ 3 รอบ เช้า กลางวัน เย็น และยังคงใช้หมอนรองที่เข่าให้สูงและห้ามงอเข่าข้างที่ทำผ่าตัด

**วันที่ 3-4 ของการผ่าตัด**

1. ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาต่อ

2. เมื่อแพทย์เอาเครื่องพยุงออก (Jone's Bandage) พยายามให้ขาข้างที่ผ่าตัดเหยียดตรงและยกสูงวางบนหมอน 2 ใบ

3. ลองยกขาสูงด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลหรือญาติคอยช่วยใกล้ ๆ

4. พยายามช่วยตนเองให้มากที่สุด

**วันที่ 4-5 ของการผ่าตัด**

1. ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาต่อและทำให้มากขึ้นอาจเพิ่มเป็นรอบละ 30 ครั้ง

2. เมื่อแพทย์อนุญาตให้หัดนั่งห้อยขา, งอขาข้างที่ผ่าตัดพยายามกดเข่าให้งอมากที่สุดให้ได้อย่างน้อย 90 องศา

**วันที่ 5-7 ของการผ่าตัด**

1. ออกกำลังกายเหมือนวันที่ 4-5 หลังผ่าตัด

2. เคลื่อนย้ายตัวลงเก้าอี้ นั่ง ยืน พยายามงอเข่าให้ได้ 90 องศา (เพื่อป้องกันข้อเข่าเทียมติดแข็ง)

3. หัดยืนและเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker ลงน้ำหนักข้างที่ทำการผ่าตัดให้เต็มที่หรือเท่าที่จะทนได้

**หลังจากตัดไหมในวันที่ 7 หรือ 10 หลังผ่าตัด**

1. ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างต่อเนื่อง

2. ยืน – เดิน ได้ตามปกติโดยใช้เครื่องช่วยเดิน

3. งอเหยียดเข่าข้างที่ทำการผ่าตัดได้เต็มที่ คือ งอเข่าได้ 90 องศา หรือมากกว่า

**สิ่งที่ควรปฏิบัติ**

1. รับประทานยาที่แพทย์สั่งให้ครบ ห้ามหยุดยาเอง

2. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาอย่างสม่ำเสมอ

3. ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังให้สะอาดและแห้ง

4. ดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะแคลเซียม วิตามินซี และควบคุมไม่ให้น้ำหนักเพิ่ม โดยรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด

5. ถ้ามีอาการผิดปกติต่าง ๆ ให้มาพบแพทย์ก่อนเวลานัด เช่น

5.1 อาการบวม แดง ร้อน หรือปวดมาก

5.2 มีของเหลวไหลออกมาจากบาดแผล

5.3 ข้อเข่าถูกกระแทกแรง ๆ เช่น การล้ม

**การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน**

1. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข่าข้างที่ได้รับการผ่าตัด

1.1 ระวังอย่าให้น้ำเข้าแผลผ่าตัด จนกว่าจะตัดไหมหรือนำลวดที่เย็บที่แผลผ่าตัดออก ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์

1.2 มีผ้าสะอาดปิดแผลผ่าตัดตลอดเวลา

2. อาหาร

ควรรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ผักใบเขียว ตับ ซึ่งมีความสำคัญต่อการหายของแผลและส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

3. การป้องกันอุบัติเหตุต่อข้อเข่าที่ผ่าตัด

ควรระวังมิให้หกล้มโดยใช้เครื่องพยุง เป็นอุปกรณ์ฝึกการช่วยเดินชนิด 4 ขา มาช่วยจนกว่าจะสามารถเดินและนั่งได้อย่างคล่องแคล่ว เพราะการเกิดกระดูกหักบริเวณข้อเข่าเทียมจะรักษาได้ยากกว่าการผ่าตัดกระดูกหักธรรมดา

4. ควรงดการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 6-8 สัปดาห์

5. หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้ข้อเข่าเทียมหลุดได้ ได้แก่ การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ๆ การนั่งไขว่ห้าง

6. การออกกำลังกายที่ห้ามทำหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การวิ่ง การกระโดด เพื่อลดการกระแทกของข้อเข่าเทียม

7. ถ้ามีการอักเสบติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เกิดแผลตามร่างกาย ฟันผุ ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อป้องกันเชื้อโรคกระจายไปตามกระแสเลือดและอาจไปฟักตัวบริเวณข้อเข่าเทียม

8. หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต้องพบแพทย์ผ่าตัดตามนัดเพื่อตรวจดูสภาพของข้อเข่าเทียมและการได้รับการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จะนัด 2 สัปดาห์จากนั้นปรับเป็นทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และทุก 1 ปี

9. ข้อเข่าเทียมเป็นส่วนผสมของโลหะ เมื่อต้องรับการตรวจการวินิจฉัยจากเครื่องตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือต้องผ่าตัดที่มีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าห้ามเลือด หรือต้องเดินทางโดยเครื่องบิน ต้องแจ้งให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ

10. การออกกำลังกายที่บ้านเมื่อกลับไปพักที่บ้าน

10.1 ให้บริหารเหมือนกับที่อยู่โรงพยาบาล

10.2 งอเข่าลากงอข้อเท้าเข้ามาชิดตัวและขณะลากงอเข้ามาในท่านอนหงายครั้งละ 5-10 นาที ประมาณ 3-4 ครั้งหลังอาหาร

10.3 ประมาณ 4-6 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการบริหารให้มากขึ้นตามลำดับโดย

10.3.1 นอนยกขาข้างผ่าตัดขึ้นสูง

10.3.2 นั่งบนเตียงใช้ผ้าคล้องขาข้างผ่าตัด ออกแรงดึงผ้าเพื่อช่วยให้งอเข่ามากขึ้นแล้วเหยียดเข่าออกให้ทำ 10-20 ครั้ง ทำประมาณ 3-4 เวลาหลังอาหาร

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยใช้วิธีการทางสุขศึกษาและการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้กับผู้ป่วยรอการผ่าตัดมีดังนี้

กนกพร (2527) ได้ศึกษา ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้มากกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนดีกว่าของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะเครียดและความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gaskey (1987) รายงานการประเมินผลของการเยี่ยมก่อนการผ่าตัดโดยวิดีโอเทป ผลพบว่าผู้ป่วยที่ดูวิดีโอเทปก่อนการผ่าตัดมีความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับยารับความรู้สึกได้ดีกว่าผู้ที่รับคำแนะนำจากพยาบาลวิสัญญี

นันทพร (2540) ได้ศึกษา ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนึ่งวันก่อนผ่าตัด และก่อนเข้ารับการผ่าตัด

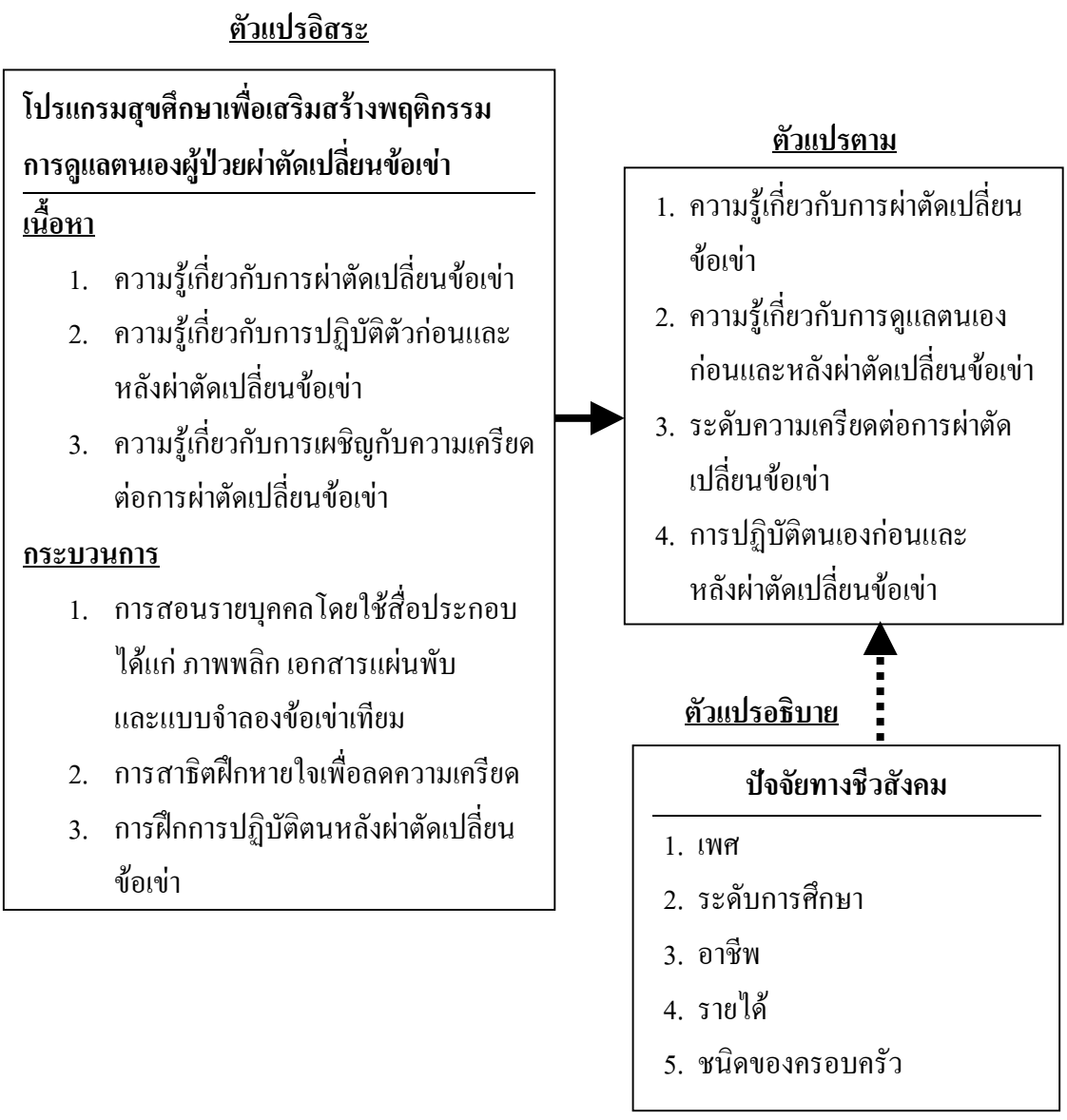
สริญญา (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษา สามารถลดความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้เมื่อได้รับคำศึกษาอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผล

McDonald et al. (2004) ได้ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ตรงกับความต้องการและภาวะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ประกอบกับการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจะช่วยลดความวิตกกังวลและระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังพบว่าการให้สุขศึกษาที่มีมาตรฐานสูงกว่า

การให้คำแนะนำทั่วไปจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัดในด้านความเจ็บปวด การทำงานของอวัยวะที่ถูกผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดในงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

**<u>กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร</u>**



## สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่อง

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.3 ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.4 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

**สมมติฐานที่ 2** ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มควบคุมในเรื่อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2.3 ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

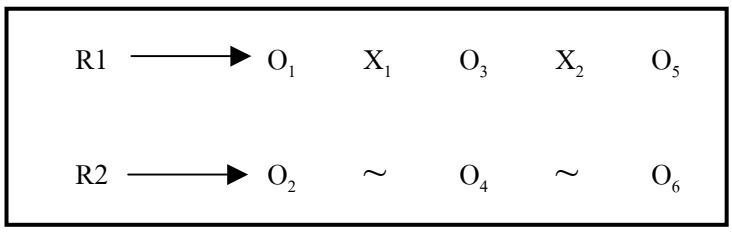
2.4 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

# อุปกรณ์และวิธีการ

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง (Field-experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลอง (Experimental Design) แบบกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมมีการวัดก่อนหลัง (Pre test-Post test Static Group Comparison Design) โดยมีแผนภูมิการทดลองดังนี้

**แบบแผนการทดลอง**




R1 หมายถึง กลุ่มทดลอง (Experimental group)

R2 หมายถึง กลุ่มควบคุม (Control group)

$O_1$ $O_2$ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre – test)

$O_3$ $O_4$ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post – test)

$O_5$ $O_6$ หมายถึง การติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังการผ่าตัด 14 วัน โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

~ หมายถึง การได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

$X_1$ $X_2$ หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดย

$X_1$ หมายถึง กิจกรรมที่ 1 วันที่ 1 เป็นการบรรยายประกอบภาพพลิก แผ่นพับและแบบจำลองข้อเข่าเทียม เรื่องลดความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

$X_2$ หมายถึง กิจกรรมที่ 2 วันที่ 5 เป็นการบรรยายโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่บ้านและเรื่องวันมาตรวจตามแพทย์นัด

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเดือนเมษายน 2549 ถึง กรกฎาคม 2549

### กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยวิธีการได้มาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในช่วงเดือนเมษายน 2549 ถึง กรกฎาคม 2549 จำนวน 60 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assignment) จะได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 เนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษาได้แก่

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.1.3 ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.2 กระบวนการขอโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่

1.2.1 การสอนรายบุคคลโดยใช้สื่อประกอบ

1.2.2 การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด

1.2.3 การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้า (Structured Interview Guide) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 ตอน คือ

**<u>ตอนที่ 1</u>** แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของครอบครัว

**<u>ตอนที่ 2</u>** แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยมีค่าคะแนน 0-15 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูง

**เกณฑ์การให้คะแนน**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ตอบถูก | ได้ | 1 | คะแนน |
| ตอบผิด | ได้ | 0 | คะแนน |
| ตอบไม่ทราบ | ได้ | 0 | คะแนน |

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 26 ข้อ โดยมีค่าคะแนน 0-26 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูง

**เกณฑ์การให้คะแนน**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ตอบถูก | ได้ | 1 | คะแนน |
| ตอบผิด | ได้ | 0 | คะแนน |
| ตอบไม่ทราบ | ได้ | 0 | คะแนน |

**ส่วนที่ 3** แบบวัดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย ประโยคบอกเล่า 28 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราวัด 4 หน่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลแสดงปริมาณและทิศทาง ด้วยช่วงคะแนน 28-112 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูง

ข้อความที่เป็นข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative Statement)

| | | |
|---|---|---|
| 4 | หมายถึง | มีความเครียดต่อกิจกรรมนี้มากที่สุด |
| 3 | หมายถึง | มีความเครียดต่อกิจกรรมนี้มาก |
| 2 | หมายถึง | มีความเครียดต่อกิจกรรมนี้ |
| 1 | หมายถึง | ไม่มีความเครียดต่อกิจกรรมนี้ |

**ส่วนที่ 4** แบบวัดการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย ประโยคบอกเล่า 22 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราวัด 4 หน่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลแสดงปริมาณและทิศทาง ด้วยช่วงคะแนน 22-88 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูง

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ข้อความที่เป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement)

4 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้มากที่สุด
3 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้มาก
2 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้น้อย
1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้

**<u>การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</u>**

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ศึกษาค้นคว้าหนังสือทางวิชาการ ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโปรแกรมสุขศึกษา ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย

3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างโปรแกรมสุขศึกษา โดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. นำโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำมาใช้

**<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล</u>**

1. ศึกษาค้นคว้า ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสารต่างๆ

2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย

3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษา มาสร้างแบบพิมพ์เขียวโดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามพิมพ์เขียว

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น เสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

6. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย

6.1 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความตรง (Validity) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

6.2 นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability)

6.3 แบบสัมภาษณ์วัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ได้นำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก และค่าความยากง่ายรายข้อ โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) โดยค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92

6.4 แบบสัมภาษณ์วัดความเครียดผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach (1993) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

6.5 แบบสัมภาษณ์วัดการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach (1993) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ.83

7. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพการนำไปใช้จริง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบแผนการทดลองที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. การทดสอบก่อนการทดลอง โดยการให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้ทำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้แล้ว

2. การดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นแต่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

3. การทดสอบภายหลังการทดลองโดยการให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้ทำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

4. ติดตามผลพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ทำแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว 14 วัน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้กำหนดขั้นตอนดังนี้

1. ได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์

2. ข้อมูลทางชีวสังคมนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยการทดสอบค่าที (Paired Samples t – test)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Independent Samples t – test)

## การนำเสนอผลงานวิจัย

การสรุปและรายงานการวิจัยโดยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเป็นการบรรยายประกอบตารางและเป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

## สถานที่และระยะเวลาในการวิจัย

### สถานที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องตรวจ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

### ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาในการทดลองและการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน 2549 ถึง เดือนกรกฎาคม 2549

# ผลการวิจัยและวิจารณ์

## ผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาเชิงทดลองในสถานการณ์จริงโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญคือ การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในด้านความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยใช้ Paired Samples t – test การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t – test ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 2 ข้อ นอกจากนั้นยังใช้สถิติชั้นรองในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยการวิเคราะห์สถิติทั้งหมดนี้ได้กระทำรวมในแต่ละตอนเป็นรายด้าน และรายข้อของแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละตอนมีดังนี้

**ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง**

**ตารางที่ 1** ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

| ลักษณะทางชีวสังคม | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. อายุ | | | | |
| 51-60 ปี | 5 | 16.67 | 7 | 23.33 |
| 61-70 ปี | 11 | 36.67 | 13 | 43.33 |
| 71-80 ปี | 14 | 46.66 | 10 | 33.34 |
| 2. เพศ | | | | |
| ชาย | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 |
| หญิง | 28 | 93.33 | 28 | 93.33 |
| 3. ระดับการศึกษา | | | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 1 | 3.33 | 1 | 3.33 |
| ประถมศึกษา | 19 | 63.33 | 23 | 76.67 |
| มัธยมศึกษา | 5 | 16.67 | 3 | 10.00 |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 0 | 0 | 1 | 3.33 |
| ปริญญาตรี | 5 | 16.67 | 2 | 6.67 |
| 4. อาชีพ | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 17 | 56.67 | 16 | 53.33 |
| ค้าขาย | 5 | 16.67 | 8 | 26.67 |
| รับจ้าง | 1 | 3.33 | 0 | 0 |
| รับราชการ | 4 | 13.33 | 3 | 10.00 |
| อื่น ๆ (เกษียณ) | 3 | 10.00 | 3 | 10.00 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ลักษณะทางชีวสังคม | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 5 | 16.67 | 3 | 10.00 |
| $\leq$ 3,000 บาท | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 |
| 3,001 บาท – 5,000 บาท | 1 | 3.33 | 3 | 10.00 |
| 5,001 บาท – 7,000 บาท | 4 | 13.33 | 1 | 3.33 |
| 7,001 บาท – 10,000 บาท | 5 | 16.67 | 0 | 0 |
| 10,001 บาท ขึ้นไป | 13 | 43.33 | 21 | 70.00 |
| 6. ชนิดครอบครัว | | | | |
| เดี่ยว | 2 | 6.67 | 0 | 0 |
| ขยาย | 28 | 93.33 | 30 | 100.00 |

**จากตารางที่ 1** ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สามารถจำแนกได้ดังนี้

**ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มทดลอง**

1. อายุ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 46.66 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี รองลงมาร้อยละ 36.67 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี และร้อยละ 16.67 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี

2. เพศ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 93.33 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 6.67 เป็นเพศชาย

3. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 63.33 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 16.67 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี และร้อยละ 3.33 ไม่ได้ศึกษา

4. อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 56.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 16.67 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 13.33 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 10.00 ประกอบอาชีพเกษียณจากราชการ และร้อยละ 3.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 43.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 16.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,001 – 10,000 บาท และ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 13.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 6.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท และร้อยละ 3.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001 – 5,000 บาท

6. ชนิดครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 93.33เป็นครอบครัวขยาย และร้อยละ 6.67 เป็นครอบครัวเดี่ยว

**<u>ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มควบคุม</u>**

1. อายุ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 43.33 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี รองลงมาร้อยละ 33.34 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี และร้อยละ 23.33 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี

2. เพศ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 93.33 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 6.67 เป็นเพศชาย

3. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 76.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 10.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.67 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 3.33 มีการศึกษาระดับอนุปริญญา และไม่ได้ศึกษา

4. อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 53.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 26.67 ประกอบอาชีพค้าขาย และร้อยละ 10.00 ประกอบอาชีพรับราชการและอาชีพเกษียณจากราชการ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 10 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001 ถึง 5,000 บาท และไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท และร้อยละ 3.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 7,000 บาท

6. ชนิดครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม ทั้งหมดเป็นครอบครัวขยาย

**ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา**

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)** คือ โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

1. เนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

1.3 การเผชิญความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. กระบวนการของโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่

2.1 การสนทนารายบุคคลโดยใช้สื่อประกอบ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ ภาพพลิก และแบบจำลองข้อเข่าเทียม

2.2 การสาธิตฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด

2.3 การฝึกการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

**ตัวแปรตาม (Dependent Variables)** ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

3. ระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

4. การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้แบ่งระดับของตัวแปร โดยใช้การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\overline{X}$ + ½ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\overline{X} \pm$ ½ S.D.
ระดับต่ำ ค่าคะแนนอยู่ระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\overline{X}$ - ½ S.D.

รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 2-33

**1. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด**

**ระดับคะแนนความรู้มีดังนี้**

**ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา**

กลุ่มทดลอง
ความรู้ระดับสูง คือ ได้คะแนนระหว่าง 7.53 ถึง 15
ความรู้ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง 5.02 ถึง 7.52
ความรู้ระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง 2.00 ถึง 5.01

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 6.72 ถึง 9.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 5.28 ถึง 6.71 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนระหว่าง 2.00 ถึง 5.27 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 11.61 ถึง 15.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 8.74 ถึง 11.60 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 8.73 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 8.14 ถึง 10.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 6.87 ถึง 8.13 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 6.86 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 12.79 ถึง 15.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9.76 ถึง 12.78 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 9.75 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 10.35 ถึง 14.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 8.32 ถึง 10.34 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 ถึง 8.31 |

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 2-4

**ตารางที่ 2** ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| ระดับความรู้ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความรู้ระดับสูง | 6 | 20.00 | 12 | 40.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 10 | 33.33 | 10 | 33.33 |
| ความรู้ระดับต่ำ | 14 | 46.67 | 8 | 26.67 |
| | $\overline{X}$ = 6.27 | S.D. = 2.50 | $\overline{X}$ = 6.00 | S.D. = 1.44 |

**จากตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 2.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67

**ตารางที่ 3** ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความรู้ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความรู้ระดับสูง | 10 | 33.33 | 7 | 23.33 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 11 | 36.67 | 15 | 50.00 |
| ความรู้ระดับต่ำ | 9 | 30.00 | 8 | 26.67 |
| | $\overline{X}$ = 10.17 | S.D. = 2.87 | $\overline{X}$ = 7.50 | S.D. = 1.25 |

**จากตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมามีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33

**ตารางที่ 4** ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความรู้ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความรู้ระดับสูง | 12 | 40.00 | 8 | 26.67 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 10 | 33.33 | 12 | 40.00 |
| ความรู้ระดับต่ำ | 8 | 26.67 | 10 | 33.33 |
| | $\overline{X}$ = 11.27 | S.D. = 3.03 | $\overline{X}$ = 9.33 | S.D. = 2.11 |

**จากตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.67

**2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**ระดับคะแนนความรู้มีดังนี้**

**ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 11.00 ถึง 23.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 5.67 ถึง 10.99 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนระหว่าง 3.00 ถึง 5.66 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 11.08 ถึง 22.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 6.19 ถึง 11.07 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนระหว่าง 4.00 ถึง 6.18 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 16.04 ถึง 26.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 8.23 ถึง 16.03 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 3.00 ถึง 8.22 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความรู้ระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 11.27 ถึง 17.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 7.68 ถึง 11.26 |
| ความรู้ระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 4.00 ถึง 7.67 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน**

กลุ่มทดลอง
ความรู้ระดับสูง คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 19.17 ถึง 26.00
ความรู้ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 13.04 ถึง 16.16
ความรู้ระดับต่ำ คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 13.03

กลุ่มควบคุม
ความรู้ระดับสูง คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15.81 ถึง 22.00
ความรู้ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 11.54 ถึง 15.80
ความรู้ระดับต่ำ คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 6.00 ถึง 11.53

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 5-7

**ตารางที่ 5** ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| ระดับความรู้ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความรู้ระดับสูง | 7 | 23.33 | 6 | 20.00 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 9 | 30.00 | 11 | 26.67 |
| ความรู้ระดับต่ำ | 14 | 46.67 | 13 | 43.33 |
| | $\overline{X}$ = 8.33 | S.D. = 5.30 | $\overline{X}$ = 8.63 | S.D. = 4.88 |

**จากตารางที่ 5** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00

**ตารางที่ 6** ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความรู้ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความรู้ระดับสูง | 8 | 26.67 | 7 | 23.33 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 9 | 30.00 | 13 | 43.34 |
| ความรู้ระดับต่ำ | 13 | 43.33 | 10 | 33.33 |
| | $\overline{X}$ = 12.13 | S.D. = 7.81 | $\overline{X}$ = 9.47 | S.D. = 3.59 |

**จากตารางที่ 6** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.34 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33

**ตารางที่ 7** ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความรู้ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความรู้ระดับสูง | 8 | 26.67 | 11 | 36.67 |
| ความรู้ระดับปานกลาง | 14 | 46.66 | 7 | 23.33 |
| ความรู้ระดับต่ำ | 8 | 26.67 | 12 | 40.00 |
| | $\overline{X}$ = 16.10 | S.D. = 6.12 | $\overline{X}$ = 13.67 | S.D. = 4.26 |

**จากตารางที่ 7** ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ46.66 และมีความรู้อยู่ในระดับสูงและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.33

**3. ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**ระดับคะแนนความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีดังนี้**

**ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความเครียดระดับสูง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 80.96 ถึง 89.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 73:71 ถึง 80.95 |
| ความเครียดระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนระหว่าง 55.00 ถึง 73.70 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความเครียดระดับสูง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 80.99 ถึง 87.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนระหว่าง 73:68 ถึง 80.98 |
| ความเครียดระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนระหว่าง 55.00 ถึง 73.67 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความเครียดระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 76.67 ถึง 84.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 64.88 ถึง 76.66 |
| ความเครียดระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 38.00 ถึง 64.87 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความเครียดระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 79.26 ถึง 85.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 73.75 ถึง 79.25 |
| ความเครียดระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 61.00 ถึง 73.74 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| ความเครียดระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 77.19 ถึง 86.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 62.18 ถึง 77.18 |
| ความเครียดระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 33.00 ถึง 62.17 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| ความเครียดระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 73.47 ถึง 79.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 68.29 ถึง 73.46 |
| ความเครียดระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 59.00 ถึง 68.28 |

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 8-10

**ตารางที่ 8** ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| ระดับความเครียด | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความเครียดระดับสูง | 11 | 36.67 | 10 | 33.33 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | 12 | 40.00 | 12 | 40.00 |
| ความเครียดระดับต่ำ | 7 | 23.33 | 8 | 26.67 |
| | $\overline{X}$ = 77.33 | S.D. = 7.25 | $\overline{X}$ = 77.33 | S.D. = 7.30 |

**จากตารางที่ 8** ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.67 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.33 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67

**ตารางที่ 9** ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความเครียด | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความเครียดระดับสูง | 11 | 36.67 | 10 | 33.33 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | 13 | 43.33 | 12 | 40.00 |
| ความเครียดระดับต่ำ | 6 | 20.00 | 8 | 26.67 |
| | $\overline{X}$ = 70.77 | S.D. = 11.78 | $\overline{X}$ = 76.50 | S.D. = 5.51 |

**จากตารางที่ 9** ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67

**ตารางที่ 10** ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความเครียด | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความเครียดระดับสูง | 10 | 33.33 | 9 | 30.00 |
| ความเครียดระดับปานกลาง | 15 | 50.00 | 12 | 40.00 |
| ความเครียดระดับต่ำ | 5 | 16.67 | 9 | 30.00 |
| | $\overline{X}$ = 69.67 | S.D. = 15.01 | $\overline{X}$ = 70.87 | S.D. = 5.18 |

**จากตารางที่ 10** ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00

**4. การปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**ระดับคะแนนการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีดังนี้**

**ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา**

กลุ่มทดลอง
การปฏิบัติตนระดับสูง คือ ได้คะแนนระหว่าง 60.38 ถึง 72.00
การปฏิบัติตนระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง 55.57 ถึง 60.37
การปฏิบัติตนระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง 51.00 ถึง 55.56

กลุ่มควบคุม
การปฏิบัติตนระดับสูง คือ ได้คะแนนระหว่าง 60.19 ถึง 73.00
การปฏิบัติตนระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง 55.48 ถึง 60.18
การปฏิบัติตนระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง 51.00 ถึง 55.47

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| การปฏิบัติตนระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 70.02 ถึง 88.00 |
| การปฏิบัติตนระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 60.73 ถึง 70.01 |
| การปฏิบัติตนระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 55.00 ถึง 60.72 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| การปฏิบัติตนระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 60.62 ถึง 73.00 |
| การปฏิบัติตนระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 56.13 ถึง 60.61 |
| การปฏิบัติตนระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 51.00 ถึง 56.12 |

**หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน**

กลุ่มทดลอง

| | |
|---|---|
| การปฏิบัติตนระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 71.91 ถึง 88.00 |
| การปฏิบัติตนระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 63.16 ถึง 71.90 |
| การปฏิบัติตนระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 55.00 ถึง 63.15 |

กลุ่มควบคุม

| | |
|---|---|
| การปฏิบัติตนระดับสูง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 63.02 ถึง 73.00 |
| การปฏิบัติตนระดับปานกลาง | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 56.73 ถึง 63.01 |
| การปฏิบัติตนระดับต่ำ | คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 51.00 ถึง 56.72 |

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 11-13

**ตารางที่ 11** ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| ระดับการปฏิบัติตน | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ปฏิบัติตนระดับสูง | 6 | 20.00 | 4 | 13.33 |
| ปฏิบัติตนระดับปานกลาง | 15 | 50.00 | 18 | 60.00 |
| ปฏิบัติตนระดับต่ำ | 9 | 30.00 | 8 | 26.67 |
| | $\overline{X}$ = 57.97 | S.D. = 4.81 | $\overline{X}$ = 57.83 | S.D. = 4.71 |

**จากตารางที่ 11** ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.33

**ตารางที่ 12** ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับการปฏิบัติตน | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ปฏิบัติตนระดับสูง | 5 | 16.67 | 4 | 13.33 |
| ปฏิบัติตนระดับปานกลาง | 13 | 43.33 | 17 | 56.67 |
| ปฏิบัติตนระดับต่ำ | 12 | 40.00 | 9 | 30.00 |
| | $\overline{X}$ = 65.37 | S.D. = 9.27 | $\overline{X}$ = 58.37 | S.D. = 4.48 |

**จากตารางที่ 12** ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67 และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.33

**<u>ตารางที่ 13</u>** ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับการปฏิบัติตน | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ปฏิบัติตนระดับสูง | 6 | 20.00 | 5 | 16.67 |
| ปฏิบัติตนระดับปานกลาง | 15 | 50.00 | 17 | 56.66 |
| ปฏิบัติตนระดับต่ำ | 9 | 30.00 | 8 | 26.67 |
| | $\overline{X}$ = 67.53 | S.D. = 8.75 | $\overline{X}$ = 59.87 | S.D. = 6.28 |

**จากตารางที่ 13** ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.66 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67

**ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน**

**ตอนที่ 3.1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (t – test)

ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 14-18

**ตารางที่ 14** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| การทดสอบความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 6.27 | 2.50 | |
| | | | | 0.51 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 6.00 | 1.44 | |

**จากตารางที่ 14** พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 15** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| การทดสอบความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 8.33 | 5.30 | |
| | | | | 0.23 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 8.63 | 4.88 | |

**จากตารางที่ 15** พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 16** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| การทดสอบความเครียด | n | $\overline{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 77.33 | 7.25 | |
| | | | | 0.00 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 77.33 | 7.30 | |

**จากตารางที่ 16** พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 17** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

| การทดสอบการปฏิบัติตน | n | $\overline{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 57.97 | 4.81 | |
| | | | | 0.11 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 57.83 | 4.71 | |

**จากตารางที่ 17** พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าไม่แตกต่างกัน

**ตอนที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1**

**3.2.1 สมมติฐานที่ 1.1** กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 18-19

**ตารางที่ 18** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| การทดสอบความรู้ | n | $\overline{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 6.27 | 2.50 | |
| | | | | 7.61*** |
| หลังการทดลองทันที | 30 | 10.17 | 2.87 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 18** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ตารางที่ 19** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| การทดสอบความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 6.27 | 2.50 | |
| | | | | 8.751 *** |
| หลังการทดลอง 14 วัน | 30 | 11.27 | 3.03 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 19** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1.1 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 1.1 ทั้งหมด

**3.2.2 สมมติฐานที่ 1.2** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 20-21

**ตารางที่ 20** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| การทดสอบความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 8.33 | 5.30 | |
| | | | | 4.04 *** |
| หลังการทดลองทันที | 30 | 12.13 | 7.81 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 20** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ตารางที่ 21** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| การทดสอบความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 8.23 | 5.30 | |
| | | | | 8.638*** |
| หลังการทดลอง 14 วัน | 30 | 16.10 | 7.81 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 21** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1.2 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 1.2 ทั้งหมด

**3.2.3 สมมติฐานที่ 1.3** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าลดลง การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 22-23

**ตารางที่ 22** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความเครียด | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 77.23 | 7.25 | |
| | | | | 4.14 *** |
| หลังการทดลองทันที | 30 | 70.77 | 11.78 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 22** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าลดลงหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ตารางที่ 23** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความเครียด | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 77.23 | 7.25 | |
| | | | | 3.21*** |
| หลังการทดลอง 14 วัน | 30 | 69.67 | 15.01 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 23** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าลดลง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1.3 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 1.3 ทั้งหมด

**3.2.4 สมมติฐานที่ 1.4** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าได้รับโปรแกรมสุขศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Paired Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 24-25

**ตารางที่ 24** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับการปฏิบัติตน | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 57.97 | 4.81 | |
| | | | | 6.94 *** |
| หลังการทดลองทันที | 30 | 65.37 | 9.27 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 24** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ตารางที่ 25** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับการปฏิบัติตน | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 30 | 59.97 | 4.81 | |
| | | | | 9.316*** |
| หลังการทดลอง 14 วัน | 30 | 67.53 | 8.74 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 25** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1.4 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 1.4 ทั้งหมด

**ตอนที่ 3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2**

**3.3.1 สมมติฐานที่ 2.1** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 26-27

**ตารางที่ 26** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 10.17 | 2.87 | 4.67*** |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 7.50 | 1.25 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 26** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ตารางที่ 27** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 11.27 | 3.0 | 2.871*** |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 9.33 | 2.11 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 27** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.1 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 2.1 ทั้งหมด

**3.3.2 สมมติฐานที่ 2.2** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 28-29

**ตารางที่ 28** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 12.13 | 7.81 | |
| | | | | 1.70 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 9.47 | 3.59 | |

**จากตารางที่ 28** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 29** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความรู้ | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 16.10 | 6.12 | |
| | | | | 1.787 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 13.67 | 4.26 | |

**จากตารางที่ 29** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.2 พบว่าไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 2.2

**3.3.3 สมมติฐานที่ 2.3** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 30-31

**ตารางที่ 30** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับความเครียด | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 70.77 | 11.78 | 2.415* |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 76.50 | 5.51 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 30** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ตารางที่ 31** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับความเครียด | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 69.67 | 15.00 | |
| | | | | 0.414 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 70.87 | 5.18 | |

**จากตารางที่ 31** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความเครียดหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.3 พบว่าไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 2.3

**3.3.4 สมมติฐานที่ 2.4** กำหนดไว้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 32-33

**ตารางที่ 32** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทุดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที

| ระดับการปฏิบัติตน | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 65.37 | 9.27 | |
| | | | | 3.72** |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 58.37 | 4.48 | |

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

**จากตารางที่ 32** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**<u>ตารางที่ 33</u>** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทุดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน

| ระดับการปฏิบัติตน | n | $\bar{X}$ | S.D. | t |
|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | 30 | 67.53 | 8.75 | |
| | | | | 3.898*** |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 59.87 | 6.28 | |

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

**จากตารางที่ 33** พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**สรุป** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2.4 พบว่ายอมรับสมมติฐานที่ 2.4 ทั้งหมด

## <u>ข้อวิจารณ์</u>

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ระดับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดกลุ่มทดลองร้อยละ 46.67 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดสูงมากขึ้น คือร้อยละ 33.33 แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงมากขึ้น ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ46.67 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามากขึ้นคือร้อยละ 26.67 แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงมากขึ้น ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลสูง

ซึ่งสอดคล้องกับ Gaskey (1987) รายงานการประเมินผลของการเยี่ยมก่อนการผ่าตัดโดยวิดีโอเทป ผลพบว่าผู้ป่วยที่ดูวิดีโอเทปก่อนการผ่าตัดซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้และปฏิบัติตัวเกี่ยวกับยาระงับความรู้สึกได้ดีกว่าผู้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิสัญญี ศิริพร (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังและการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพ็ญแข (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังดีกว่าการทดลอง และดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ

3. ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองร้อยละ 36.67 มีความครียดอยู่ในระดับสูง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 มีความเครียดต่อการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร (2527) ได้ศึกษา ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้มากกว่าการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนดีกว่าของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะเครียดและความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นันทพร (2540) ได้ศึกษาผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนึ่งวันก่อนผ่าตัด และก่อนเข้ารับการผ่าตัด สริญญา (2543) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีการให้คำปรึกษา สามารถลดความเครียดของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้เมื่อได้รับคำศึกษาอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผล และ McDonald et al. (2004) ได้ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ตรงกับความต้องการและภาวะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ประกอบกับการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจะช่วยลดความวิตกกังวล และระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังพบว่าการให้สุขศึกษาที่มีมาตรฐานสูงกว่าการให้คำแนะนำทั่วไปจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัดในด้านความเจ็บปวด การทำงานของอวัยวะที่ถูกผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

4. การปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองร้อยละ 30.0 มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง สูงมากขึ้นคือร้อยละ 43.33 ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริพร (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในโรงพยาบาล เลิศสิน พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังและการผ่าตัด การรับรู้ความสามารถตนเอง

ความคาดหวังในผลดีของการร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพ็ญแข (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพื่อลดความเครียด มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังดีกว่าการทดลอง และดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในกลุ่มทดลอง และข้อมูลจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ทัศนคติต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองมีระดับสูงขึ้น

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีประสิทธิผลสูง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวข้างต้น

# สรุปและข้อเสนอแนะ

## สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง (Field-experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลอง (Experimental Design) แบบก่อน – หลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามการมาตรวจตามนัด (Pre test – Post test static Group Comparison Design and follow up) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ทัศนคติต่อการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง และกลวิธีทางสุขศึกษามาใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการให้สุขศึกษาโดยวิธีบรรยาย การสนทนารายบุคคล สื่อภาพพลิก แผ่นพับและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัยอันจะนำไปกำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินงานในหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ห้องตรวจโรค กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยตรวจสอบความเชื่อมั่นในส่วนแบบวัดความรู้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี Kuder Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .92 ส่วนความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86 และ .83 ตามลำดับ และนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t – test

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เริ่มดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2548 ถึง กรกฎาคม 2549 สรุปผลการวิจัย ดังนี้

**<u>สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย</u>**

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย คือ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่นำทฤษฎีความสามารถของตนเองและกลวิธีทางสุขศึกษาเป็นหลักในการจัดเนื้อหา และรูปแบบการให้โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุมมีความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีขึ้น แต่มีความเครียดลดลง จากการวัดประสิทธิผลของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ

**<u>สรุปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา</u>**

1. ลักษณะทางชีวสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจากกลุ่มทดลอง อายุ พบว่า ส่วนมากร้อยละ 46.66 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี รองลงมาร้อยละ 36.67 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี และร้อยละ 16.67 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี เพศ พบว่า ส่วนมากร้อยละ 93.33 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 6.67 เป็นเพศชาย ระดับการศึกษา ส่วนมากร้อยละ 63.33 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 16.67 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี และร้อยละ 3.33 ไม่ได้ศึกษา อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากร้อยละ 56.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 16.67 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 13.33 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 10.00 ประกอบอาชีพเกษียณจากราชการ และร้อยละ 3.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากร้อยละ 43.33 มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 16.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,001-10,000 บาท ร้อยละ 13.33 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท และร้อยละ 3.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-5,000 บาท ชนิดครอบครัว พบว่า ส่วนมากร้อยละ 93.33 เป็นครอบครัวขยาย และ

ร้อยละ 6.67 เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จากกลุ่มควบคุม อายุ พบว่า ส่วนมาก ร้อยละ 43.33 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี รองลงมาร้อยละ 33.34 อายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี และร้อยละ 23.33 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี เพศ พบว่า ส่วนมากร้อยละ 93.33 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 6.67 เป็นเพศชาย ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนมากร้อยละ 76.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา ร้อยละ 10.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.67 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 3.33 มีการศึกษาระดับอนุปริญญาและไม่ได้ศึกษา อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากร้อยละ 53.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 26.67 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 10.00 ประกอบอาชีพ รับราชการและเกษียณจากราชการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากร้อยละ 70.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 10.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,001-5,000 บาท และไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท และร้อยละ 3.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-7,000 บาท ชนิดครอบครัวทั้งหมด เป็นครอบครัวขยาย

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และตัวแปรตามได้แก่ ความรู้เรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความเครียดของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สรุปผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33

2.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมทันที ของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.67

2.6 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรม 14 วัน ของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.67 และมีความรู้อยู่ในระดับสูงและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.67

2.7 ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมามีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.33

2.8 ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.00

2.9 ความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 14 วัน พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมามีความเครียดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.67

2.10 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00

2.11 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ40.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67

2.12 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมามีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ30.00 และมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับสูง 20.00

**<u>สรุปผลตามการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด</u>**

โดยสรุปแต่ละสมมติฐาน ดังนี้

**<u>สมมติฐานที่ 1</u>**

สมมติฐานที่ 1.1 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1.1 คือกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.2 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1.2 คือกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.3 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1.3 คือกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1.4 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1.4 คือกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

**<u>สมมติฐานที่ 2</u>**

สมมติฐานที่ 2.1 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2.1 คือกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 สนับสนุนตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2.2 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2.2 คือกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญ ไม่สนับสนุนสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2.3 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2.3 คือกลุ่มทดลองมีความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ ตามลำดับ สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน

สมมติฐานที่ 2.4 กำหนดไว้ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันทีและนาน 14 วัน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2.4 คือกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 และ 0.001ตามลำดับ สนับสนุนตามสมมติฐาน

# ข้อเสนอแนะ

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีประสิทธิผลสูงในการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าโดยใช้กระบวนการให้สุขศึกษารายบุคคลประกอบสื่อ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีความเครียดในระดับต่ำและพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอย่างดี ดังนั้นการที่จะเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจึงควรกำหนดนโยบายในการจัดรูปแบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทุกคน โดยให้โปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยใช้รูปแบบการให้สุขศึกษาโดยการใช้การสนทนารายบุคคล

## ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และความรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ฉะนั้นเพื่อการดำเนินงานการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพควรกำหนดแนวทางในการให้สุขศึกษาดังนี้

1. จัดให้มีการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยใช้การสนทนารายบุคคล

2. การที่ผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในครั้งนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในทางที่ดีขึ้น และลดความเครียดต่อการผ่าตัด ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อเข่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาถ่ายทอดความรู้และประโยชน์ที่ได้จากการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาไปยังผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ยังไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

3. การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะต้องดำเนินการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องโดยมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

4. ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการให้สุขศึกษาโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ากับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทุกคนในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด หรือมีความเครียดน้อยที่สุดต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

**<u>ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป</u>**

1. ควรนำวิธีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ผู้ป่วยผ่าตัดใส่โลหะดามกระดูกสันหลัง แก่ผู้ป่วยในกองออร์โธปิดิคส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีลดความเครียดต่อการผ่าตัดโดยวิธีอื่น เพื่อจะได้เลือกรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการลดความเครียด เช่น การจัดให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Help Self Group) การสวดมนต์ การฟังเพลง การนวดศีรษะ เพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น

# เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กฤษณ์ กาญจนฤกษ์. 2545. บทบาทของผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ในการดูแลหลังผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม. **เข่าเสื่อม.** บริษัท เนชัน มัลติมีเดีย กรุ๊ป จำกัด(มหาชน), กรุงเทพฯ.

กนกพร สุคำวัง. 2527. **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญความเครียดในไอ.ซี.ยู.ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนกวรรณ หอมจันทนากุล. 2545. **ความเครียดของผู้ป่วยต้อกระจกในระยะรอผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2541. **คู่มือคลายเครียด**. โรงพิมพ์ดีไซน์ จำกัด, กรุงเทพฯ.

กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2545. **รายงานสถิติประจำปี 2547**. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพฯ.

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. 2546. **การสนทนารายบุคคล**. สุพรรณบุรี. (อัดสำเนา)

เกษร สำเภาทอง. 2536. **ประสิทธิผลของโปรมแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขนิษฐา นาคะ. 2534. **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณาจารย์ภาควิชาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการศึกษา. 2539. สื่อการสอน. **เอกสารประกอบการสอนวิชาเทคโนโลยีการศึกษา**. คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, กรุงเทพฯ.

จันทนา ทองชื่น. 2545. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จารุณี นันทวโนยาน. 2539. **การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจียงคำ อินทรวิชัย. 2533. **การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เฉลิมพล ตันสกุล. 2536. **ประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้อบรมกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน โรงงงานฟอกหนัง จังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดำรงค์ ธนะชานันท์. 2545. การรักษาโรคเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัด. **เข่าเสื่อม**. บริษัท เนชั่น มัลติมีเดีย กรุ๊ป จำกัด (มหาชน), กรุงเทพฯ.

ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์. 2545. สาระน่ารู้และประสบการณ์เรื่องเข่าเสื่อม. **เข่าเสื่อม**. บริษัทเนชั่น มัลติมีเดีย กรุ๊ป จำกัด (มหาชน), กรุงเทพฯ.

นงลักษณ์ บุญเยีย. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทพร แสนศิริพันธ์. 2540. **ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา เวียงพิทักษ์. 2546. **ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยในระยะวิกฤติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พนมพร เลขะเจริญ. 2532. **ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ฉุ้นประดับ. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญแข วิจิตร. 2547. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โนโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาเกษตรศาสตร์.

ไพพร แซ่เตีย. 2544. **สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับการฉายรังสี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจมาศ ม่วงทอง. 2544. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

รุ่งทิพย์ โพธิ์ชุ่ม. 2544. **ต้นเหตุความเครียด ระดับความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วนิดา ยืนยง. 2537. **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรด้วยโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ นาครัตน์. 2533. **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณี สัตยนิวัฒน์. 2539. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ. **การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์**. โรงพิมพ์อักษรไทย, กรุงเทพฯ.

ศิริพร ยุทธวราภรณ์. 2544. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในโรงพยาบาลเลิศสิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริมา เขมะเพชร. 2540. **ประสิทธิผลโปรมแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภาพร สาลิกา. 2544. **ความเครียด สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และวิธีการลดความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถจักรกลหนักในเขตจังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสารคาม.

สุกันยา ฉัตรสุวรรณ. 2529. **ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสินผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดผู้ป่วยโรคต้อกระจก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีย์ จันทรโมลี. 2527. **วิธีการทางสุขศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญวิทย์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สุดารัตน์ หนูหอม. 2544. **อิทธิพลของเชาว์อารมณ์ที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. 2545. สื่อให้ความรู้ทางสุขภาพ. **การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรีการพิมพ์, ชลบุรี.

อารี ตนาวลี. 2548. ทำความเข้าใจเรื่องข้อเข่าเทียม.**การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.** แหล่งที่มา http://www.orthochula.com /tka.html, 28 มิถุนายน 2548.

อุราวดี เจริญไชย. 2541. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bandura, A. 1977a. **Social Learning Theory.** Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersy.

_____. 1977b. Self-efficacy**.** Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological review**. 87: 191 - 215.

Billing, G.A. and R.H. Moos. 1981. The role of coping response and social resources in attenuating the impact of stressful life events. **Journal of Behavioral Medicine**. 4: 139 – 157.

Calvin, R.L. and C.L. Lane. 1999. Perioperative uncertainty and stat anxiety of orthopaedic surgical patients. **Orthopaedic Nursing**. 18: 61 - 66.

Friedman, M.M. 1993. Stressor and perceive in older woman with heart disease. **American Heart Association.** 29(4): 25 - 29.

Gaskey, L.K. 1987. Evaluation of the effect of a perioperative anesthesia videotape. **Journal of the American Association of Nurse Anesthesia**. 55(4): 314 - 345.

Gass, K.A. and A.S. Chang. 1989. Appraisal of bereavement, coping, resource, and psychosocial health dysfunction in window and windowers. **Nursing Research**. 38 (1): 31 – 36.

Gurklis, J.A. and E.M. Menke. 1988. Stressor and use of coping method in chronic hemodialysis patients. **Nursing research.** 37: 236 - 239.

Hirth, A.M. and M.T. Stewart. 1994. Hope and social support as coping resources for adults waiting for cardiac transplantation. **Canadian Journal Research**. 26(3): 31 – 49.

Jalowiec, Murphy, S.P. and M.J. Powers. 1984. Psychomethic assessment of the Jalowiec coping scale. **Nursing research.** 33(3): 157 - 161.

Lasarus, R.S. and S. Folkman. 1984. **Stress appraisal and coping**. Mc Graw-Hill, New York.

Ma, Y.L., L.J.Qin and Z.F. Han. 1966. Relaxation training on stress response to abdominal surgery. **Chung Hua Hu Tsa Chih.** 31(7): 337 - 380.

McDonal, S. and D. Saslow. 2004. Pre-operation education for hip or knee replacement. **Pub Med**. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez.html, June 10, 2005.

Murphy, S.P.and T.D. Sutton. 1989. Stressor and patterns of coping in renal transplant patients. **Nursing Research.** 38(1): 44 - 49.

Orem, D.E. 1991. **Nursing concepts of practice**. McGraw-Hill: New York.

Porter, R.R., and G. Wilson. 1991. Stress during the waiting period: a review of pretransplantation fears. **Critical Care Nurse Quarterly**. 13(4): 25 - 31.

Selye, H. 1976. **The stress of life**. Mc Graw-Hill: New York.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก

## รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

# รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผ.ศ. พ.อ.กฤษณ์ กาญจนฤกษ์ พบ.
   ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกอง กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
   รองประธานอนุกรรมการผ่าตัดโรคข้อเข่าและข้อสะโพก
   ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

2 ผ.ศ. พ.อ.ธไนนิธย์ โชตนภูติ พบ.
   ตำแหน่ง ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
   คณะอนุกรรมการผ่าตัดโรคข้อเข่าและข้อสะโพก ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์
   แห่งประเทศไทย

3. พ.ต.หญิง ธมนพัชร์ สิมากร พย.ม. (สาขาการบริหารพยาบาล)
   ตำแหน่ง ที่ปรึกษาศูนย์บริหารคุณภาพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
   พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
   โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

# ภาคผนวก ข

## แบบสัมภาษณ์

**แบบสัมภาษณ์สำหรับใช้ในการวิจัย**

**เอกสารพิทักษ์สิทธิ**

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ

ดิฉัน พ.ต.หญิง รจนา สุขสุนิตย์ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อมูลที่ได้รับจากท่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด

การให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ท่านมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ และท่านยินดีตอบรับแล้วยังมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้ โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา ดิฉันหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

พ.ต.หญิง รจนา สุขสุนิตย์
ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดข้างบนอย่างครบถ้วน และมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

(.....)
ผู้เข้าร่วมวิจัย

# แบบสัมภาษณ์

**เรื่อง** ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**โครงสร้าง**

**ตอนที่ 1** แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทางด้านชีวสังคม

**ตอนที่ 2** แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- **ส่วนที่ 1** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- **ส่วนที่ 2** แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- **ส่วนที่ 3** แบบประเมินความเครียดผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
- **ส่วนที่ 4** แบบวัดการปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

**<u>ตอนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม</u>**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ
   - ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ระดับการศึกษา
   - ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
   - ☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
   - ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ ค้าขาย
   - ☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน
   - ☐ ไม่มีรายได้ ☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท
   - ☐ 3,001 บาท – 5,000 บาท ☐ 5,001 บาท ถึง 7,000 บาท
   - ☐ 7,001 บาท – 10,000 บาท ☐ 10,001 บาท ขึ้นไป
6. ชนิดครอบครัว
   - ☐ เดี่ยว ☐ ขยาย

**สำหรับผู้วิจัย**

การผ่าตัด.....

วัน เดือน ปี ที่ผ่าตัด.....

ข้อวินิจฉัยก่อนผ่าตัด.....

ข้อวินิจฉัยหลังผ่าตัด.....

**<u>ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในของผู้ป่วย</u>**

**ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำตอบดังนี้

ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายความว่า ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้ว่าข้อนั้นถูกหรือผิด

| ข้อความ | คำตอบ | | |
|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 1. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมวิธีสุดท้ายเมื่อไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น | | | |
| 2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นผ่าตัดที่มีการตัดกระดูกที่เสื่อมออกและมีการใส่ข้อเข่าไปทดแทน | | | |
| 3. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นการผ่าตัดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเจ็บปวดของข้อเข่า | | | |
| 4. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าช่วยทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวอย่างแข็งแรงและมั่นคง | | | |
| 5. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นการแก้ไขรูปร่างข้อเข่าที่ผิดปกติให้เป็นปกติ | | | |
| 6. ในรายที่มีการเสื่อมของลูกสะบ้า แพทย์จะพิจารณาว่าเสื่อมมากเพียงใด ถ้ามีการเสื่อมเล็กน้อยก็ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนลูกสะบ้า | | | |
| 7. หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าส่วนใหญ่ แพทย์จะใส่ท่อระบายเลือดและของเหลวออกจากแผลผ่าตัด เพื่อช่วยให้มีการระบายเลือดและของเหลวที่เสียออกจากแผลผ่าตัด แต่ถ้าเห็นว่าเลือดออกไม่มาก ก็จะไม่จำเป็นต้องใส่ท่อระบายดังกล่าว | | | |

| ข้อความ | คำตอบ | | |
|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 8. หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า แผลผ่าตัดจะถูกพันด้วยสำลี ม้วน และผ้าพันแผลเพื่อลดอาการบวมของข้อเข่า | | | |
| 9. เมื่อนอนพักฟื้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประมาณ 1 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยก็จะถูกส่งกลับไปยังห้องพักฟื้นต่อยังตึกผู้ป่วย | | | |
| 10. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยา การรักษาโดยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในระยะที่อาการของโรคยังไม่รุนแรง | | | |
| 11. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง หรือ ดมยาสลบ | | | |
| 12. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับการพันแถบรัดห้ามเลือด เพื่อช่วยห้ามเลือดในระหว่างผ่าตัด ซึ่งท่านอาจจะรู้สึกตึงต้นขาเล็กน้อยระหว่างผ่าตัด | | | |
| 13. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับการจัดท่าที่เหมาะสมแก่การผ่าตัด | | | |
| 14. ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดปัญหาของการอั้นปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่แพทย์จะสวนคาสายปัสสาวะและถุงปัสสาวะไว้และถอดออกภายหลัง | | | |
| 15. ก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ท่านจะได้รับการทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ และน้ำยาฆ่าเชื้อบริเวณเข่าที่จะได้รับการผ่าตัด | | | |

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำตอบดังนี้

ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่ทราบ หมายความว่า ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้ว่าข้อนั้นถูกหรือผิด

| ข้อความ | คำตอบ | | |
|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 1. ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะต้องได้รับการปรึกษาและการดูแลจากอายุแพทย์ก่อน | | | |
| 2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะพบในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นญาติและครอบครัวจึงมีบทบาทร่วมอันสำคัญในการดูแลผู้ป่วย | | | |
| 3. หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าวันแรก ผู้ป่วยสามารถขยับข้อเท้าขยับตัวเบา ๆ เพื่อลดความปวดเมื่อย และเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับได้ตั้งแต่ในช่วงเย็นในวันที่ผ่าตัด | | | |
| 4. เมื่อได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด หากมีอาการคลื่นไส้ สามารถแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านได้ | | | |
| 5. การรับประทานอาหารตามที่โรงพยาบาลได้จัดให้นั้น ทีมโภชนาการได้จัดอาหารให้มีสารอาหารเหมาะสม ได้แก่ ธาตุเหล็ก โปรตีน ช่วยการหายของแผล ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง | | | |
| 6. ควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 1-2 ลิตร เพื่อทดแทนการเสียเลือดจากการผ่าตัด | | | |
| 7. การดูแลแผลผ่าตัดไม่ควรเปิดแผลผ่าตัดเอง | | | |
| 8. ควรดูแลไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ | | | |
| 9. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด | | | |

| ข้อความ | คำตอบ | | |
|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 11. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันของเส้นเลือดบริเวณขา | | | |
| 12. อาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน คือ ปวดบวมที่ต้นขา น่อง ข้อเท้า และถ้ากดบริเวณดังกล่าวจะเจ็บปวดร่วมด้วย | | | |
| 13. การบริหารหลังการผ่าตัดวันแรก โดยการขยับข้อเท้าขึ้นลงและหมุนข้อเท้า ช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และป้องกันการอุดตันของเส้นเลือด | | | |
| 14. ท่านจะได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สายระบายเลือดในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด | | | |
| 15. การบริหารเข่าที่ถูกต้องจะช่วยลดความเจ็บปวด ลดบวม และทำให้สามารถเดินได้เร็วมากขึ้น | | | |
| 16. การบริหารในวันแรกหลังการผ่าตัด สามารถเกร็งเข่าได้โดยไม่เกิดปัญหาต่อแผลผ่าตัดที่ข้อเข่า | | | |
| 17. เมื่อถอดสายระบายเลือด และถอดสำลีที่พันเข่าออกแล้ว จึงเริ่มฝึกบริหารงอเข่า โดยเริ่มจากทำบนเตียงก่อน และเมื่อทำได้ดีจึงให้ฝึกทำข้างเตียง | | | |
| 18. ท่านจะเริ่มบริหารโดยการนั่งห้อยขาข้างเตียง ใช้เท้าของขาที่ไม่ได้ผ่าตัด ประคองขาข้างที่ผ่าตัดได้ในวันที่ 3 ของการผ่าตัด | | | |
| 19. ท่านสามารถใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินเป็นเครื่องพยุง (วอคเกอร์) ได้หลังการผ่าตัดในวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัด | | | |
| 20. ท่านควรหลีกเลี่ยงการนั่งขัดสมาธิ การนั่งยอง ๆ หรือการนั่งพับเพียบ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า | | | |
| 21. การออกกำลังที่ห้ามทำหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คือ การวิ่งการกระโดด เพื่อลดการกระแทกของข้อเข่าเทียม | | | |

| ข้อความ | คำตอบ | | |
|---|---|---|---|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่ทราบ |
| 23. ควรงดการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 6-8 สัปดาห์ | | | |
| 24. ถ้ามีการอักเสบ ติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เกิดแผลตามร่างกาย ฟันผุ ควรรีบพบแพทย์ เพื่อป้องกันเชื้อโรคกระจายไปตามกระแสเลือดและอาจไปพักตัวบริเวณข้อเข่าเทียม | | | |
| 25. หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าต้องพบแพทย์ผ่าตัดตามนัด เพื่อตรวจดูสภาพของข้อเข่าเทียม และการได้รับการรักษา การได้รับยาที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่จะนัด 2 สัปดาห์จากนั้นปรับเป็นทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ ทุก 1 ปี | | | |
| 26. ข้อเข่าเทียมเป็นส่วนผสมของโลหะเมื่อต้องรับการตรวจการวินิจฉัยจากเครื่องตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือต้องผ่าตัด ที่มีการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าห้ามเลือด หรือต้อง เดินทางโดยเครื่องบิน ต้องแจ้งให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ | | | |

**ส่วนที่ 3 ความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**คำชี้แจง** ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น 4 ระดับ คือ จากความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ... ) ที่ตรงกับข้อคำตอบที่ท่านต้องการ และขอให้ตอบครบทุกข้อ

1. ท่านคิดว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีผลกระทบในชีวิตประจำวันของท่านในเชิงลบ
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

2. ท่านรู้สึกกังวล ตึงเครียด จากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างผ่าตัด
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

3. ท่านรู้สึกกังวลต่อค่าใช้จ่ายจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

4. ท่านรู้สึกกังวลต่อค่าใช้จ่ายของข้อเข่าเทียม
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

5. ท่านรู้สึกไม่สะดวกสบายต่อการปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

6. ท่านรู้สึกกังวลต่อการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

7. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจว่าแพทย์จะผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าให้ท่านได้ดี
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

8. ท่านรู้สึกกังวลต่อความปลอดภัยในระหว่างการผ่าตัด
   ( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

9. ท่านรู้สึกกังวลต่อการเผชิญสิ่งต่าง ๆ ภายในห้องผ่าตัด

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

10. ท่านรู้สึกกลัวขณะถูกพาไปนอนพักในห้องรอการผ่าตัด ก่อนการผ่าตัด

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

11. ท่านรู้สึกว่าท่านต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ภายในห้องผ่าตัดโดยผู้เดียว

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

12. ท่านต้องการให้ญาติเข้าไปเป็นเพื่อน ขณะที่นอนรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

13. ท่านวิตกกังวลต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจนทำให้ท่านรู้สึกกระวนกระวาย สับสน

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

14. ท่านรู้สึกสับสนต่อคำแนะนำต่าง ๆ จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

15. ท่านรู้สึกกังวลกลัวว่าจะไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

16. ท่านรู้สึกกังวลต่อผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

17. ท่านวิตกกังวลว่า เข่าของท่านจะไม่สามารถเดินได้เหมือนเดิม

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

18. ท่านวิตกกังวลว่า อาการปวดของข้อเข่าจะไม่หายหลังผ่าตัด

( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

19. ท่านวิตกกังวลว่า หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะทำให้ชีวิตของท่านมีความยุ่งยากมากกว่าปกติ
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

20. ท่านรู้สึกปวดศีรษะจากการกังวลต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

21. ท่านรู้สึกปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หรือไหล่ จากการกังวลต่อการผ่าตัด
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

22. ท่านรู้สึกกังวลจากการผ่าตัดจนทำให้ท่านไม่สามารถนอนหลับได้
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

23 ท่านรู้สึกตื่นเต้นกับการผ่าตัดจนเหงื่อออกมากผิดปกติ
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

24. ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ท้อแท้กับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นกับท่าน
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

25. ท่านรู้สึกกลัวที่จะเกิดสิ่งผิดพลาดในการกระทำสิ่งต่าง ๆ จากการผ่าตัด
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

26. ท่านกังวลว่าการผ่าตัดมีผลต่อชีวิตการทำงานของท่าน
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

27. ท่านกังวลว่าการที่ท่านต้องมานอนในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด ทำให้ท่านไม่สามารถทำงานตามภาระหน้าที่ได้
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

28. ท่านรู้สึกกังวลว่า หลังการผ่าตัดจะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านเคยชอบทำได้
( ... ) จริงที่สุด ( ... ) จริง ( ... ) ไม่จริง ( ... ) ไม่จริงเลย

**ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า**

**คำชี้แจง** ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น 4 ระดับ คือ จากความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย✓ ลงใน ( ... ) ที่ตรงกับข้อคำตอบที่ท่านต้องการ และขอให้ตอบครบทุกข้อ

1. ท่านสามารถดูแลตนเองได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ท่านสามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดตามคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้อย่างถูกต้อง

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ท่านเชื่อว่า ถ้าท่านปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอย่างถูกต้อง จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวเอง

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถขยับข้อเท้า ข้างที่ทำผ่าตัดได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด เพื่อลดความปวดเมื่อยแผลกดทับ และเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถแจ้งอาการแก่แพทย์หรือพยาบาล ถึงอาการแพ้ยาแก้ปวดที่ให้หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้โดยสังเกตจากอาการคลื่นไส้ คัน เป็นต้น

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว ตับ รวมทั้งเนื้อสัตว์ เพื่อช่วยในการหายของแผลผ่าตัด และทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7. ท่านสามารถดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. ท่านสามารถดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปิดโดยผู้อื่น ยกเว้นแพทย์และพยาบาล

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

9. ท่านสามารถทราบอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อที่อาจพบหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

10. ท่านสามารถทราบอาการที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

11. ท่านสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ด้วยตนเอง

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

12. ท่านสามาถบริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อขาข้างที่ผ่าตัดได้โดยตนเองด้วยความสมัครใจ

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

13. ท่านสามารถฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินเป็นเครื่องพยุง (วอคเกอร์) ได้

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

14. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ ขัดสมาธิ หรือการนั่งพับเพียบ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อป้องกันการหลุดของข้อเข่าเทียม

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

15. ท่านสามารถทำการบริหาร ออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำของแพทย์

( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

16. ท่านสามารถระมัดระวังข้อเข่าเทียมไม่ให้ถูกกระแทกได้
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

17. ท่านสามารถดูแลผิวหนังให้สะอาดโดยการอาบน้ำ ฟอกสบู่ทุกวัน
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

18. ท่านเชื่อว่า ท่านสวมเสื้อผ้าที่สะอาดเพื่อสามารถป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ข้อเข่าได้
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

19. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถงดการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้นานถึง 6-8 สัปดาห์
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

20. ท่านสามารถตรวจสอบร่างกายของท่านถึงการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น ฟันผุ มีแผลที่ผิวหนัง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่บริเวณข้อเข่าเทียม
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

21. ท่านสามารถมาตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง เพราะท่านเชื่อว่า ท่านจะได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพและข้อเข่าเทียมของท่านเอง
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

22. ท่านสามารถป้องกันอันตรายจากการใส่ข้อเข่าเทียมที่เป็นโลหะ โดยแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบทุกครั้ง
( ... ) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ( ... ) เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วย ( ... ) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

# ภาคผนวก ค

# โปรแกรมสุขศึกษา

โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แนวคิดสำคัญของโปรแกรมคือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะช่วยลดความเครียดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

**คำอธิบายลักษณะเฉพาะของโปรแกรม**

เป็นโปรแกรมที่ใช้ในการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและภูมิหลังของผู้ป่วย

**จุดมุ่งหมายของโปรแกรม เพื่อ**

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
2. เพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า
3. เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า